

Faculté de Médecine

Année 2024

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 29 novembre 2024

Par Lacoste Chloé

Née le 15 septembre 1997 à Limoges

État des lieux des pratiques des médecins généralistes du Limousin concernant le Dispositif Intra-Utérin (DIU) en méthode contraceptive

Thèse dirigée par Clément BOURGAIN

Examineurs :

Mme. Le Professeur Marie-Pierre TEISSIER

M. Le Professeur Gaëtan HOUDARD

Mme. Le Professeur Nadège LAUCHET

Mme. Le Docteur Léa SEVE

M. Le Docteur Clément BOURGAIN

Présidente du jury

Juge

Juge

Juge

Directeur de thèse, Membre invité





Faculté de Médecine

Année 2024

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 29 novembre 2024

Par Lacoste Chloé

Née le 15 septembre 1997 à Limoges

État des lieux des pratiques des médecins généralistes du Limousin concernant le Dispositif Intra-Utérin (DIU) en méthode contraceptive

Thèse dirigée par Clément BOURGAIN

Examineurs :

Mme. Le Professeur Marie-Pierre TEISSIER

M. Le Professeur Gaëtan HOUDARD

Mme. Le Professeur Nadège LAUCHET

Mme. Le Docteur Léa SEVE

M. Le Docteur Clément BOURGAIN

Présidente du jury

Juge

Juge

Juge

Directeur de thèse, Membre invité



Doyen de la Faculté

Monsieur le Professeur **Pierre-Yves ROBERT**

Assesseurs

Madame le Professeur **Marie-Cécile PLOY**

Monsieur le Professeur **Jacques MONTEIL**

Madame le Professeur **Marie-Pierre TEISSIER-CLEMENT**

Monsieur le Professeur **Laurent FOURCADE**

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BALLOUHEY Quentin	CHIRURGIE INFANTILE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE D'ADULTES
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE

DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
HOUETO Jean-Luc	NEUROLOGIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
JOUAN Jérôme	CHIRURGIE THORACIQUE ET VASCULAIRE
LABROUSSE François	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGNE Julien	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
MAGY Laurent	NEUROLOGIE

MARCHEIX Pierre-Sylvain	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
OLLIAC Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
STURTZ Franck	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
TCHALLA Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
TOURE Fatouma	NEPHROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE

VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

Professeurs Associés des Universités à mi-temps des disciplines médicales

BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
KARAM Henri-Hani	MEDECINE D'URGENCE
MOREAU Stéphane	EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE

Maitres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers

BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
COUVE-DEACON Elodie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
DELUCHE Elise	CANCEROLOGIE
DUCHESNE Mathilde	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
DURAND Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
FAYE Pierre-Antoine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
FREDON Fabien	ANATOMIE/CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
LALOZE Jérôme	CHIRURGIE PLASTIQUE
LE GUYADER Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
LIA Anne-Sophie	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
RIZZO David	HEMATOLOGIE
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
WOILLARD Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie	ANGLAIS
-----------------------	---------

Assistants Hospitaliers Universitaires

APPOURCHAUX Evan	ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE
BUSQUET Clémence	HEMATOLOGIE
HAZELAS Pauline	BIOCHIMIE
DUPONT Marine	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
DURIEUX Marie-Fleur	PARASITOLOGIE
LABRIFFE Marc	PHARMACOLOGIE
LADES Guillaume	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
LOPEZ Stéphanie	MEDECINE NUCLEAIRE
MARTIN ép. DE VAULX Laury	ANESTHESIE REANIMATION
MEYER Sylvain	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE HYGIENE
MONTMAGNON Noëlie	ANESTHESIE REANIMATION
PASCAL Virginie	IMMUNOLOGIE CLINIQUE
PLATEKER Olivier	ANESTHESIE REANIMATION
ROUX-DAVID Alexia	ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE

Chefs de Clinique – Assistants des Hôpitaux

ALBOUYS Jérémie	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
ARGOULON Nicolas	PNEUMOLOGIE
ASLANBEKOVA Natella	MEDECINE INTERNE
AVRAM Ioan	NEUROLOGIE VASCULAIRE
BEAUJOUAN Florent	CHIRURGIE UROLOGIQUE
BERRAHAL Insaf	NEPHROLOGIE
BLANQUART Anne-Laure	PEDIATRIE (REA)
BOGEY Clément	RADIOLOGIE
BONILLA Anthony	PSYCHIATRIE

BOSCHER Julien	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
CAUDRON Sébatien	RADIOLOGIE
CAYLAR Etienne	PSYCHIATRIE ADULTE
CENRAUD Marie	NEUROLOGIE
CHAUBARD Sammara	HEMATOLOGIE
CHAUVET Romain	CHIRURGIE VASCULAIRE
CHROSCIANY Sacha	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
CURUMTHAULEE Faiz	OPHTALMOLOGIE
DARBAS Tiffany	ONCOLOGIE MEDICALE
DESCHAMPS Nathalie	NEUROLOGIE
DESCLEE de MAREDSOUS Romain	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
DOUSSET Benjamin	CARDIOLOGIE
DUPIRE Nicolas	CARDIOLOGIE
FESTOU Benjamin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
FIKANI Amine	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
FORESTIER Géraud	RADIOLOGIE
GEYL Sophie	GASTROENTEROLOGIE
GIOVARA Robin	CHIRURGIE INFANTILE
GUILLAIN Lucie	RHUMATOLOGIE
LAGOUEYTE Benoit	ORL
LAUVRAY Thomas	PEDIATRIE
LEMNOS Leslie	NEUROCHIRURGIE
MAURIANGE TURPIN Gladys	RADIOTHERAPIE
MOHAND O'AMAR ép. DARI Nadia	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
PARREAU Simon	MEDECINE INTERNE

PIRAS Rafaela	MEDECINE D'URGENCE
RATTI Nina	MEDECINE INTERNE
ROCHER Maxime	OPHTALMOLOGIE
SALLEE Camille	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
SANCHEZ Florence	CARDIOLOGIE
SEGUY ép. REBIERE Marion	MEDECINE GERIATRIQUE
SERY Arnaud	ORL
TARDIEU Antoine	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
THEVENOT Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
TORDJMAN Alix	GYNECOLOGIE MEDICALE
TRICARD Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE
VAIDIE Julien	HEMATOLOGIE CLINIQUE
VERNAT-TABARLY Odile	OPHTALMOLOGIE

Chefs de Clinique – Médecine Générale

BOURGAIN Clément
HERAULT Kévin
RUDELLE Karen

Praticiens Hospitaliers Universitaires

CHRISTOU Niki	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
COMPAGNAT Maxence	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
HARDY Jérémie	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
LAFON Thomas	MEDECINE D'URGENCE
SALLE Henri	NEUROCHIRURGIE

Remerciements

Madame le Professeur TEISSIER Marie-Pierre

Professeur des Universités d'Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
Responsable de service
Présidente du jury

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse.
Veuillez accepter toute ma reconnaissance et mon respect.

Monsieur le Professeur HOUDARD Gaëtan

Professeur Associé des Universités de Médecine Générale
Membre du jury

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail.
Veuillez accepter toute ma reconnaissance et mon respect.

Madame le Professeur LAUCHET Nadège

Professeur Associé des Universités de Médecine Générale
Membre du jury

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail.
Veuillez accepter toute ma reconnaissance et mon respect.

Madame le Docteur SEVE Léa

Maitre de Conférence Associé des Universités de Médecine Générale
Membre du jury

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail.
Veuillez accepter toute ma reconnaissance et mon respect.

Monsieur le Docteur BOURGAIN Clément

Maitre de stage universitaire
Membre invité et directeur de thèse

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse. Votre accompagnement et votre disponibilité m'ont été d'une aide précieuse.
Je vous témoigne tout mon respect et ma gratitude.

Au Docteur Gaëlle BOUYOUX, merci pour ces 6 derniers mois de stage à tes côtés. J'ai adoré ta vision de la médecine générale et ton sens de l'organisation. Merci pour toutes les connaissances que tu m'as transmises. Grâce à toi, je n'appréhende plus la gestion de la pédiatrie en médecine générale. Enfin, je te remercie de la confiance que tu m'accordes pour les remplacements réguliers à venir que je réaliserais au sein du cabinet.

Au Docteur Marion DELAGE, merci pour l'enchaînement de ces deux derniers semestres au sein du cabinet de Cognac-La-Forêt. J'ai beaucoup appris à tes côtés. Merci de ta gentillesse et de la confiance que tu m'as accordée.

Au Docteur Sylvie DUBRAY, merci pour ces 6 mois de stage SASPAS au cours duquel votre expérience et vos connaissances m'ont énormément appris. Merci de votre gentillesse. J'admire votre dévouement et votre humanité envers vos patients.

Au Docteur Katell RABIER, merci de m'avoir fait découvrir la PMI et de m'avoir transmis tes connaissances dans le domaine de la pédiatrie. Je te remercie de ta gentillesse et de ta bienveillance.

Aux autres maîtres de stage rencontrés au cours de mon semestre de phase socle : le **Docteur Gaëtan HOUDARD**, le **Docteur Karine GOURSAT** ainsi que le **Docteur Sébastien CLEMENT**. J'ai découvert grâce à vous, différentes façons d'exercer la médecine générale. Vous m'avez permis de m'améliorer dans ma pratique et de prendre confiance en moi.

A ma famille,

A vous, Papa et Maman, ces quelques lignes ne suffiront probablement jamais pour vous dire à quel point je suis reconnaissante de tout ce que vous avez fait pour moi. Merci d'avoir toujours cru en moi, et ce même dans les moments où moi je n'y croyais plus. Merci d'avoir été là pour moi, dans les bons comme les mauvais moments.

Grâce à vous, j'ai compris que les échecs et les déceptions rendaient plus forts et que le travail finissait toujours par payer. Je suis fière des belles valeurs et de l'éducation que vous m'avez transmises.

J'espère vous avoir rendu fière. Je ne vous remercierais jamais assez pour tous les sacrifices que vous avez fait pour me rendre heureuse. Hier, vous étiez ma force et ma motivation. Aujourd'hui, vous faites partie de ma réussite. Je vous aime d'un amour infini.

A mon frère Léo, merci d'avoir toujours été présent pour moi et de m'avoir écouté dans les moments où j'en avais besoin.

Je suis tellement fière de la personne que tu es devenu et de tout ce qui a accompli.

J'espère que cette complicité que nous avons depuis notre enfance perdurera. Sache que je serais toujours là pour toi.

Soutenir ma thèse le jour de tes 25 ans est pour moi un immense privilège dont je me souviendrais toute ma vie. Je t'aime fort frangin.

A mon chéri Fabien, Fabiche pour les intimes. Voilà bientôt 5 ans que tu as changé ma vie. Ton humour, ta générosité, ta gentillesse, ton ambition et ta persévérance m'ont immédiatement séduites et me rendent aujourd'hui tellement admirative. Je suis tellement fière de ton parcours et de l'Homme que tu es devenu. Grâce à toi, le manque de confiance en moi qui m'empêchait d'avancer n'est plus qu'un lointain souvenir. Tu as ce don d'écouter, de motiver, de reconforter. Tu as toujours été là, dans les moments de doute comme dans les instants de pur bonheur. Je n'imagine plus ma vie sans toi, tu es mon pilier au quotidien, l'Amour de ma vie. Je t'aime d'un amour inconditionnel.

A mes deux chiens, mes deux bébés, Isha et Nesquik. Qui aurait cru que la petite Chloé qui avait la phobie des chiens, adopterait aujourd'hui deux adorables tornades. Vous avez vous aussi, changé ma vie. Ce sentiment d'être aimé sans ne jamais être juger, c'est ça l'amour d'un chien, un amour pur et sincère. Les balades en forêt, les courses de canicross, les réveils en fanfare en faisant le loup, les moments câlins sur le canapé, voilà ce qui me rend heureuse. Je vous aime mes loulous.

A toute ma famille,

A mes mamies Annie et Odette, à mes deux papis Louis et Roland partis bien trop tôt,
A mes tatas Sandrine et Isabelle, à mes tontons Philippes, à mes cousins Léa, Lilian, Christophe, Coco et Manon,

Merci pour tous les repas de Noël, les anniversaires, les repas du samedi soir chez mamie et papi, à vos côtés

Merci de m'avoir soutenue depuis le début et d'avoir toujours cru en moi.

Manon, je suis tellement fière de toi, tu feras une excellente médecin. Ne doute jamais de toi et de tes capacités, et sache que je serais toujours là pour toi.

A ma belle-famille,

A **Sandrine, Phiphi, Axel, Colette** et **Jean-Pierre**, merci de m'avoir accueilli si chaleureusement dans votre famille. Vous êtes des personnes bienveillantes et je vous remercie de m'avoir soutenu depuis le premier jour où nous nous sommes rencontrés. Merci pour tous ses délicieux repas en famille et tous les bons moments passés ensemble.

A mes amis,

A Laura, Marine et Kassou. Quand je suis arrivée en PACES, je ne connaissais pas grand monde... mais la découverte de la prépa a tout changé. Nous nous sommes tellement bien entendues que j'ai cru qu'on se connaissait depuis des années.

Alors oui, la PACES n'a pas été facile mais vous avez contribué à rendre cette année plus belle. Vous faites partie de mes plus belles rencontres. Et même si aujourd'hui, le destin a fait que la distance a dû nous séparer, je sais que nous serons toujours là les unes pour les autres. 9 années se sont écoulées depuis notre rencontre mais rien n'a changé.

Vous êtes des personnes exceptionnelles et vous occuperez toujours une grande place dans mon cœur. Comme on dit « Loin des yeux mais près du cœur ».

A Paul, Souhail, Bastien, Julie. Vous faites également partis des belles personnes que j'ai pu rencontrer durant cette première année de médecine.

A tous mes amis rencontrés durant mon externat et mon internat, **A Océane et Cédric, à Corentin et Kirsty, à Samantha, à Rodolphe et Fabienne,** vous êtes des personnes formidables qui ont contribué à rendre ces dernières années bien plus belles. Merci pour votre soutien et votre bonne humeur. A tous ces apéros et soirées passés ensemble, et à tous ceux à venir !

A Margaux, on se connaît depuis déjà quelques années maintenant. Tu as toujours été un soutien, une confidente, une véritable amie sur qui je peux compter. Même si la distance nous a aujourd'hui séparé, sache que tu pourras toujours compter sur moi.

A Emma et David, vous faites partie de ces personnes extraordinaires que j'ai eu la chance de rencontrer ces dernières années. Merci d'être ces personnes solaires et bienveillantes, généreuses et sincères. Vous avez une grande place dans mon cœur.

A Louis et Juliette, vous faites également partie de mes plus belles rencontres. Merci pour votre joie de vivre, votre générosité, votre simplicité. A tous nos apéros, nos fous rires, nos commérages, nos blind test, et à tous les prochains moments de bonheur à vos côtés. Je vous aime très fort.

A tous les membres des Canipat'87, mon club de canicross, voilà 9 mois que j'ai rejoint le club, où je ne connaissais personne. Mais dès le premier entraînement, vous m'avez intégré comme si l'on se connaissait depuis des années. Et là, directement j'ai su que j'avais enfin trouvé ce qu'il manquait à mon équilibre et mon épanouissement personnel. Au-delà d'une magnifique complicité avec ma chienne, ce club m'a permis de rencontrer des personnes extraordinaires, qui sont aujourd'hui de vrais amis. La bienveillance, la solidarité, l'entraide, la bonne humeur, le respect envers les autres et envers les chiens, l'Amitié avec un grand A, sont les belles valeurs que ce club transmet. Parce qu'aujourd'hui c'est bien plus qu'un club, c'est une 2^{ème} famille. Je n'énumérerais pas tous les Canipotos parce que la liste risque d'être très très longue, mais sachez que vous avez tous une place très importante dans mon cœur.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Liste des abréviations

DIU : Dispositif Intra-Utérin

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

IST : Infection Sexuellement Transmissible

GEU : Grossesse extra-utérine

ECN : Épreuves Classantes Nationales

INED : Institut National d'Études Démographiques

DU : Diplôme Universitaire

FMC : Formation Médicale Continue

Table des matières

I. Introduction.....	21
I.1. La contraception au fil du temps.....	23
I.2. La démographie médicale en France	25
I.3. Le Dispositif Intra-Utérin	26
I.3.1. Généralités sur le DIU.....	26
I.3.2. Comment se déroule la pose d'un DIU ?	28
I.3.3. Contre-indications	30
I.3.4. Effets secondaires	30
I.3.5. La place du DIU en France et à travers le monde	31
I.3.5.1. Dans le monde	31
I.3.5.2. En France	34
II. Matériel et méthode.....	35
II.1. Objectifs de l'étude	35
II.2. Type et population de l'étude.....	35
II.3. Élaboration du questionnaire	36
II.4. Recueil des données	36
II.5. Analyse statistique des données	37
III. Résultats	38
III.1. Population de l'étude	38
III.2. L'activité de gynécologie en médecine générale.....	39
III.3. Place du DIU en médecine générale.....	41
III.4. Formation des médecins généralistes en gynécologie.....	44
III.5. Analyses comparatives.....	47
IV. Discussion.....	52
IV.1. Résultats	52
IV.2. Forces de l'étude.....	55
IV.3. Limites de l'étude	56
IV.3.1. Taux de répondants.....	56
IV.3.2. Biais	56
IV.3.2.1. Biais de sélection	56
IV.3.2.2. Biais d'interprétation.....	57
IV.3.2.3. Biais d'information.....	57
IV.3.2.4. Biais de diffusion	57
IV.3.3. Analyse en sous-groupe.....	57
Conclusion.....	58
Références bibliographiques.....	59
Annexes	62
Serment d'Hippocrate.....	66

Table des illustrations

Figure 1 : Graphique montrant les différentes contraceptions utilisées en France entre 1968 et 2013.....	24
Figure 2 : Carte des densités départementales de gynécologues médicaux en France au 1 ^{er} janvier 2023.....	26
Figure 3 : Tableau montrant l'efficacité comparative des différentes méthodes contraceptives selon l'indice de Pearl.....	27
Figure 4 : Image illustrant la technique de pose d'un DIU.....	29
Figure 5 : Pourcentage des utilisatrices de DIU âgées de 15 à 49 ans.....	32
Figure 6 : Répartition mondiale des utilisatrices de DIU.....	32
Figure 7 : Graphique montrant les méthodes de contraceptions utilisées en 2016 par les femmes françaises selon leur âge.....	34
Figure 8 : Fréquence des consultations de contraception.....	39
Figure 9 : Fréquence de prescription des moyens de contraception.....	40
Figure 10 : Prise en charge d'une patiente se présentant au cabinet pour pose de DIU.....	41
Figure 11 : Motifs de pose de DIU en cabinet de médecine générale.....	42
Figure 12 : Freins à la pose de DIU en cabinet de médecine générale.....	43
Figure 13 : Réalisation d'un stage en gynécologie lors de votre internat.....	44
Figure 14 : Réalisation d'une formation THEORIQUE concernant le DIU durant le cursus....	45
Figure 15 : Réalisation d'une formation PRATIQUE concernant le DIU durant le cursus.....	46

Table des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques.....	38
Tableau 2 : Nombre de médecins ayant un DU en gynécologie ou autre formation en gynécologie en fonction du sexe.....	47
Tableau 3 : Nombre de médecins ayant réalisé un stage en gynécologie lors de leur formation en fonction de l'âge.....	47
Tableau 4 : Nombre de médecins ayant reçu une formation théorique sur la pose de DIU en fonction de l'âge.....	48
Tableau 5 : Nombre de médecins ayant reçu une formation pratique sur la pose de DIU en fonction de l'âge.....	48
Tableau 6 : Nombre de consultations de contraception hebdomadaire en fonction du sexe...	49
Tableau 7 : Nombre de consultations de contraception hebdomadaire en fonction du lieu d'exercice.....	49
Tableau 8 : Nombres de médecins généralistes posant des DIU en cabinet libéral en fonction du sexe.....	50
Tableau 9 : Nombres de médecins généralistes posant des DIU en cabinet libéral en fonction du lieu d'exercice.....	51

I. Introduction

Il existe aujourd'hui une multitude de méthodes de contraception. Qu'elles soient mécaniques, hormonales, ou naturelles, elles visent à empêcher la survenue d'une grossesse. La contraception doit être adaptée à chaque patiente, à chaque moment de sa vie. (1)

Selon l'INSERM, en France, 92% des femmes en âge de procréer utilisent un moyen de contraception afin de réduire le risque d'une grossesse non désirée. Cette couverture contraceptive est l'une des plus élevées d'Europe. (2)

Cependant, malgré ce pourcentage très élevé, la prévalence du nombre d'IVG en France reste importante. On en comptait 243 623 en 2023, 232 000 en 2022, contre 216 000 en 2021.

Les années 2020 et 2021 ont été marquées par une légère diminution, s'expliquant par la crise sanitaire du COVID-19. (2)

Ce sont les femmes âgées entre 25 et 29 ans qui ont le taux de recours le plus élevé à ces interruptions volontaires de grossesse. L'allongement du délai légal de 12 à 14 semaines de grossesse ne suffit pas à expliquer cet accroissement. En effet, les IVG tardives représentent une faible part du nombre total d'interruptions. (3)

Le DIU ou dispositif intra-utérin, est à ce jour, la troisième contraception la plus utilisée dans le monde juste derrière la stérilisation féminine et le préservatif masculin. (4)

En France, la pilule reste le moyen de contraception majoritaire, même si le préservatif, le DIU et l'implant tendent à remplacer peu à peu cette dernière. Le DIU est d'ailleurs la plus répandue à partir de 35 ans. (5)

Le DIU a l'avantage de pouvoir être posé par différents professionnels de santé : un gynécologue, une sage-femme, ou encore un médecin généraliste.

Face aux multiples contre-indications, effets secondaires et la nécessité d'une excellente observance des contraceptions oestro-progestatives, de plus en plus de patientes se tournent vers d'autres méthodes comme le DIU. Son efficacité est scientifiquement prouvée et a même l'AMM en contraception d'urgence pour le DIU au cuivre.

Parallèlement, la démographie médicale de gynécologues en France ne cesse de décroître depuis plusieurs années, et va s'accroître dans les années à venir. En effet, on aurait observé une chute de 50% des gynécologues médicaux en 10 ans.

Les médecins généralistes jouent ainsi un rôle central de premier recours dans la prise en charge de la santé de la femme. Ils assurent aujourd'hui une partie des actes de soins en matière de contraception, de prévention des IST, de dépistage des cancers du col de l'utérus et cancer du sein, de suivi des grossesses non pathologiques et du post-partum, ou encore des troubles liés à la ménopause. (6)

Le motif gynécologique le plus fréquemment rencontré en médecine générale concerne l'initiation ou le renouvellement d'une contraception.

Il paraît intéressant d'étudier quelle proportion de médecins généralistes pratiquent la pose de DIU en cabinet de médecine générale. Sont-ils tous formés à cette pratique ?

Au travers de cette étude, nous avons donc évalué les prévalences de pose de DIU par les médecins généralistes du Limousin ainsi que les freins à leur pose en cabinet libéral.

I.1. La contraception au fil du temps

L'histoire de la contraception a traversé les siècles.

Divers écrits datant de l'Antiquité décrivaient des mélanges de miel, d'huiles (acacia, safran...), de pulpe de grenade ou de figue, introduits dans le vagin à visée contraceptive (prémices des spermicides) ou encore des tampons occlusifs en laine placés dans le vagin (principe qui serait à la base du diaphragme. Cependant, ces techniques étaient peu répandues, la tradition de l'époque n'étant pas de limiter la natalité.

Ce n'est qu'au cours du XVIIIème siècle que les comportements changent. Les couples ont davantage recours au retrait. Cette période sera d'ailleurs marquée par une nette diminution du nombre de naissances en France. (7)(8)

En effet, avant la légalisation de la contraception en France, les femmes n'avaient recours qu'aux méthodes naturelles, telles que l'abstinence ou le retrait.

Les conséquences de la défaite de 1871 face à la Prusse puis la Première Guerre Mondiale vont entraîner une crise démographique qui va paralyser le pays. Les pertes humaines sont considérables, l'objectif de la politique nataliste est donc de « repeupler » la France. (9)

Afin de relancer la natalité, une loi est adoptée le 31 juillet 1920 avec pour but de « réprimer la provocation à l'avortement et à la propagande anticonceptionnelle ». L'avortement est ainsi défini comme un crime. (10)

Le premier DIU sera inventé en 1928 par un sexologue allemand, le Dr Ernest Gräfenberg. Ce stérilet ou anneau d'argent, était composé d'un fil d'argent enroulé en spirale. Au fil des années, il prendra différentes formes et sera composé de divers composants (argent, or, acier, plastique, fer...). (7)

Le Dr Grégory Pincus, professeur américain, créa en 1956 la première pilule contraceptive. Cette pilule n'arrivera sur le marché européen qu'en 1961 et sera initialement commercialisée en France pour traiter la dysménorrhée.

Le Planning Familial voit le jour en 1960 avec comme principaux objectifs : informer sur la sexualité, la révocation de la loi de 1920 ainsi que l'importation de produits contraceptifs. Il permettra également aux mineurs un accès libre, gratuit et anonyme à toutes les méthodes contraceptives. (9)

Le DIU ne sera introduit en France que dans les années 1960. (8)

Le 28 décembre 1967 marque un tournant dans l'histoire de la contraception en France. En effet, c'est la date à laquelle est adoptée la loi Neuwirth, loi qui a légalisé l'usage des contraceptifs et notamment la prescription libre de la pilule.

Cependant, il a fallu attendre 1974 pour que cette dernière soit remboursée par la Sécurité Sociale et permettre ainsi l'accès aux classes les plus modestes. Quelques mois plus tard, le 17 janvier 1975, la loi Veil permet la légalisation de l'avortement ou IVG (Interruption Volontaire de Grossesse). (8)

Dans les années 1970 aux Etats-Unis, l'indication médicale du DIU était très décriée, notamment par le fait qu'il majorait le risque d'entraîner une infection pelvienne, une infertilité ou encore des grossesses extra-utérines. (8)

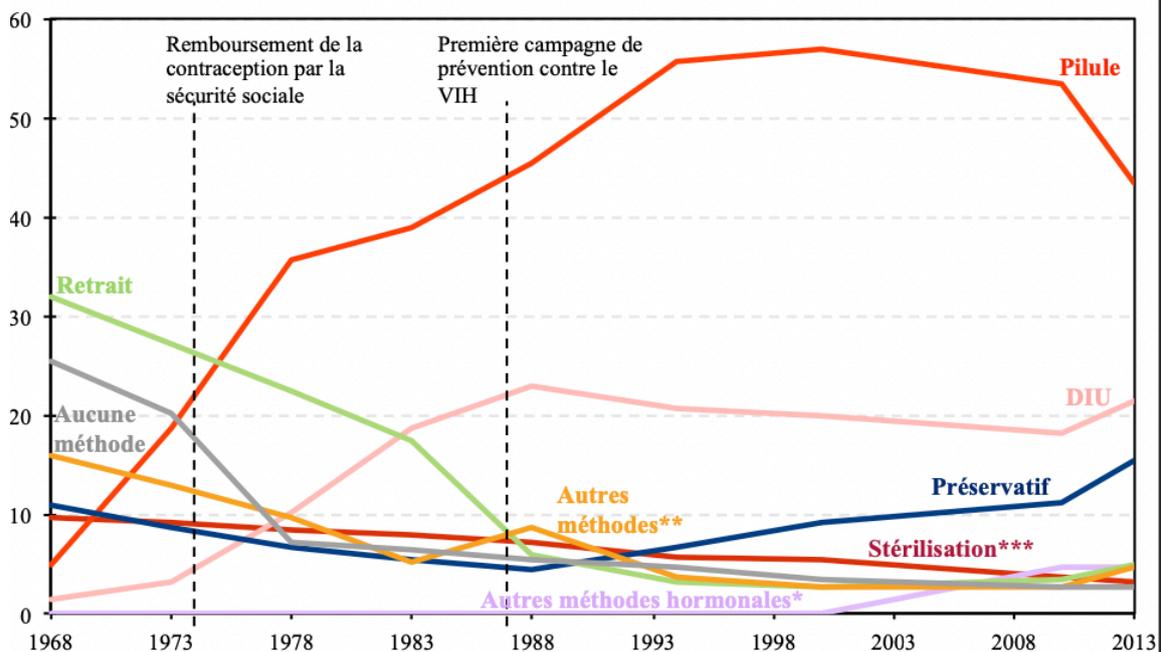
Ce n'est qu'au début du XXIème siècle que de nouvelles études ont démontré que les stérilets avaient un très faible risque d'accroître le nombre d'infections génitales (celles-ci résultant d'une contamination par voie ascendante) et qu'ils n'avaient aucune incidence sur la fertilité et sur l'augmentation du nombre de grossesse ectopique. Le stérilet prendra d'ailleurs le nom de dispositif intra-utérin, ce terme rappelant à tort le mot « stérilité ».

Dès 1999, la pilule du lendemain est en vente libre dans toutes les pharmacies et sans prescription médicale. (8) (9)

La pilule devient ainsi le premier moyen contraceptif utilisé en France, devant le DIU.

L'année 2012 marque une « crise des pilules oestroprogestatives » et plus particulièrement pour celles de 3ème et 4ème génération. En effet, de nombreuses polémiques émergent autour de ces dernières, notamment depuis la médiatisation d'une plainte d'une jeune femme ayant été victime d'un accident vasculaire cérébral, imputable à sa pilule. (8)

Les années qui ont suivies ont donc connu une baisse relativement importante du recours à la pilule. C'est ainsi que d'autres méthodes contraceptives comme le DIU, l'implant, la pilule microprogestative, l'anneau vaginal, le patch ou encore le préservatif se sont fortement développés. Malgré tout, la pilule reste actuellement le moyen de contraception le plus prescrit en France. (8) (10)



- * implant, patch, anneau vaginal
- ** abstinence périodique, méthodes locales, autre, NSP
- *** l'enquêtée ou son partenaire

Figure 1 : Graphique montrant les différentes contraceptions utilisées en France entre 1968 et 2013
Source : Institut national d'études démographiques (7)

I.2. La démographie médicale en France

L'Atlas publié par le Conseil National de l'Ordre des Médecins pour l'année 2023 révèle une poursuite de la décroissance du nombre de médecins en activité régulière : passant de 76,5% en 2010 à 61,1% en 2023. A l'inverse, on remarque une augmentation du nombre de médecins ayant une activité intermittente et en cumul emploi-retraite.

On note également une féminisation du corps médical (48,8%) et un âge moyen des médecins en activité de 50,5 ans. Il existe cependant de fortes inégalités d'accès aux soins selon les territoires français. (11)

La gynécologie médicale fait partie des spécialités où il existe un important déficit démographique, devenu d'ailleurs un sujet de préoccupation majeure. Leur rôle paraît pourtant essentiel dans la prise en charge et le suivi de la santé de la femme.

Le nombre de gynécologues médicaux en France ne cesse, malgré tout, de décroître d'année en année. On a pu observer une diminution de 52,5% de leur effectif entre 2007 et 2020, ce qui laissait, au 1^{er} janvier 2020, 12 départements de métropole sans gynécologues médicaux. Depuis 2012, le nombre de postes offerts au concours de l'internat (ECN) pour cette spécialité a ainsi été multiplié par quatre. Malheureusement, cet effet aura été insuffisant face au nombre massif de départs à la retraite. (11)

En 2023, la densité moyenne de spécialistes en gynécologie médicale en France métropolitaine était de 2,05 médecins pour 100 000 habitants, et étaient largement représentés par les femmes. En ce qui concerne le Limousin, cette densité était très hétérogène selon les départements. En effet, en Haute-Vienne, on recensait 4,2 gynécologues pour 100 000 habitants tandis que les départements de Creuse et de Corrèze étaient totalement dépourvus de gynécologues médicaux. (12)

Contrairement aux médecins, le nombre de sage-femmes est en constante augmentation depuis 5 ans. En effet, on en comptait 24 354 au 1^{er} janvier 2023, soit 1400 de plus qu'en 2019. Même si ces dernières peuvent prescrire et poser l'ensemble des moyens contraceptifs, leur nombre reste insuffisant pour parvenir à combler toutes les demandes concernant l'initiation ou le renouvellement d'une contraception. (13)

Par ailleurs, le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français précise que « les spécialistes de la gynécologie-obstétrique n'ont pas pour vocation de voir toutes les femmes pour les problèmes de contraception, pour les examens systématiques et de dépistage, pour les traitements les plus courants ou pour le traitement hormonal de la ménopause ». (14)

Les médecins généralistes ont donc aujourd'hui un rôle crucial à jouer dans le domaine de la gynécologie. En effet, devant cette pénurie de gynécologues médicaux et étant souvent le premier recours du système de soins, il va être de plus en plus amené à réaliser des consultations de santé de la femme et notamment en matière de contraception.

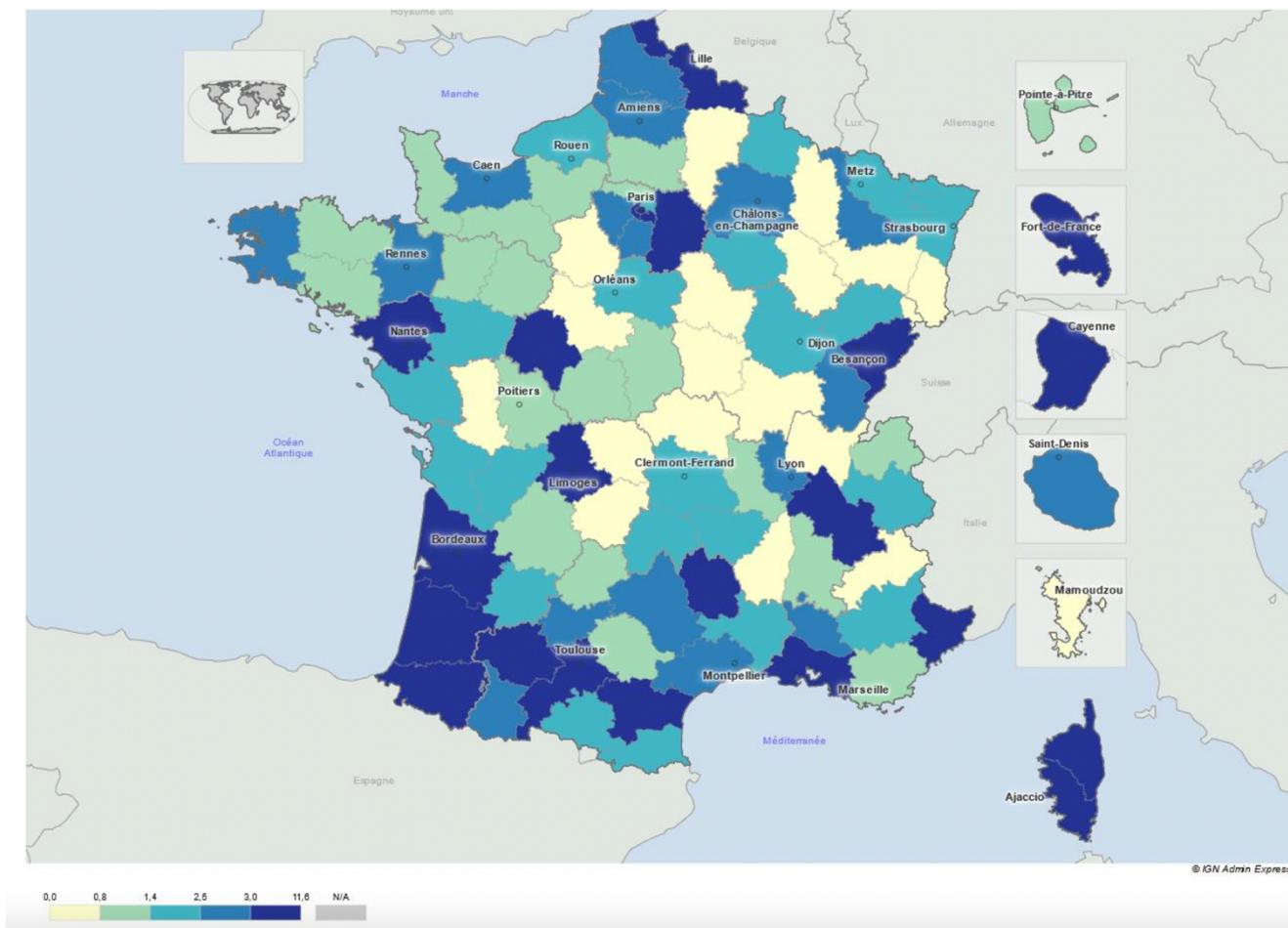


Figure 2 : Carte des densités départementales de gynécologues médicaux en France au 1^{er} janvier 2023

Source : Conseil National de l'Ordre des Médecins (11)

I.3. Le Dispositif Intra-Utérin

I.3.1. Généralités sur le DIU

Le DIU, plus communément connu sous le nom de stérilet, est un petit dispositif contraceptif réversible en matière plastique. Il est souple, en forme de T, et est inséré dans le fond utérin. Il peut être aussi bien posé chez la femme nullipare que multipare. Sa pose peut être réalisé par un gynécologue, un médecin généraliste, une sage-femme, ou encore dans un centre de planification familial. (15) (16)

Le stérilet a l'avantage, tout comme l'implant, d'être un des moyens de contraception dits à longue durée d'action et sont réversibles.

Il en existe deux grands types :

- Les DIU au cuivre
- Les DIU hormonaux au lévonorgestrel (15)

Méthode de contraception	Taux de grossesses au cours de la première année (pour 100 femmes)	
	Utilisation correcte et régulière	Telle qu'utilisée couramment
Implant sous-cutané	0,05	0,05
Vasectomie	0,1	0,15
DIU au lévonorgestrel	0,2	0,2
Ligature des trompes	0,5	0,5
DIU au cuivre	0,6	0,8
Injection de progestatif seul	0,3	3
Contraceptifs oraux combinés	0,3	8
Pilules avec progestatif seul	0,3	8
Patch combiné	0,3	8
Anneau vaginal combiné	0,3	8
Préservatif masculin	2	15
Préservatif féminin	5	21
Pas de méthode	85	85

Figure 3 : Tableau montrant l'efficacité comparative des différentes méthodes contraceptives selon l'indice de Pearl

Source : Revue médicale Suisse (17)

Concernant le stérilet hormonal, celui-ci est en place pour une durée qui varie de 3 à 6 ans. Il possède, parmi les contraceptions réversibles, l'un des indices de Pearl le plus bas, derrière l'implant. Cet indice permet de mesurer l'efficacité des différentes contraceptions en calculant le nombre de grossesses non désirées sur une durée de 100 années-femme. Plus il est bas, plus la contraception est efficace. (15)

Ce type de DIU, en libérant progressivement du lévonorgestrel, va rendre la glaire cervicale opaque, ce qui va diminuer la progression des spermatozoïdes. L'endomètre va ainsi s'atrophier, empêchant une éventuelle nidation. Dans la plupart des cas, la patiente présente alors une aménorrhée, ou bien très peu de règles. (15)

Quant au stérilet au cuivre, il est efficace pour une durée de 5 à 10 ans selon les modèles. Son action est mécanique. (15)

Le cuivre exerce une toxicité directe sur les spermatozoïdes, et dans une moindre mesure, crée une inflammation de l'endomètre, engendrant un effet anti-nidatoire de l'œuf. Ce type de dispositif peut être responsable de règles abondantes, pouvant être à l'origine d'anémie. (15)

Le DIU fait donc partie des moyens de contraception efficaces, mais ne protègent pas des infections sexuellement transmissibles.

Depuis le 1^{er} janvier 2022, la contraception est gratuite pour toutes les femmes de moins de 26 ans. Elle est délivrée en pharmacie sur prescription médicale et sans avance de frais. Après 26 ans, les DIU sont pris en charge à 65% par l'Assurance Maladie.

Le prix d'un DIU varie d'environ 30 euros pour celui au cuivre contre 130 euros pour le DIU hormonal. (16)

Concernant son indication, le stérilet peut être aussi bien posé chez des femmes ayant déjà eu des enfants que chez des femmes nullipares. En France, le DIU a reçu l'Autorisation de Mise sur le Marché pour les nullipares en 2004.

Après un accouchement, un stérilet peut être mis en place 4 à 6 semaines après. Il peut également être posé après une IVG : lors d'une IVG chirurgicale, et 10 jours après une IVG médicamenteuse à la condition qu'il ne persiste pas de rétention intra-utérine. Le DIU au cuivre a par ailleurs, l'AMM en tant que contraception d'urgence, s'il est mis en place dans les 5 jours suivant le rapport sexuel à risque. (18)

I.3.2. Comment se déroule la pose d'un DIU ?

Avant sa pose en cabinet médical, il convient d'éliminer une infection vaginale à l'aide d'un examen gynécologique complet. Cet examen va permettre d'estimer la forme, la taille et la position de l'utérus. La première étape consiste à insérer un spéculum jusqu'à voir le col utérin puis de désinfecter. L'utilisation d'un hystéromètre est souvent nécessaire afin d'évaluer la hauteur utérine. Lors de la deuxième étape, le DIU est introduit dans le col à l'aide de son tube d'insertion jusqu'au niveau de la hauteur utérine. Le poussoir puis le tube sont retirés délicatement. La dernière étape consiste à couper les fils à environ 2cm du col. (19)

Le DIU s'insère le plus souvent en fin de règles, en raison d'un col plus ouvert et donc d'une pose plus facile.

Ce geste est parfois douloureux et peut entraîner des crampes utérines dans les jours qui suivent. La prise d'un antalgique est d'ailleurs souvent recommandée avant la pose. Une antibioprophylaxie, quant à elle, n'a pas d'intérêt sur la diminution du risque d'infection génitale haute. (20)

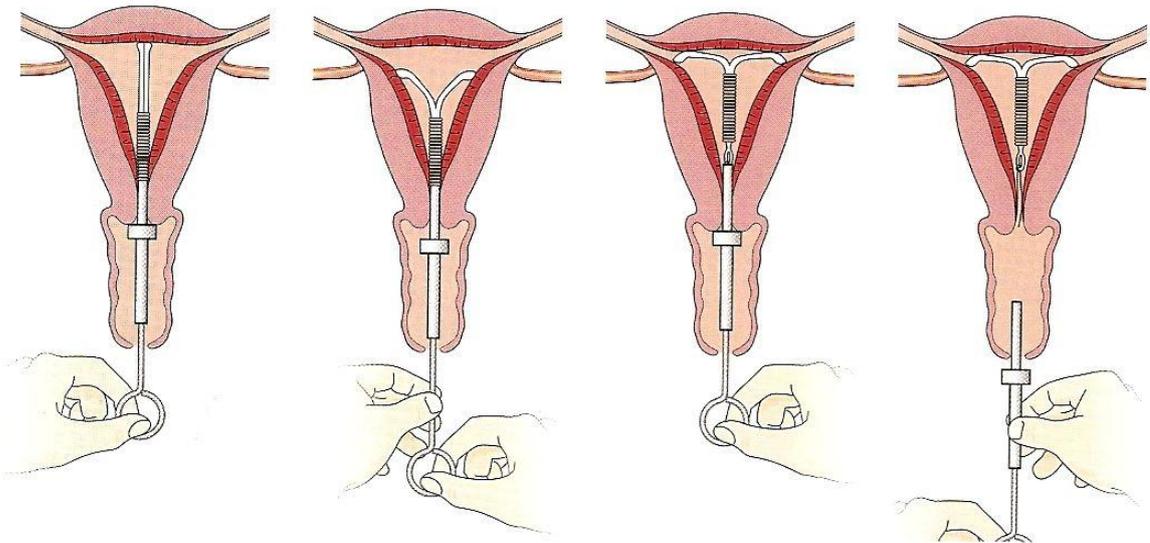


Figure 4 : Image illustrant la technique de pose d'un DIU
Source : Clinique de Planning de Rimouski (21)

Il existe différentes tailles de DIU en fonction de la taille de l'utérus de la patiente, ce qui facilitera le passage du col. (22)

Il peut arriver que le col utérin ne s'ouvre pas, rendant l'insertion impossible. A ce moment-là, un nouvel essai peut être proposé lors des prochaines règles. Les fils de nylon attachés au DIU permettent de vérifier qu'il est toujours en place et de le retirer.

Le retrait, quant à lui, est très simple : il est réalisé en tirant délicatement sur les fils à l'aide d'une pince. Cette manipulation est rapide et généralement indolore.

Sa surveillance se fait la plupart du temps 4 à 6 semaines suivant la pose, puis une fois par an à l'aide d'un examen gynécologique afin de vérifier la présence des fils. Une échographie pelvienne post pose de DIU n'est pas obligatoire mais est recommandée pour vérifier que le dispositif est bien en place dans la cavité utérine. (15)

I.3.3. Contre-indications

La plupart des femmes peuvent bénéficier d'un DIU comme moyen de contraception. Il existe cependant quelques contre-indications absolues :

- Malformations utérines
- Infections pelviennes en cours ou récente : maladie inflammatoire pelvienne, IST, cervicite, endométrite...
- Grossesse suspectée ou avérée (si une grossesse est avérée, le risque de GEU est plus important)
- Saignements vaginaux inexplicables
- Maladie trophoblastique gestationnelle
- Cancer du col de l'utérus ou de l'endomètre
- Cancer du sein pour les DIU au Lévonorgestrel
- Fibromes utérins avec déformation de la cavité utérine
- Maladie de Wilson et allergie au cuivre pour les DIU au cuivre
- Affection hépatique aiguë ou tumeur hépatique pour les DIU au Lévonorgestrel (23)

I.3.4. Effets secondaires

En ce qui concerne les effets secondaires, il en existe d'abord liés à l'insertion de celui-ci :

- Douleurs à type de contractions utérines
- Saignements
- Malaises vagues
- Risque d'expulsion
- Risque de perforation utérine. (23)

Certains symptômes doivent amener à consulter : l'apparition de pertes vaginales anormales pouvant évoquer une infection, des douleurs pelviennes, des métrorragies, ou encore des dyspareunies.

Pour les DIU au cuivre, les ménorragies et les dysménorrhées vont être les principaux effets indésirables et causes de retrait.

Concernant les DIU hormonaux, on retrouve parmi les effets secondaires fréquents : céphalées, migraines, spotting, trouble de l'humeur, baisse de la libido, acné, mastodynies, prise de poids. (23)

I.3.5. La place du DIU en France et à travers le monde

I.3.5.1. Dans le monde

A l'échelle mondiale, 14,3% des femmes en âge de procréer et 22,8% des femmes ayant une contraception ont recours au DIU. Cependant, la répartition des utilisatrices de ce dispositif dans le monde est très disparate. Le pourcentage d'utilisation varie de 1,8% en Océanie à 27% en Asie. (24)

Il faut savoir que seules 62,7% des femmes dans le monde disposent d'un moyen de contraception. Cette utilisation contraceptive reste plus importante dans les zones développées.

Contrairement aux idées reçues, les femmes ont plus recours au DIU dans les régions les moins développées : 24,7% des femmes utilisant une contraception dans ces régions contre 12,7% dans les zones les plus développées. D'importantes variations existent entre les différents continents. En effet, 83% des utilisatrices se trouvent en Asie. On constate un pourcentage de 27% de femmes ayant un DIU parmi celles utilisant une contraception sur ce continent, suivi de l'Europe avec un taux de 17,1%, de l'Afrique (15,4%), de l'Amérique latine (9,6%), de l'Amérique du Nord (6,1%) et enfin de l'Océanie (1,8%). (24)

Il existe également de considérables inégalités au sein d'un même continent.

- En Asie : dans certains pays comme la Chine, la Corée du Nord ou le Vietnam, 41 à 44% des femmes ayant une contraception ont recours au DIU, tandis que dans d'autres états notamment dans le Sud de l'Asie, ce taux n'atteint même pas les 2%.
- En Europe : c'est l'Estonie qui possède le taux d'utilisation le plus élevé (35,9% des femmes ayant une contraception), suivi de pays comme la France, la Slovénie, la Lettonie et les pays scandinaves avec des pourcentages qui oscillent entre 16 et 28%. En Irlande, en Allemagne ou en Roumanie, moins de 8% des femmes utilisent le DIU parmi celles ayant une contraception. En Finlande et en Norvège, il est indiqué en seconde intention pour les nullipares en cas de contre-indication à la pilule oestro-progestative.
- En Afrique : En Afrique du Nord et notamment la Tunisie et l'Égypte, la proportion de femmes disposant d'un stérilet est élevée (18,1% des femmes possédant un contraceptif), comparativement au reste du continent où ce pourcentage reste faible (moins de 2%).
- En Amérique : 9,6% des utilisatrices de contraception y ont recours en Amérique centrale, 5,5% en Amérique du Sud. Les Etats-Unis et le Canada ont vu leur taux d'utilisation du DIU progresser ces dernières années mais restent relativement faible : 5,3% des femmes pour les Etats-Unis et 1% pour le Canada.
- En Océanie : Moins de 2% des femmes utilisant un moyen de contraception ont un DIU. (24)

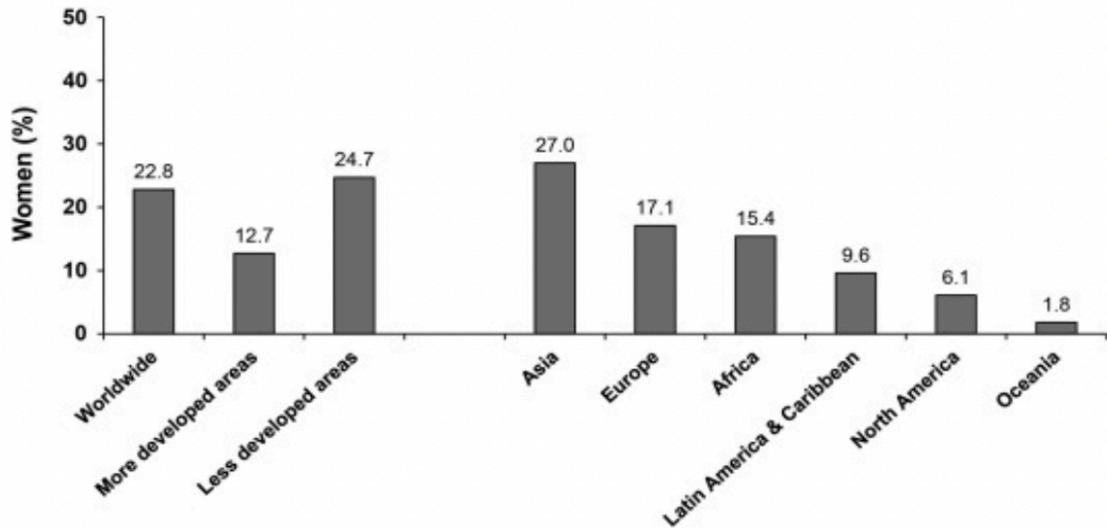


Figure 5 : Pourcentage des utilisatrices de DIU âgées de 15 à 49 ans
 Source : Kai J. Buhlinga, Nikki B. Zite b, Pamela Lotkec, Kirsten Black. Worldwide use of intrauterine contraception : a review (24)

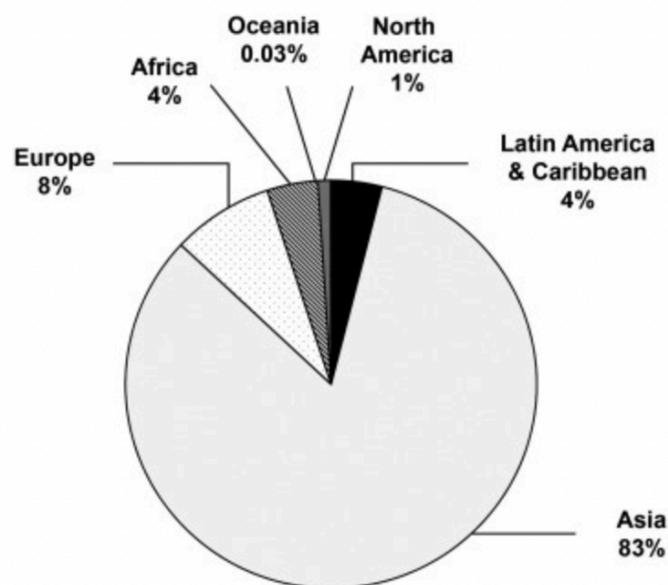


Figure 6 : Répartition mondiale des utilisatrices de DIU (16)
 Source : Kai J. Buhlinga, Nikki B. Zite b, Pamela Lotkec, Kirsten Black. Worldwide use of intrauterine contraception : a review (24)

Ces disparités géographiques ont plusieurs explications.

Tout d'abord, les différences dans les types de professionnels de santé autorisés à poser un DIU, exercent une influence notable sur le taux de recours à ce dispositif. Dans des pays comme l'Allemagne ou la Chine, seuls les gynécologues sont aptes à réaliser cet acte.

Tandis qu'en Colombie, aux Etats-Unis ou encore en France, les gynécologues, les médecins généralistes ou encore les sage-femmes sont autorisés à le faire, et ce dans divers lieux (cabinet d'un professionnel de santé, clinique de santé sexuelle ou d'avortement ou encore en clinique communautaire d'un milieu hospitalier). (24)

Un autre élément pouvant limiter l'accès au dispositif intra-utérin est le manque de formateurs pour les professionnels de santé, ce qui est le cas au Royaume-Uni.

Aux Etats-Unis, l'aspect médico-légal a souvent été perçu comme un obstacle à la prescription de ce moyen de contraception. En effet, la crainte d'engendrer une perforation utérine lors de la pose ou de provoquer une maladie inflammatoire pelvienne, sont des facteurs diminuant le nombre de pose. (24)

Une autre raison exerçant une forte influence sur le taux d'utilisation du DIU, est le niveau de connaissances des professionnels de santé concernant ce dispositif, ainsi que la formation reçue ou non sur les techniques de pose et de retrait. Certains de ces professionnels sont d'ailleurs des perceptions erronées sur ces méthodes notamment concernant l'efficacité et l'innocuité du DIU, et l'indication de pose chez les femmes nullipares.

Les différences socioculturelles et religieuses entre les pays sont également des paramètres à prendre en compte. Effectivement, dans les pays musulmans, l'utilisation d'une contraception est restreinte. Elle est autorisée dans le cadre strict du mariage, si la santé ou l'équilibre économique du couple le nécessite. (24)

Enfin, on peut voir des divergences entre les pays par rapport aux indications et recommandations du DIU. En Allemagne par exemple, il n'est utilisé qu'en seconde intention chez les femmes nullipares, ce qui n'est pas le cas dans d'autres états comme la France ou l'Australie.

Aux États-Unis et au Royaume-Uni, chez les femmes présentant un risque élevé d'IST (< 25 ans et/ou plusieurs partenaires sexuels), un dépistage est recommandé avant la pose du dispositif intra-utérin.

Au Royaume-Uni, si ce dépistage n'est pas possible, une antibioprophylaxie est administrée avant la pose.

En Allemagne, un frottis cervico-utérin est obligatoirement réalisé dans les six mois suivant la pose du dispositif, dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus. (24)

I.3.5.2. En France

Le moyen de contraception le plus fréquemment utilisé en France reste la pilule (oestroprogestative ou microprogestative) chez les femmes âgées de 15 à 35 ans, suivi du DIU puis du préservatif. La France est d'ailleurs l'un des pays au monde où la contraception orale est la plus importante.

Depuis plusieurs années, on assiste à un recul de la prescription de la pilule, notamment en raison de la médiatisation du risque thromboembolique lié à l'utilisation de celle-ci, et particulièrement avec celles de 3^{ème} et 4^{ème} génération. Les Françaises ne se sont pas pour autant tournées vers les pilules de 2^{ème} génération.

Passé 35 ans, le DIU tend à devenir le moyen contraceptif le plus répandu. (25)

L'extension de l'indication du DIU aux nullipares a permis aujourd'hui à ce contraceptif d'être une alternative non négligeable chez les patientes âgées de 20 à 24 ans. (5)

A ce jour, on estime que 25,6% des femmes françaises ayant une contraception utilisent un DIU comme moyen contraceptif. (26)

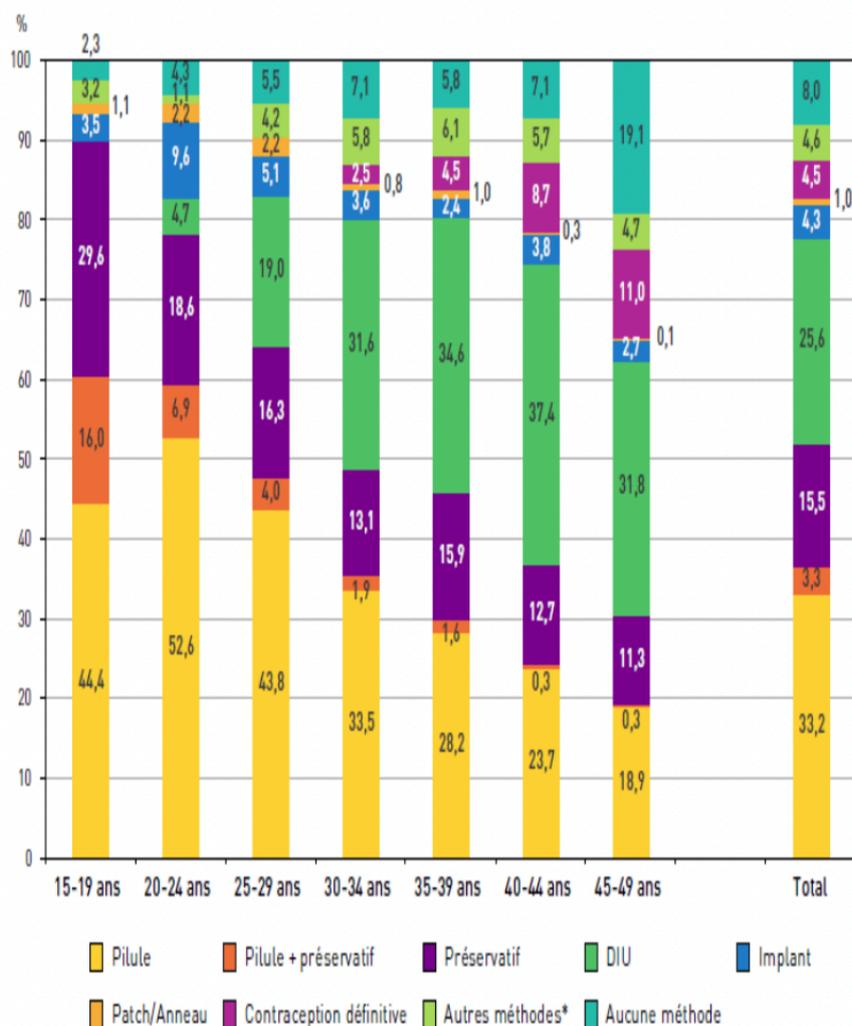


Figure 7 : Graphique montrant les méthodes de contraceptions utilisées en 2016 par les femmes françaises selon leur âge

Source : Santé Publique France (27)

II. Matériel et méthode

II.1. Objectifs de l'étude

Bien que le DIU ne soit pas la méthode contraceptive la plus prescrite, son utilisation dans le monde a nettement augmenté ces dernières années. En France, il remplace peu à peu la pilule et tend à devenir le moyen contraceptif le plus utilisé à partir de 35 ans.

Peu de thèses abordant l'utilisation du DIU ainsi que les freins à la pose en cabinet libéral de médecine générale ont été effectuées auparavant.

Nous nous sommes donc intéressés aux pratiques des médecins généralistes du Limousin concernant l'utilisation du DIU.

L'objectif principal de notre étude a donc été d'estimer la prévalence de médecins généralistes du Limousin pratiquant la pose de DIU, tandis que l'objectif secondaire a été d'identifier les freins à la pose de DIU en cabinet de médecine générale.

II.2. Type et population de l'étude

Nous avons choisi de réaliser une étude épidémiologique descriptive transversale. Pour cela, nous avons recueillis les différentes informations à l'aide d'un questionnaire auprès d'un échantillon de médecins généralistes limousins.

Notre questionnaire a été envoyé aux différents conseils départementaux de l'Ordre des médecins de la région, à savoir la Creuse, la Corrèze ainsi que celui de la Haute-Vienne.

Le critère d'inclusion de cette étude était d'être médecin généraliste en Limousin installé en cabinet libéral.

Les critères d'exclusion étaient :

- Les médecins généralistes exerçant une activité uniquement hospitalière
- Les internes de médecine générale
- Les médecins remplaçants en médecine générale

II.3. Élaboration du questionnaire

Le questionnaire par lequel nous avons interrogé les médecins généralistes comportait quatre parties.

- Une première partie permettant de recueillir les différentes caractéristiques démographiques des médecins : sexe, tranche d'âge, lieu d'exercice.
- Une deuxième partie portant sur les habitudes de prescription des médecins en termes de contraception.
- Une troisième partie orientée sur le DIU et notamment les pratiques de pose, les freins à la pose en cabinet libéral ou encore l'orientation à un spécialiste/sage-femme. Ce questionnaire ne traitait pas du retrait du DIU, mais seulement de la pose.
- Une quatrième partie dirigée vers la formation en gynécologie.

Le questionnaire a été initialement créé sur Microsoft Word ® puis transféré sur Google Forms®. Il comportait une majorité de questions fermées, permettant aux médecins de répondre rapidement. Certaines questions comportaient un espace d'expression libre afin de permettre aux médecins d'ajouter des réponses complémentaires.

Au préalable, ce questionnaire a été testé auprès de quelques internes de médecine générale en dernière année d'internat, et d'un médecin généraliste installé en cabinet libéral afin d'évaluer la rapidité de remplissage et la formulation des questions.

II.4. Recueil des données

Notre questionnaire a ainsi été envoyé par mail par les différents Conseils départementaux de l'Ordre des médecins, aux 628 médecins généralistes installés en cabinet libéral en Limousin : 397 installés en Haute-Vienne, 153 en Corrèze et 78 dans le département de la Creuse.

Un premier mail a été envoyé le 20/06/2023. Un mail de relance a été renvoyé le 05/07/2023.

Le recueil de données a été effectué du 20/06/2023 au 18/10/2023.

Le questionnaire était à remplir directement sur Google Forms ®.

Sur les 628 médecins généralistes installés en Limousin, nous avons obtenu 100 réponses à notre questionnaire, soit un taux de participation de 15,9%.

Toutes les questions ont obtenu 100 réponses. Toutes les réponses ont pu donc être exploitées.

II.5. Analyse statistique des données

L'analyse statistique des différents résultats de notre étude a été réalisée grâce au logiciel BiostaTGV disponible sur le site internet <https://biostatgv.sentiweb.fr/>.

La significativité des associations entre variables catégorielles a été testée par le test exact de Fisher ou le test du Chi2 en fonction des effectifs théoriques et du nombre de classes dans les différentes variables considérées.

Tous les critères ont été évalués par le test exact de Fisher lorsque l'effectif était inférieur ou égal à 5, ou par le test du Chi2 dans les autres cas.

Le seuil de significativité choisi pour l'ensemble des analyses statistiques est de 0,05. On estime que les différences sont significatives lorsque le p est inférieur à 0,05.

III. Résultats

III.1. Population de l'étude

L'échantillon de notre étude comptait au total 100 médecins généralistes. Il n'y pas eu de participant exclus.

Notre première partie s'est attachée à étudier les différentes caractéristiques socio-démographiques des médecins ayant répondu.

62 femmes et 38 hommes ont répondu à notre questionnaire, soit respectivement 62% et 38% de notre échantillon.

Caractéristiques démographiques	Effectif n = 100 (%)
<u>SEXE</u>	
Femme	62 (62%)
Homme	38 (38%)
<u>AGE</u>	
25-34 ans	24 (24%)
35-44 ans	34 (34%)
45-54 ans	15 (15%)
>55 ans	27 (27%)
<u>LIEU D'EXERCICE</u>	
Urbain	37 (37%)
Semi-rural	36 (36%)
Rural	27 (27%)

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques

Concernant le lieu d'exercice, 37% des médecins exercent en secteur urbain, 36% en secteur semi-rural et 27% en milieu rural.

34% d'entre eux ont un âge compris entre 35 et 44 ans, 15% entre 45 et 55 ans, 27% ont plus de 55 ans, et enfin 24% ont moins de 35 ans.

III.2. L'activité de gynécologie en médecine générale

Nous nous sommes ensuite penchés sur le nombre de consultations hebdomadaire dédiées à la contraception en cabinet de médecine générale.

65% des médecins en réalisent moins de deux par semaine, tandis que 32% en effectuent deux à cinq par semaine.

Seulement 3% des médecins interrogés en pratiquent plus de cinq par semaine.

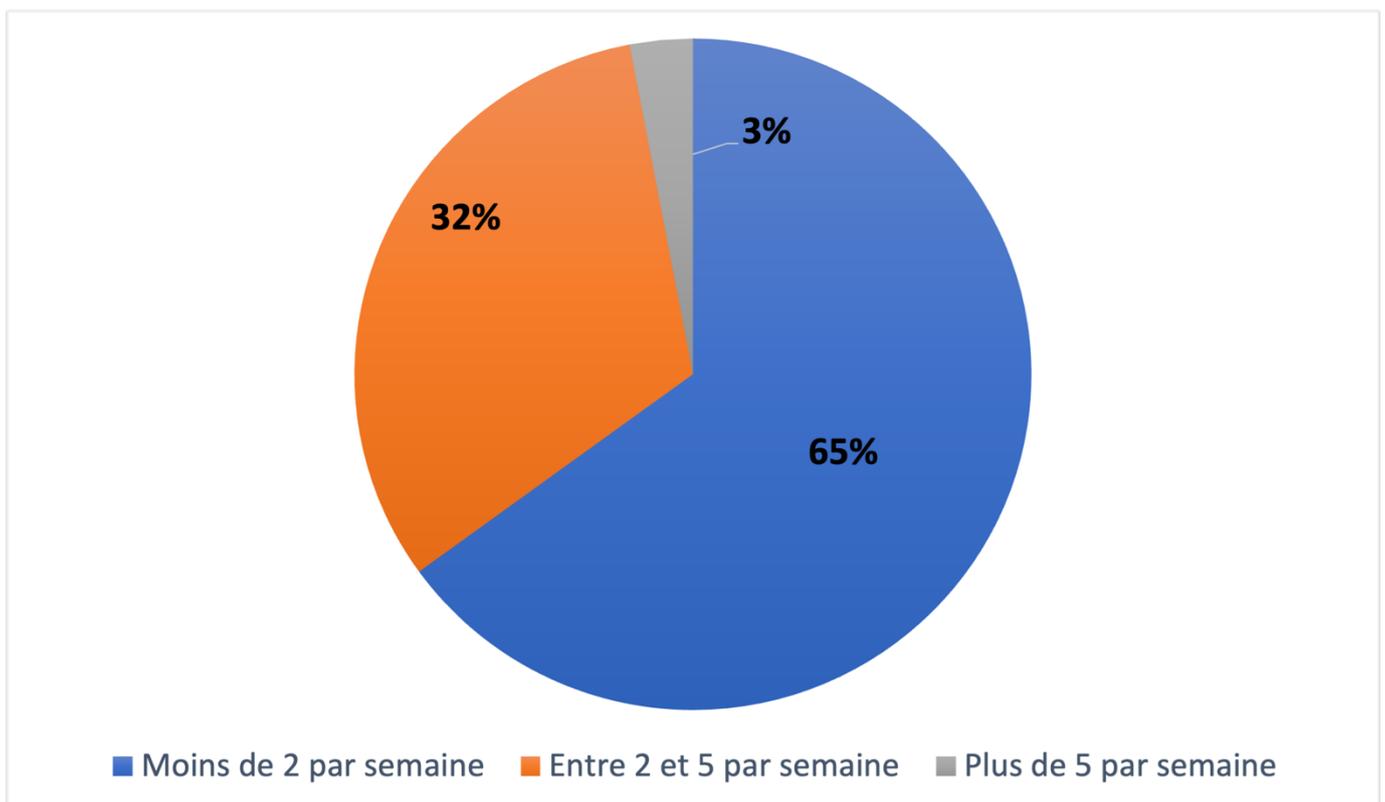


Figure 8 : Fréquence des consultations de contraception

Notre questionnaire a par la suite, cherché à évaluer la fréquence de prescription des différentes contraceptions.

Les pilules oestro-progestatives et microprogestatives restent les contraceptifs les plus répandus. En effet, les médecins en prescrivant « Souvent » atteignent respectivement 69% et 70%. 27% des praticiens prescrivent « Très souvent » des pilules oestro-progestatives, 20% pour les pilules microprogestatives.

Puis s'ensuivent par ordre croissant de fréquence, le préservatif, le DIU hormonal, l'implant et le DIU au cuivre.

L'anneau vaginal et le patch transdermique concernent très peu de prescriptions : 61% des médecins n'en prescrivent « Jamais » pour le patch, 62% pour l'anneau vaginal.

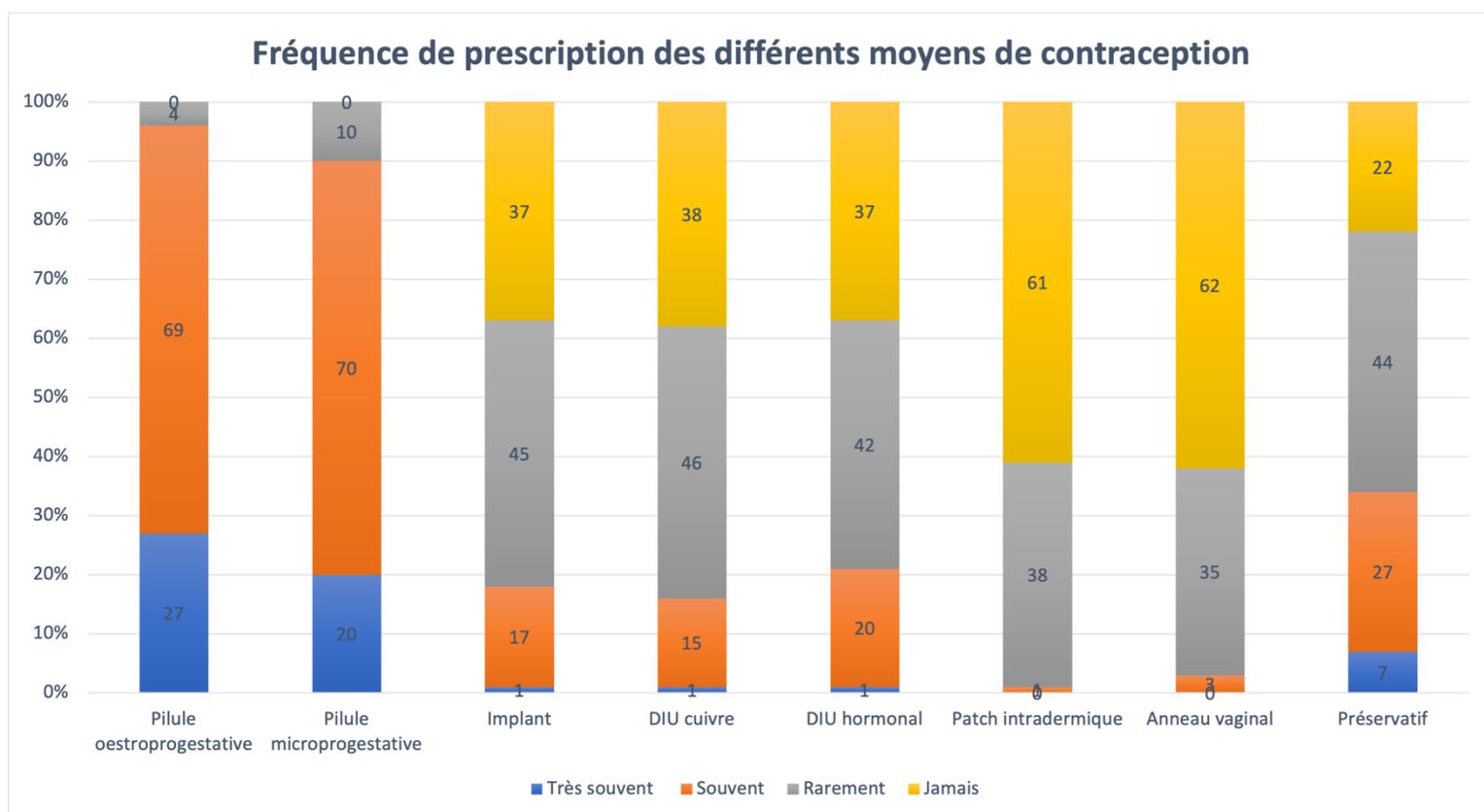


Figure 9 : Fréquence de prescription des moyens de contraceptions

III.3. Place du DIU en médecine générale

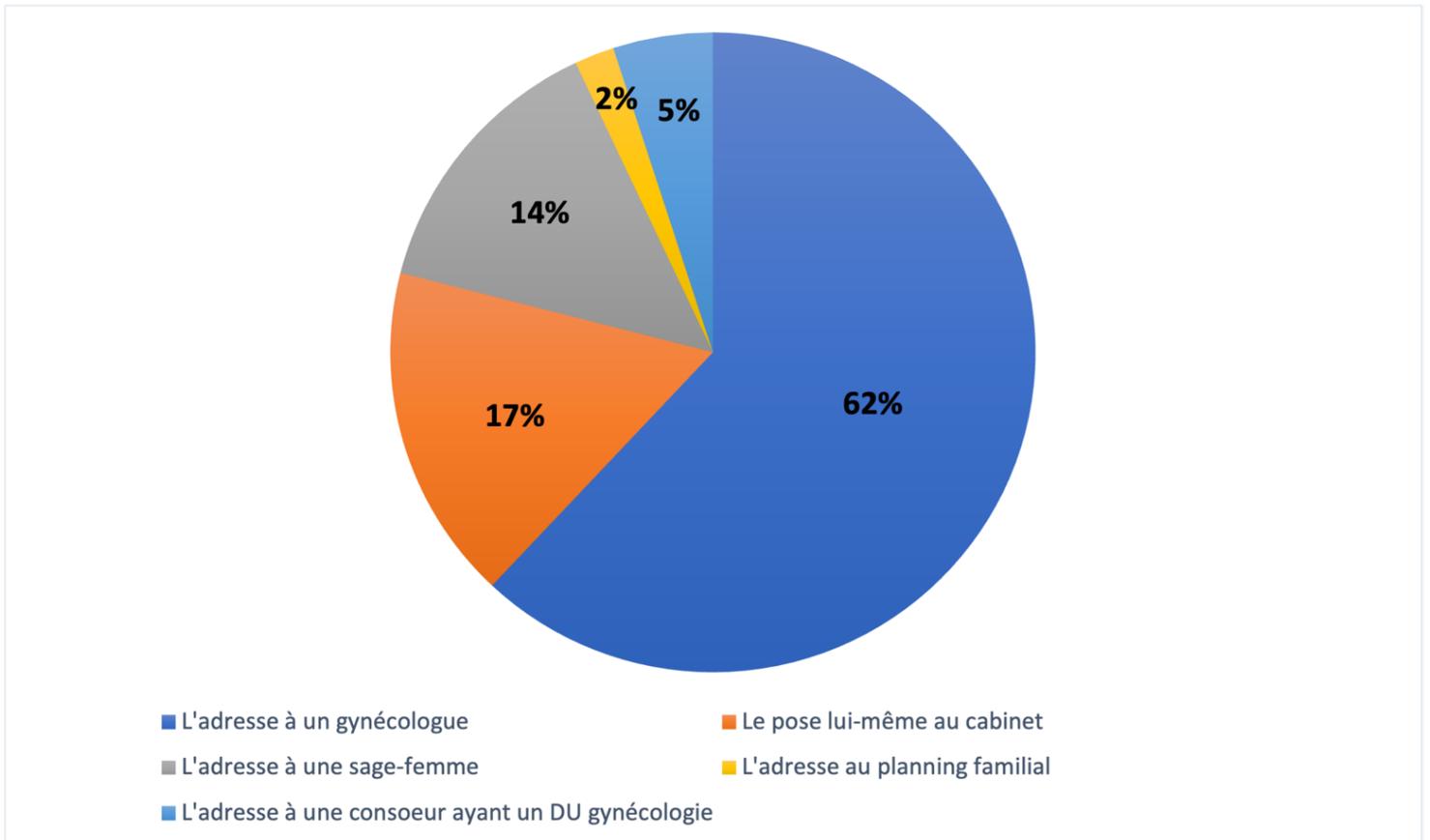


Figure 10 : Prise en charge d'une patiente se présentant au cabinet pour pose de DIU

Concernant la prise en charge d'une patiente se présentant au cabinet pour pose de DIU, 62% des médecins généralistes interrogés l'adressent à un gynécologue, tandis que 14% l'adressent à une sage-femme et 5% l'adressent à une consœur ayant obtenu un DU de gynécologie. Seulement 17% d'entre eux le posent eux-mêmes au cabinet.

2% des médecins adresse les patientes au planning familial.

Cette question était à réponse unique.

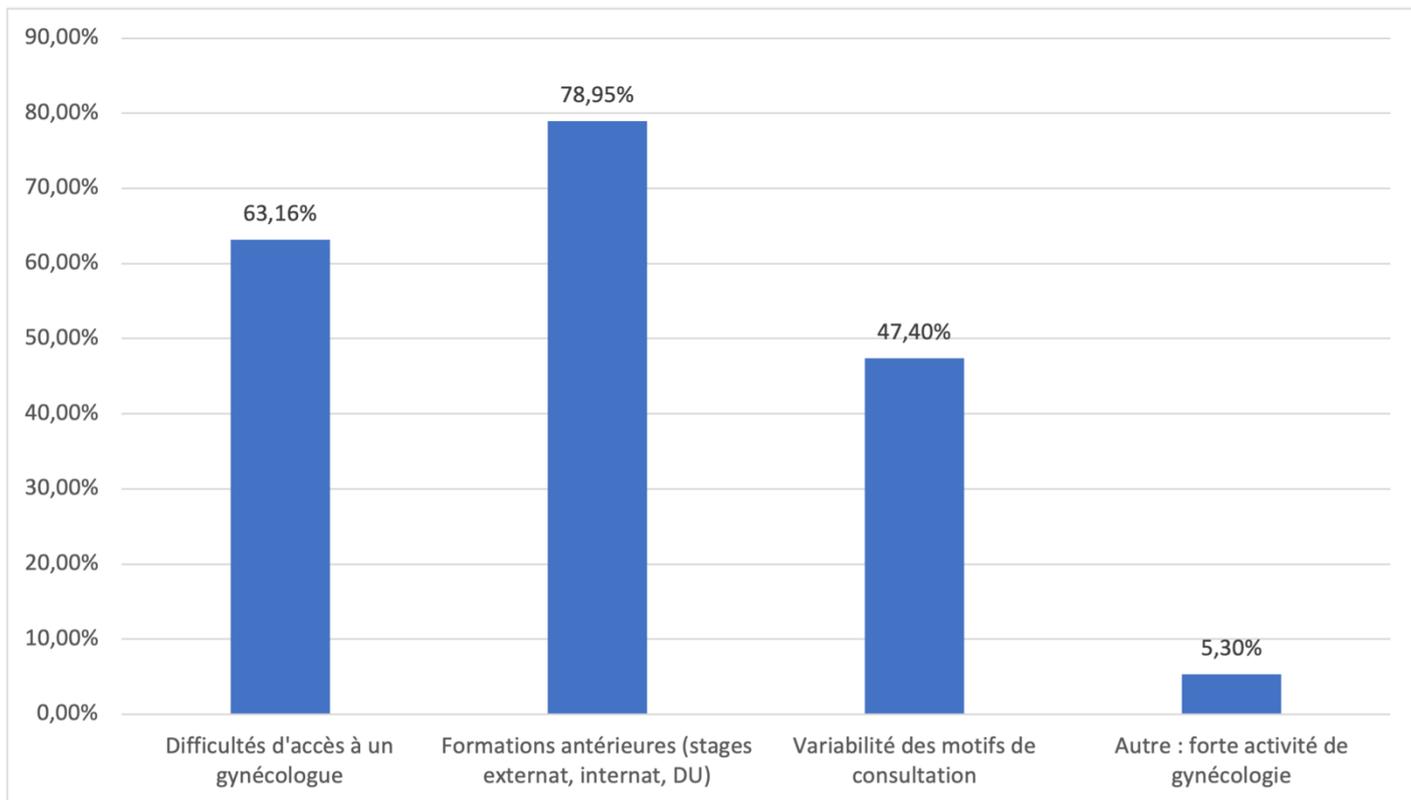


Figure 11 : Motifs de pose de DIU en cabinet de médecine générale

La prochaine question analysait les différents motifs pour lesquels les médecins généralistes réalisaient la pose de DIU en cabinet. Elle concernait donc uniquement les médecins généralistes réalisant cet acte en cabinet de médecine générale. 19 médecins y ont ainsi répondu.

Cette question pouvait être à réponses multiples. Une zone « autre » permettait aux médecins d'ajouter une réponse complémentaire personnalisée.

Parmi eux, 12 (63,16%) le font pour des raisons de difficultés d'accès des patientes à un gynécologue. 15 médecins (78,95%) le pratiquent du fait de leur formation antérieure (stages externat, internat, DU...). La variabilité des motifs de consultation reste une autre cause de pose en cabinet pour 9 d'entre eux, soit 47,4%.

1 médecin (5,3%) décrit une forte activité de gynécologie.

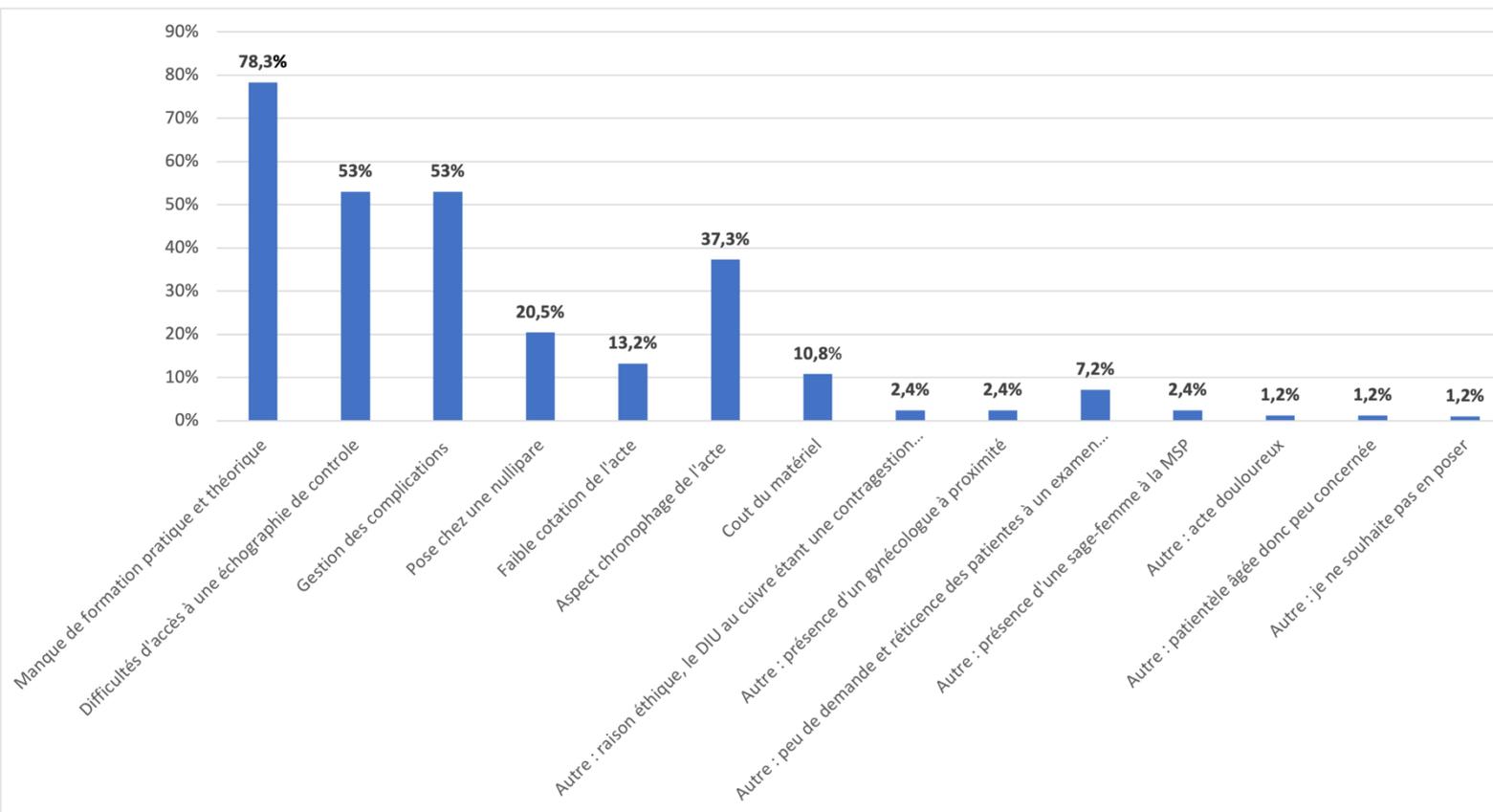


Figure 12 : Freins à la pose de DIU en cabinet de médecine générale

Ensuite, nous avons interrogés les médecins généralistes ne réalisant pas de pose de DIU sur les freins à la réalisation de cet acte en cabinet. A cette question, 83 praticiens y ont répondu.

La cause la plus répandue parmi les médecins généralistes demeurent le manque de formation pratique et théorique, pour 65 d'entre eux soit 78,3%.

Viennent ensuite les difficultés d'accès à une échographie de contrôle pour 44 médecins généralistes (53%) et la gestion des complications en cabinet libéral pour 44 médecins soit 53%.

Malgré la présence de l'AMM pour la pose de DIU chez les nullipares, la nulliparité reste une réticence à la pose en cabinet de médecine générale pour 17 médecins (20,5%). La faible cotation de l'acte ainsi que son aspect chronophage demeurent d'autres raisons pour respectivement, 11 (13,2%) et 31 (37,3%) professionnels de santé.

Enfin, le coût du matériel semble être une contrainte pour 9 d'entre eux soit 10,8%.

Certains professionnels ont également répondu dans la zone de texte « libre ».

Pour deux d'entre eux (2,4%), une autre raison est le fait que « Raison éthique le DIU au cuivre soit une contraception et non une contraception ».

Deux autres (2,4%) ont noté : « présence d'un gynécologue à proximité ».

6 médecins interrogés (7,2%) estiment qu'ils ont « peu de demandes » et que « les patientes sont souvent réticentes à un simple examen gynécologique ».

La présence d'une sage-femme à la MSP est une autre raison pour 2 professionnels (2,4%).

Enfin, nous avons noté d'autres réponses telles que : « pas envie » (n = 1, 1,2%), « Acte douloureux » (n = 1, 1,2%), ou encore « patientèle âgée donc peu concernée » (n = 1, 1,2%).

III.4. Formation des médecins généralistes en gynécologie

Nous nous sommes ensuite intéressés au domaine de la formation en gynécologie pour les médecins généralistes du Limousin.

La première question posée portait sur l'obtention ou non d'un diplôme universitaire en gynécologie ou d'une autre formation complémentaire dans cette discipline. 100% des médecins interrogés ont répondu à cette question à choix unique. 82% des médecins ont déclaré n'avoir jamais réalisé de DU en gynécologie ou d'autre formation dans cette spécialité.

Concernant la réalisation d'un semestre en gynécologie lors de l'internat, les réponses restent très disparates. En effet, 55% des médecins généralistes de l'étude ont déclaré avoir déjà réalisé un stage dans cette spécialité lors de leurs études.

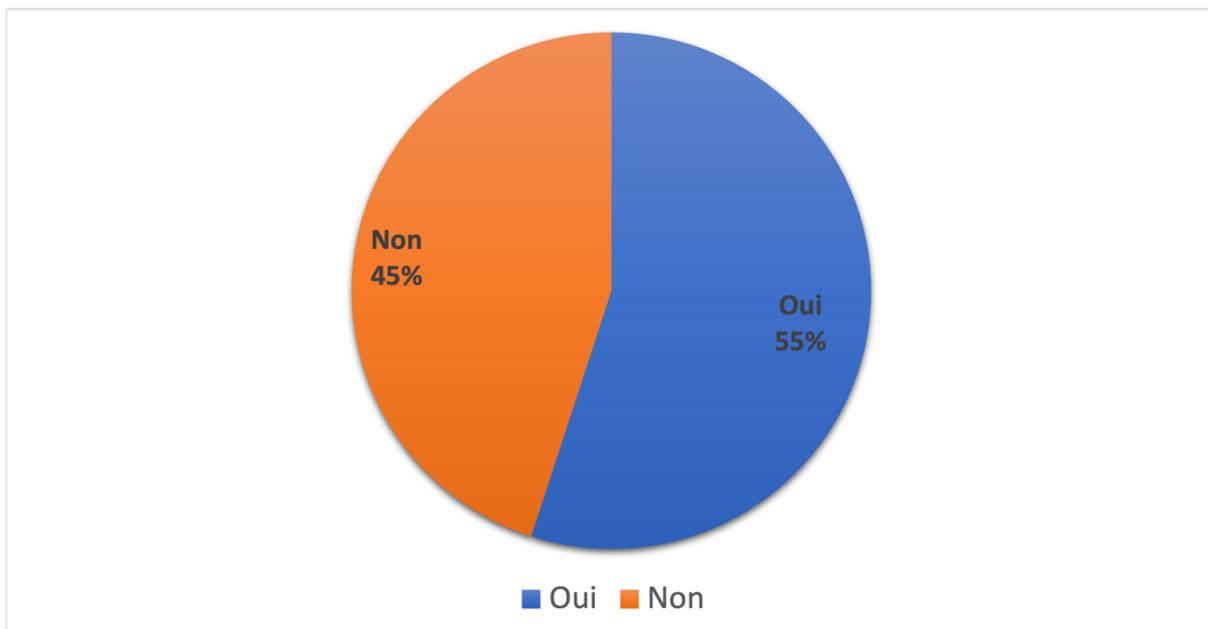


Figure 13 : Réalisation d'un stage en gynécologie lors de l'internat

L'arrêté du 4 février 2011 relatif à l'agrément, à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en 3^{ème} cycle des études médicales, relate l'obligation pour les internes de médecine générale, d'effectuer un stage en pédiatrie ET/OU en gynécologie. (28)

La question suivante demandait aux médecins s'il avait déjà pratiqué la pose de DIU.

57% des médecins généralistes interrogés ont déclaré n'en avoir jamais posé durant leur cursus.

La deuxième partie de la question était destinée aux 43% des médecins généralistes ayant déjà réalisé une pose de DIU et les interrogeait sur les différentes occasions à laquelle ils avaient déjà posé des DIU.

18 médecins (41,9%) déclarent en avoir posé en cabinet libéral.

31 médecins (72%) indiquent avoir déjà réaliser cet acte lors de stages (externat, internat).

Pour la prochaine question, nous nous sommes penchés à étudier les différentes formations reçues par les médecins généralistes du Limousin concernant la pose de dispositifs intra-utérins.

66% d'entre eux déclarent avoir déjà reçu une formation THEORIQUE.

En ce qui concerne la formation PRATIQUE, seulement 47% des médecins affirment en avoir réalisée une au cours de leur cursus.

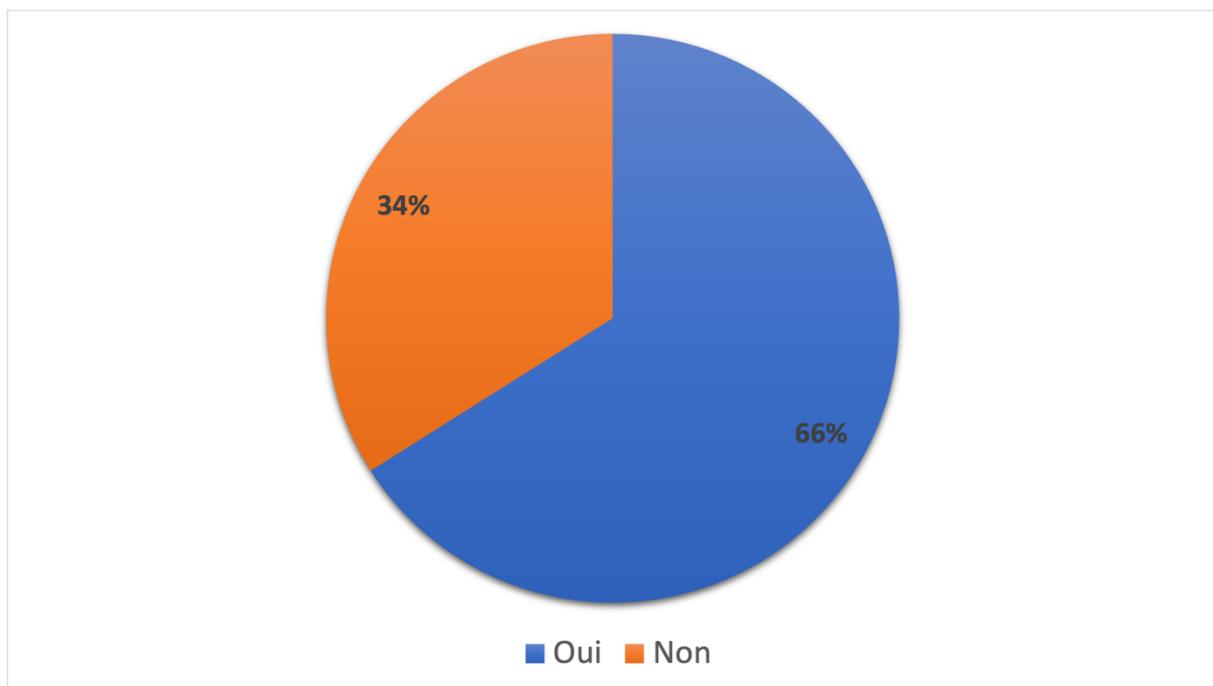


Figure 14 : Réalisation d'une formation THEORIQUE concernant le DIU durant le cursus

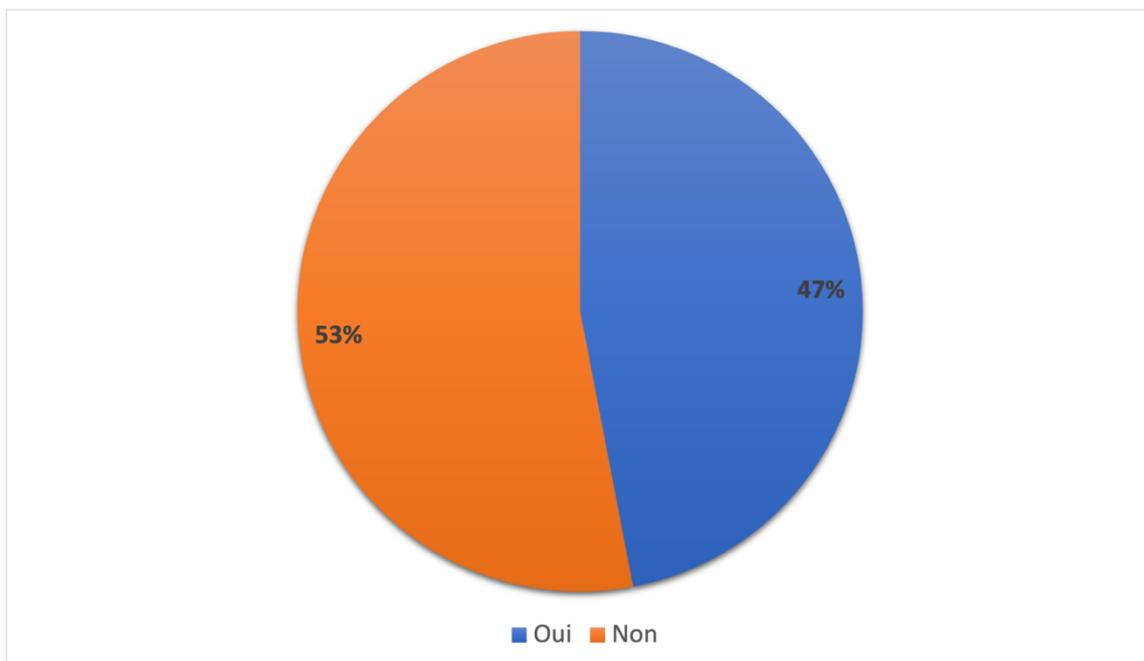


Figure 15 : Réalisation d'une formation PRATIQUE concernant le DIU durant le cursus

Enfin, pour clôturer notre questionnaire, notre étude a interrogé les médecins s'ils pensaient qu'une formation serait utile aux médecins généralistes concernant la pose de DIU.

Parmi les 100 médecins ayant répondu au questionnaire, 72% d'entre eux estiment que ce type de formation serait bénéfique pour leur pratique.

III.5. Analyses comparatives

Notre étude s'est également attachée à effectuer des analyses statistiques afin de savoir si le sexe, l'âge, et le lieu d'exercice exerçaient une influence sur la fréquence des consultations de contraception, sur la fréquence de pose de DIU en cabinet libéral ainsi que sur la formation reçue dans le domaine de la gynécologie.

Le nombre de médecins ayant un DU de gynécologie a été confronté au sexe des médecins interrogés. Il existe une différence significative entre les deux groupes, hommes et femmes ($p= 0,0140$).

Les femmes semblent davantage se former en gynécologie que les hommes. En effet, 25,8% des femmes de l'échantillon déclarent avoir obtenu un DU en gynécologie ou une autre formation en gynécologie contre 5,2% des hommes.

Nous avons ensuite étudié si l'âge des médecins généralistes influait sur la réalisation ou non d'un stage en gynécologie durant l'internat/externat. Il semblerait qu'il n'y ait pas de différence significative entre les groupes ($p = 0,1098$).

<i>DU en gynécologie ou autre formation en gynécologie</i>			
	Oui (n=18)	Non (n=82)	p-valeur
<i>SEXE</i>			
Femme	16	46	
Homme	2	36	0,0140

Tableau 2 : Nombre de médecins ayant un DU en gynécologie ou autre formation en gynécologie en fonction du sexe

<i>Réalisation d'un stage en gynécologie (internat, externat)</i>			
	Oui (n=54)	Non (n =46)	p-valeur
<i>CATEGORIE D'AGE</i>			
25-34 ans	18	6	
35-44 ans	17	17	
45-55 ans	6	9	
>55 ans	13	14	0,1098

Tableau 3 : Nombre de médecins ayant réalisé un stage en gynécologie lors de leur formation en fonction de l'âge

<i>Formation théorique sur la pose d'un DIU</i>			
	Oui (n=66)	Non (n =34)	p-valeur
CATEGORIE D'AGE			
25-34 ans	21	3	
35-44 ans	24	10	
45-55 ans	7	8	
>55 ans	14	13	0,0151

Tableau 4 : Nombre de médecins ayant reçu une formation théorique sur la pose de DIU en fonction de l'âge

On retrouve également une différence significative entre les groupes en ce qui concerne la formation théorique sur la pose d'un DIU reçue ou non, en fonction de l'âge ($p = 0,0151$). Les médecins les plus jeunes semblent avoir reçu davantage de formation théorique. En effet, 87,5% des 25-34 ans et 70,6% des 35-44 ans ont reçu une formation théorique sur ce sujet. Seulement 46,6% des 45-55 ans en ont bénéficié.

<i>Formation pratique sur la pose d'un DIU</i>			
	Oui (n=47)	Non (n =53)	p-valeur
CATEGORIE D'AGE			
25-34 ans	16	8	
35-44 ans	18	16	
45-55 ans	3	12	
>55 ans	10	17	0,0212

Tableau 5 : Nombre de médecins ayant reçu une formation pratique sur la pose de DIU en fonction de l'âge

En ce qui concerne la formation pratique de pose de DIU, il existe aussi une différence significative entre les différents groupes ($p = 0,0212$). Les médecins les plus jeunes semblent là encore, plus concernés. 66,7% des 25-34 ans ont bénéficié d'une formation pratique sur la pose de ce contraceptif tandis que 20% des 45-55 ans et 37% des plus de 55 ans n'en ont jamais reçu.

Le nombre de consultations de contraception a ensuite été confronté au sexe des médecins interrogés. Nous avons pu constater qu'il existe une différence significative entre les hommes et les femmes ($p = 0,00011$).

Les femmes semblent davantage investies dans les consultations de contraception. En effet, 89% des hommes en réalisent moins de deux par semaine alors que 45,1% des femmes en effectuent entre 2 et 5 par semaine.

<i>Nombre de consultations de contraception par semaine</i>				
	-2/semaine (n=65)	2-5/semaine (n=32)	+5/semaine (n=3)	p-valeur
SEXE				
Femme	31	28	3	
Homme	34	4	0	0,00011

Tableau 6 : Nombre de consultations de contraception hebdomadaire en fonction du sexe

Nous nous sommes par la suite penchés sur l'influence qu'exerce le lieu d'exercice sur le nombre de consultations de contraception réalisées par semaine.

<i>Nombre de consultations de contraception par semaine</i>				
	-2/semaine (n=65)	2-5/semaine (n=32)	+5/semaine (n=3)	p-valeur
LIEU D'EXERCICE				
Rural	20	7	0	
Semi-rural	24	11	2	
Urbain	21	14	1	0,6266

Tableau 7 : Nombre de consultations de contraception hebdomadaire en fonction du lieu d'exercice

Il semblerait qu'il n'y ait pas de différence significative entre les groupes selon le lieu d'exercice ($p = 0,06266$).

Enfin, nous avons étudié si le sexe et le lieu d'exercice exerçaient une influence sur la pose de DIU en cabinet libéral.

<i>Prise en charge d'une patiente se présentant au cabinet pour pose de DIU</i>			
	Vous le posez vous-même au cabinet (n=13)	Vous l'adressez à : un gynécologue, une sage-femme, un conseil en gynécologie, au planning familial(n=87)	p-valeur
SEXE			
Femme	12	51	
Homme	1	36	0,0279

Tableau 8 : Nombres de médecins généralistes posant des DIU en cabinet libéral en fonction du sexe

En ce qui concerne la prise en charge d'une patiente se présentant au cabinet pour pose de DIU, il existe une différence significative entre les deux groupes « Hommes » et « Femmes » ($p = 0,0279$).

Une fois de plus, les femmes semblent davantage poser des DIU en cabinet que les hommes. En effet, 19% des femmes interrogées posent elles-mêmes le DIU en cabinet tandis que seulement 2% des hommes adressent les patientes à un autre professionnel (conseiller en gynécologie, une sage-femme, au planning familial ou encore un gynécologue).

<i>Prise en charge d'une patiente se présentant au cabinet pour pose de DIU</i>			
	Vous le posez vous-même au cabinet (n=13)	Vous l'adressez à : un gynécologue, une sage-femme, un gynécologue, au planning familial(n=87)	p-valeur
LIEU D'EXERCICE			
Rural	2	25	
Semi-rural	7	29	
Urbain	4	33	0,3619

Tableau 9 : Nombres de médecins généralistes posant des DIU en cabinet libéral en fonction du lieu d'exercice

En revanche, il semblerait qu'on ne retrouve aucune différence significative concernant le nombre de médecins généralistes posant des DIU en cabinet libéral en fonction du lieu d'exercice ($p = 0,3619$).

IV. Discussion

La contraception est aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique à l'échelle de la France mais également à l'échelle mondiale, afin de réduire le nombre d'interruptions volontaires de grossesse.

La démographie médicale de gynécologues étant en forte diminution, les médecins généralistes ont ainsi un rôle important à jouer dans ce domaine.

En France, le DIU n'est pas le moyen contraceptif majoritaire mais tend à remplacer petit à petit les autres contraceptions. Notre étude s'est ainsi intéressée aux pratiques des médecins généralistes concernant la prescription et la pose de ce moyen contraceptif, et notamment à la proportion de médecins réalisant cet acte en cabinet libéral.

Dans cette étude épidémiologique descriptive transversale réalisée auprès de médecins généralistes du Limousin, nous avons étudié leur rôle en matière de contraception, ainsi que leurs pratiques concernant la pose de DIU en cabinet libéral.

Nous avons cherché à connaître la proportion de médecins généralistes du Limousin réalisant des poses de DIU ainsi que les freins à leur pose en ambulatoire.

Nous avons pu montrer que ce moyen contraceptif reste globalement peu prescrit et peu posé en cabinet de médecine générale.

Nous avons également relevé des différences significatives selon le sexe, le lieu d'exercice et l'âge vis-à-vis de la contraception en général et vis-à-vis du DIU.

IV.1. Résultats

Notre étude s'est ainsi portée sur les pratiques des médecins généralistes du Limousin concernant le DIU en méthode contraceptive.

Concernant l'objectif secondaire de notre étude, il devait identifier les freins à la pose de DIU en cabinet de médecine générale. Ainsi, nous avons pu analyser les réticences des médecins et les obstacles à leur pose, afin de pouvoir à l'avenir, constituer des pistes d'amélioration et notamment améliorer la formation des médecins généralistes dans ce domaine.

De plus, notre liste d'obstacles n'étant pas exhaustive, nous avons fait le choix d'ajouter une option « Autre » dans laquelle les médecins étaient libres de proposer par écrit des freins que nous n'avions pas envisagé.

Enfin, nous avons cherché si le sexe, les catégories d'âge et le lieu d'exercice pouvaient exercer une influence sur les fréquences de réalisation de consultation de contraception, la fréquence de pose de DIU en cabinet ainsi que sur le niveau de formation reçue dans le domaine de la gynécologie. La finalité de cette recherche étant de montrer une volonté plus importante de réaliser de la gynécologie et notamment des poses de DIU en cabinet de médecine générale selon certaines caractéristiques des médecins.

En ce qui concerne la fréquence des consultations de contraception, ce dernier reste un motif relativement fréquent en médecine générale mais semble concerner majoritairement les femmes. Quant au lieu d'exercice, il ne semble pas influencer le nombre de consultation de contraception.

Les médecins généralistes du Limousin prescrivent en majorité les pilules oestro-progestative et microprogestative, le DIU n'arrivant qu'en 4^{ème} (DIU hormonal) et 6^{ème} position (DIU au cuivre).

La plupart d'entre eux (83%) adresse leur patiente (à un gynécologue, à une sage-femme, au planning familial, à un(e) confrère/consœur ayant un DU en gynécologie) lorsque celles-ci se présentent au cabinet pour une pose de DIU.

Parmi ceux réalisant cet acte, la très grande majorité sont des femmes. On peut ainsi supposer que les femmes sont plus attirées que les hommes par le domaine de la gynécologie, et que les patientes sont plus à l'aise lorsque l'examen gynécologique est réalisé par une femme. Le lieu d'exercice ne semble, là encore, pas avoir d'influence.

Nous avons ensuite interrogé les médecins réalisant eux-mêmes la pose de DIU sur les motivations les poussant à pratiquer cet acte à leur cabinet.

La principale raison réside dans la réalisation de formations antérieures (internat, externat). Puis s'ensuivent les difficultés d'accès à un gynécologue et la variabilité des motifs de consultation. Un seul médecin a répondu dans la zone libre : « Forte activité de gynécologie ».

A l'inverse, nous avons questionné les autres médecins ne réalisant pas cet acte, sur les freins à la pose en cabinet de médecine générale.

La principale raison semble être le manque de formation, théorique et pratique. Nous reviendrons plus précisément sur ce sujet dans notre dernière partie.

La difficulté d'accès à une échographie de contrôle paraît également limiter cet acte en médecine générale, malgré le fait que cet examen ne soit que recommandé afin de contrôler le bon positionnement du DIU dans la cavité utérine et vérifier l'absence de complications immédiates. D'ailleurs, la gestion des complications est un frein pour la moitié des médecins interrogés.

Depuis 2004, le DIU a reçu l'AMM en France comme méthode de contraception pour les nullipares. Cependant, certains médecins généralistes ont encore quelques réticences concernant cette population. En effet, notre étude montre que la nulliparité est une contrainte à la pose de DIU par les médecins généralistes. Certaines études ont montré que pour certains médecins la nulliparité serait associée à un plus grand risque d'infection pelvienne et de grossesse extra-utérine. (29)

Enfin, pour certains médecins, l'aspect financier (faible cotation de l'acte, cout du matériel) et le coté chronophage de l'acte sont d'autres motifs justifiant la non-réalisation de cet acte. Pour rappel, la cotation pour une pose de DIU est au tarif de 38,40 euros. Cette faible valorisation de l'acte, associée à la durée de consultation et le coût du matériel jetable / matériel de stérilisation, n'incitent donc pas les médecins généralistes à en poser en cabinet.

Dans la zone de texte libre, plusieurs médecins ont évoqué d'autres freins tels que : « Raison éthique, le DIU au cuivre est une contragestion et non une contraception », « présence d'un gynécologue à proximité », « présence d'une sage-femme à la MSP », « peu de demandes et les patientes sont souvent réticentes à un simple examen gynécologique », « acte douloureux », « Patientèle âgée donc peu concernée », ou encore « je ne souhaite pas en poser ».

Enfin, la dernière partie de notre questionnaire s'est penchée sur la formation en gynécologie et notamment celle du DIU. En effet, le défaut de formation, cité plusieurs fois, semble être un frein majeur.

Une très grande majorité des médecins interrogés n'ont pas bénéficié de DIU ou d'une autre formation complémentaire en gynécologie. On peut penser que le manque de temps pour se former ou encore l'aspect financier (majorité des DU payants) sont des facteurs limitants à cette formation.

Parmi ceux en ayant bénéficié, la plupart sont des femmes. Encore une fois, on peut supposer que celles-ci abordent plus facilement le thème de la contraception ou bien, que les patientes sont plus à l'aise lorsque les actes gynécologiques sont réalisés par des femmes.

Pourtant, notre étude révèle que 55% des médecins interrogés ont déjà réalisé un stage en gynécologie lors de leurs études (internat, externat). Nous avons constaté que l'âge ne jouait pas de rôle dans la réalisation ou non de ce stage.

En effet, au cours des dernières années, plusieurs arrêtés ont modifié la maquette des internes en médecine générale.

L'arrêté du 4 février 2011 relatif à l'agrément, à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en 3^{ème} cycle des études médicales, relate l'obligation pour les internes de médecine générale, d'effectuer un stage en pédiatrie ET/OU en gynécologie.

Puis l'arrêté du 3 août 2023 relate l'obligation de réaliser un stage couplé en santé de la femme ET en santé de l'enfant, hospitaliser ou en ambulatoire.

Ainsi, cela explique pourquoi tous les médecins interrogés n'ont pas bénéficié de stage en gynécologie.

C'est d'ailleurs principalement lors de ces stages que les 43% de médecins ayant déjà posé des DIU ont eu l'occasion de réaliser cet acte.

Enfin, nous avons pu constater qu'une grande majorité des médecins interrogés ont reçu une formation théorique sur la pose de DIU (66%) tandis que seulement 47% d'entre eux ont bénéficié d'une formation pratique durant leur cursus.

En ce qui concerne ces formations, il semble y avoir une différence significative selon l'âge des médecins. En effet, on note l'absence de formation théorique chez environ la moitié des 45-55 ans pendant que 87,5% des 25-34 ans en ont bénéficié. Parmi les 45-55 ans, 80% n'ont également jamais reçu de formation pratique sur le sujet tandis que 66,7% des 25-34 ans ont déclaré en avoir bénéficié. Cette formation, qu'elle soit pratique ou théorique, s'acquiert principalement lors des stages d'internat. Certains médecins n'ayant jamais réalisé de stage dans un service de gynécologie, ils n'ont ainsi jamais eu l'occasion d'apprendre à poser des DIU. S'ils souhaitent se former à cet acte, ils devront alors solliciter des formations en FMC ou bien s'orienter vers des DU en gynécologie.

Ainsi, la formation universitaire semble insuffisante et l'accès à la formation en gynécologie inégale entre les étudiants en médecine.

IV.2. Forces de l'étude

Au travers de mes recherches bibliographiques, j'ai pu constater que peu de travaux de thèse avaient été fait sur ce sujet, et notamment en Limousin. Le caractère innovant fait ainsi partie des forces de notre étude.

En effet, j'ai pu trouver une seule thèse dressant un état des lieux des pratiques des médecins généraliste en Lorraine concernant le DIU ainsi que les facteurs influençant leur pose et leur prescription. (30)

Cette thèse a été soutenue en 2011 par le Dr DE VERBIZIER Alice. Ce travail confirme que le DIU reste globalement peu prescrit et peu posé en médecine générale.

Une étude qualitative réalisée auprès des médecins généralistes picards sur leurs habitudes de prescription en termes de contraception depuis l'autorisation du DIU chez la nullipare a été soutenue en 2018 par le Dr Céline CLAISSE. (31)

Cependant, ce travail s'est porté uniquement chez les patientes nullipares.

Une autre étude qualitative réalisée par le Dr Justine CLOCHEY en 2015, auprès de médecins généralistes installés en Lorraine, portait sur les difficultés rencontrées à la pose de DIU et les stratégies mises en place. (19)

En revanche, cette thèse n'évaluait pas les pratiques des médecins généralistes concernant le DIU.

Enfin, une thèse soutenue en 2015 par le Dr Anne Peran faisait un état des lieux des pratiques des médecins généralistes en Haute-Normandie mais concernait l'implant sous-cutané. (32)

En Limousin, peu de travaux ont également traité de ce sujet. Une étude descriptive transversale réalisée auprès de médecins généralistes du Limousin en 2014 a été soutenue par le Dr FLEURAT François-Louis mais s'intéressait de façon globale à la contraception. Le DIU était d'ailleurs un moyen contraceptif rarement évoqué dans cette thèse. (33)

Par ailleurs, la recherche quantitative est une autre force de notre étude. En effet, celle-ci permet de renforcer l'objectivité scientifique.

Notre recueil de données a été réalisé par questionnaire anonyme. Ce mode de recueil contribue à la fiabilité et à la solidité de l'étude en favorisant une meilleure uniformité. Un des avantages du questionnaire en ligne est la rapidité de collecte des données.

L'anonymisation des réponses a probablement permis une meilleure participation des médecins. Le temps de remplissage a également été un paramètre à prendre en compte, d'où la phase test auprès d'internes de ma promotion et d'un médecin généraliste installé.

IV.3. Limites de l'étude

Notre étude étant une étude épidémiologique descriptive transversale, elle fait partie des études à faible niveau de preuve scientifique (niveau 4).

IV.3.1. Taux de répondants

La participation des médecins généralistes du Limousin semble peu satisfaisante avec seulement 16% de taux de participation à notre étude, soit 100 médecins sur les 628 de la région, et ce malgré un deuxième mail de relance. Les médecins généralistes sont souvent sollicités par des questionnaires de thèse et ce travail administratif peut occuper une part non négligeable de leur temps de travail.

La moyenne d'âge de notre échantillon d'étude est cependant assez représentative de la moyenne nationale. En effet, la moyenne d'âge des participants est de 44 ans tandis que l'âge moyen des médecins en activité en France selon l'Atlas de la démographie médicale est de 50,5 ans. L'âge moyen en région Limousin est quant à lui, de 52,7 ans, donc légèrement au-dessus de la moyenne de nos participants.

En revanche, le taux de féminisation de notre étude n'est pas représentatif du taux français, qui sont respectivement de 62% et de 48,8%.

IV.3.2. Biais

IV.3.2.1. Biais de sélection

Les études épidémiologiques descriptives rencontrent fréquemment des problèmes de biais de sélection.

D'une part, la population de l'étude n'est pas représentative de la population française. En effet, la majorité des médecins ayant répondu à notre questionnaire sont des femmes (62%) contre 48% pour l'effectif des femmes médecins en activité. On peut supposer que le sujet ait influencé certains médecins et que les femmes se sentent plus concernées par le domaine de la gynécologie et plus particulièrement par la contraception que les hommes.

D'autre part, il est possible que certains médecins aient répondu deux fois au questionnaire. En effet, le mail de relance ayant été effectué plusieurs semaines après le premier, des médecins ont pu répondre une deuxième fois à ces questions sans le vouloir.

Tous les médecins ayant participé à notre étude ont répondu à notre questionnaire dans sa totalité. En revanche, aux questions concernant les motifs et les freins à la pose de DIU en cabinet, 2 médecins ont répondu aux deux questions alors qu'il était bien mentionné de répondre à l'une (Je pose des DIU) ou l'autre (Je ne pose pas de DIU).

IV.3.2.2. Biais d'interprétation

Une autre limite à cette étude peut être une difficulté de compréhension et d'interprétation via le mode de recueil par questionnaire. En effet, sans interlocuteur, chacun peut avoir sa propre interprétation et donner ainsi des résultats subjectifs. Ce type de biais correspond à un biais d'interprétation.

IV.3.2.3. Biais d'information

Notre étude révèle également un biais d'information. En effet, aux questions « Si vous posez / Si vous ne posez pas de DIU, pour quelles raisons pratiquez-vous / ne pratiquez-vous pas cet acte en cabinet de médecine générale ? », deux médecins ont répondu aux deux questions alors qu'il était nécessaire de reprendre à l'une OU l'autre, ce qui a pu fausser nos résultats.

Il existe donc un biais dans le recueil d'information.

IV.3.2.4. Biais de diffusion

Enfin, nous avons relevé un biais de diffusion concernant notre étude. En effet, les différents ordres départementaux ont envoyé le premier mail à plusieurs jours d'intervalle, l'un des départements m'ayant confirmé l'envoi du mail aux médecins généralistes 5 jours plus tard.

Il s'est d'ailleurs produit la même chose pour le mail de relance.

IV.3.3. Analyse en sous-groupe

Nous avons décidé de réaliser des analyses en sous-groupe afin d'évaluer si le sexe, l'âge et le lieu d'exercice exerçaient une influence sur la pratique de la gynécologie par les médecins généralistes du Limousin.

Cependant, ces analyses en sous-groupe entraînent une perte de puissance de l'étude ainsi qu'une inflation du risque d'erreur statistique.

Conclusion

A l'heure où la gynécologie médicale connaît un important déclin démographique, le médecin généraliste, acteur de premier recours, va alors jouer un rôle primordial dans ce domaine.

En effet, celui-ci va être amené à réaliser de plus en plus de consultations sur le thème de la gynécologie, et notamment sur la contraception, sujet devenu aujourd'hui un véritable enjeu de santé publique. La France possède d'ailleurs l'une des couvertures contraceptives les plus élevées d'Europe.

A ce jour, de multiples moyens de contraception existent. Cependant, on assiste à un recul de certains contraceptifs au profit d'autres comme le DIU.

L'objectif de cette thèse était d'étudier les pratiques des médecins généralistes du Limousin concernant le DIU, et notamment d'estimer la prévalence de ces derniers pratiquant la pose de DIU en cabinet. Cette étude a ainsi permis de montrer que le DIU reste globalement peu prescrit et peu posé, les pilules oestroprogestatives et microprogestatives restant majoritaires. Les analyses statistiques réalisées ont montré que les femmes réalisaient de façon significative un plus grand nombre de consultations de contraception ainsi qu'un plus grand nombre de pose de DIU.

Notre objectif secondaire cherchait à mettre en évidence les freins à la pose de DIU en cabinet. La principale limite à cet acte semble être un défaut de formation, théorique et pratique. D'autres freins ont également été cités : les difficultés d'accès à une échographie de contrôle, la gestion des complications, la nulliparité, l'aspect financier ou encore le côté chronophage.

Ce travail de thèse a ainsi mis en lumière une formation universitaire insuffisante concernant la gynécologie ainsi qu'un accès inégal à cette formation entre les étudiants en médecine, même s'il existe aujourd'hui des voies d'amélioration en cours. En effet, un atelier pratique de pose de DIU nous a été proposé durant notre deuxième année de DES.

Aujourd'hui, la maquette de médecine générale impose un stage en gynécologie, ce qui est un premier pas vers une meilleure formation dans ce domaine.

L'apprentissage de la pose de DIU via un DU ou une FMC serait envisageable afin d'améliorer les connaissances des médecins généralistes, ce qui permettrait aux patientes d'avoir accès à tous les moyens de contraception existants sans restriction.

Références bibliographiques

1. La contraception [Internet]. CNGOF. 2024 [Cité 10 février 2024]. Disponible sur <https://cngof.fr/espace-grand-public/la-contraception/>
2. Contraception : à chacun et chacune sa méthode [Internet]. INSERM. 2023 [Cité 10 février 2024]. Disponible sur <https://www.inserm.fr/dossier/contraception/>
3. Comment évolue le recours à l'IVG en France ? [Internet]. INED. 2024 [Cité 10 février 2024]. Disponible sur [https://www.ined.fr/fr/actualites/presse/comment-evolue-le-recours-a-livg-en-france/#:~:text=En%202022%2C%2023%20000%20IVG,et%20216%20000%20en%202021\).](https://www.ined.fr/fr/actualites/presse/comment-evolue-le-recours-a-livg-en-france/#:~:text=En%202022%2C%2023%20000%20IVG,et%20216%20000%20en%202021).)
4. Quelles sont les méthodes de contraception les plus utilisées dans le monde ? [Internet]. INED. 2020 [Cité 4 mars 2024]. Disponible sur <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/faq/methodes-contraception-les-plus-utilisees-monde/>
5. Contraception et IVG. [Internet]. INSEE. 2022 [Cité 4 mars 2024]. Disponible sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6047757?sommaire=6047805>
6. La prise en charge des femmes françaises [Internet]. CNGOF. 2000 [Cité 4 mars 2024]. Disponible sur http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm
7. La contraception au fil du temps [Internet]. ANCIC. 2013 [Cité 4 mars 2024]. Disponible sur <http://www.avortementancic.net/spip.php?article36>
8. Cinquante ans de contraception légale en France : diffusion, médiatisation, féminisation [Internet]. INED. 2017 [Cité 4 mars 2024]. Disponible sur <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/cinquante-ans-de-contraception-legale-en-france/>
9. YASSINE KASSAB S. L'histoire des méthodes de contraception à travers l'âge et le monde : la contraception en France au XXIème siècle. Rôle du pharmacien d'officine [Thèse d'exercice]. [Caen] Université de Caen Normandie ; 2019.
10. Les 7 dates-clés de la contraception en France [Internet]. Le Point. 2017 [Cité 6 mars 2024]. Disponible sur https://www.lepoint.fr/culture/les-7-dates-cles-de-la-contraception-en-france-27-12-2017-2182640_3.php
11. Atlas de la démographie médicale en France [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2023 [Cité 15 avril 2024]. Disponible sur https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/b6i7b6/cnom_atlas_demographie_2023.pdf
12. Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2023 [Cité 15 avril 2024]. Disponible sur https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/egnnt2/cnom_atlas_demographie_2023_approche_territoriale_des_specialites.pdf
13. Données démographiques [Internet]. Conseil National de l'Ordre des sage-femmes. 2023 [Cité 20 avril 2024]. Disponible sur <https://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/donnees-demographiques-de-la-profession/>

14. Cohen J, Madelenat P, Levy-Toledano R. gynécologie et santé des femmes : quel avenir ? 2020 ;
15. La contraception [Internet]. CNGOF. 2024 [Cité 20 avril 2024]. Disponible sur <https://cngof.fr/espace-grand-public/la-contraception/>
16. La contraception par stérilet ou dispositif intra-utérin [Internet]. Ameli.2023 [Cité 2 mai 2024]. Disponible sur <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/contraception/contraception-sterilet>
17. Contraception et interruption de grossesse [Internet]. Revue Médicale Suisse. 2015 [Cité 2 mai 2024]. Disponible sur <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2015/revue-medicale-suisse-487/contraception-et-interruption-de-grossesse>
18. Le stérilet hormonal [Internet]. VIDAL. 2023 [Cité 10 mai 2024]. Disponible sur <https://www.vidal.fr/maladies/sexualite-contraception/contraception-feminine/sterilet-hormonal.html>
19. CLOCHEY J. Difficultés et stratégies mises en place lors de la pose d'un DIU : étude qualitative auprès de médecins généralistes et de Gynécologues en Lorraine [Thèse d'exercice]. [Nancy] Université de Lorraine ; 2015.
20. Morbidité des dispositifs intra-utérins. [Internet]. CNGOF.2014 [Cité 10 mai 2024]. Disponible sur <https://cngof.fr/app/pdf/ANCIENNES%20JOURN%C3%89ES//2014/MAJ%20en%20Gyn%20ecologie%20medicale/Partie%20VII%20-%20Orthogenie/morbidit%20des%20dispositifs%20intra-utrin.pdf?x29325>
21. Le stérilet [Internet]. PlanningCHRR. 2020 [Cité 28 mai 2024]. Disponible sur <https://planningchrr.com/feuillet/index.php?id=7114>
22. Tableaux contraceptifs [Internet]. Apima. 2024 [Cité 28 mai 2024]. Disponible sur http://www.apima.org/img_bronner/Tableau_contraceptifs.pdf
23. Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles [Internet]. HAS. 2017 [Cité 28 mai 2024]. Disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf
24. Kai J. Buhlinga, Nikki B. Zite b, Pamela Lotkec, Kirsten Black. Worldwide use of intrauterine contraception : a review. Elsevier. 2014 ;89(3) :162-173
25. Contraception : à chacun et chacune sa méthode [Internet]. INSERM. 2023 [Cité 10 juin 2024]. Disponible sur <https://www.inserm.fr/dossier/contraception/>
26. Dispositifs médicaux intra-utérins [Internet]. ANSM. 2023 [Cité 27 juillet 2024]. Disponible sur <https://ansm.sante.fr/uploads/2023/07/17/20230717-contrrole-marche-diu-2021.pdf>
27. Baromètre santé 2016, Contraception : quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent [Internet]. Santé publique France. 2016 [Cité 27 juillet 2024]. Disponible sur [file:///Users/chloelacoste/Downloads/17112_1806%20\(2\).pdf](file:///Users/chloelacoste/Downloads/17112_1806%20(2).pdf)
28. Santé : professions de santé. [Internet]. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. 2011 [Cité 25 septembre 2024]. Disponible sur https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-05/ste_20110005_0100_0074.pdf

29. DIU chez les nullipares : avantages/risques [Internet]. Revue Genesis. 2021 [Cité 25 septembre 2024]. Disponible sur [https://www.revuegenesis.fr/diu-chez-les-nullipares-avantagesrisques/#:~:text=La%20peur%20de%20la%20douleur,\(10\)%20\(11\).](https://www.revuegenesis.fr/diu-chez-les-nullipares-avantagesrisques/#:~:text=La%20peur%20de%20la%20douleur,(10)%20(11).)
30. DE VERBIZIER A. Dispositifs intra-utérins en médecine générale en Lorraine : État des lieux des pratiques concernant les dispositifs intra-utérins, facteurs influençant leur prescription et leur pose par les médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [Nancy] Université de Lorraine ; 2011.
31. CLAISSE C. Habitudes des médecins généralistes picards en matière de contraception depuis l'autorisation du DIU chez les nullipares [Thèse d'exercice]. [Amiens] Université de Picardie ; 2018.
32. PERAN A. Etat des lieux des pratiques des médecins généralistes libéraux concernant l'implant contraceptif : enquête en Haute-Normandie [Thèse d'exercice]. [Rouen] Université de Rouen ; 2015.
33. FLEURAT F-L. Evaluation des pratiques professionnelles lors de la prescription d'une contraception chez les médecins généralistes en Limousin en 2014 [Thèse d'exercice]. [Limoges] Université de Limoges ; 2014.

Annexes

Annexe 1. Questionnaire de thèse à destination des médecins généralistes	63
--	----

Annexe 1. Questionnaire de thèse à destination des médecins généralistes

ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES DES MEDECINS GENERALISTES DU LIMOUSIN CONCERNANT LE DIU EN METHODE CONTRACEPTIVE

Je m'appelle Chloé LACOSTE. Actuellement interne en 4ème semestre de médecine générale à Limoges, je réalise ma thèse d'exercice sur les pratiques des médecins généralistes à la pose de DIU (Dispositif Intra-Utérin) en cabinet.

Dans le cadre de ce projet de thèse, je souhaite réaliser une étude à l'aide d'un questionnaire anonyme, destiné aux médecins généralistes installés en Limousin, afin d'établir un état des lieux de leurs pratiques vis-à-vis du DIU en méthode contraceptive. L'objectif secondaire de cette étude est d'identifier les freins à la pose de DIU en cabinet de médecine générale.

Ce questionnaire est composé de 14 questions.

- ◆ Sexe :
 - Homme
 - Femme

- ◆ Lieu d'exercice :
 - Rural
 - Semi-rural
 - Urbain

- ◆ Age :
 - 25-34 ans
 - 35-44 ans
 - 45-55 ans
 - > 55 ans

- ◆ A quelle fréquence réalisez-vous des consultations de contraception (1^{ère} prescription + renouvellement) ?
 - Moins de 2 par semaine
 - Entre 2 et 5 par semaine
 - Plus de 5 par semaine

- ◆ A quelle fréquence prescrivez-vous ces différentes méthodes contraceptives ?

Pilule oestro-progestative	<input type="checkbox"/> Très souvent	<input type="checkbox"/> Souvent	<input type="checkbox"/> Rarement	<input type="checkbox"/> Jamais
Pilule microprogestative	<input type="checkbox"/> Très souvent	<input type="checkbox"/> Souvent	<input type="checkbox"/> Rarement	<input type="checkbox"/> Jamais
Implant sous cutané	<input type="checkbox"/> Très souvent	<input type="checkbox"/> Souvent	<input type="checkbox"/> Rarement	<input type="checkbox"/> Jamais
DIU au cuivre	<input type="checkbox"/> Très souvent	<input type="checkbox"/> Souvent	<input type="checkbox"/> Rarement	<input type="checkbox"/> Jamais
DIU hormonal	<input type="checkbox"/> Très souvent	<input type="checkbox"/> Souvent	<input type="checkbox"/> Rarement	<input type="checkbox"/> Jamais
Patch	<input type="checkbox"/> Très souvent	<input type="checkbox"/> Souvent	<input type="checkbox"/> Rarement	<input type="checkbox"/> Jamais
Anneau vaginal	<input type="checkbox"/> Très souvent	<input type="checkbox"/> Souvent	<input type="checkbox"/> Rarement	<input type="checkbox"/> Jamais
Préservatif	<input type="checkbox"/> Très souvent	<input type="checkbox"/> Souvent	<input type="checkbox"/> Rarement	<input type="checkbox"/> Jamais

- ◆ Une patiente se présente en consultation pour pose de DIU :
 - Vous le posez vous-même au cabinet
 - Vous l'adressez à un gynécologue
 - Vous l'adressez au planning familial
 - Autre :
- ◆ Avez-vous un DU de gynécologie ou une formation complémentaire en gynécologie ?
 - Oui
 - Non
- ◆ Avez-vous déjà réalisé un stage en gynécologie lors de votre internat ?
 - Oui
 - Non
- ◆ Avez-vous déjà posé des DIU ?
 - Oui
 - Non
 Si oui, à quelle occasion ?
- ◆ Avez-vous déjà eu une formation pratique sur la pose d'un DIU ?
 - Oui
 - Non
- ◆ Avez-vous déjà eu une formation théorique sur la pose d'un DIU ?
 - Oui
 - Non

◆ Vous POSEZ des DIU

Quelles sont les raisons pour lesquelles vous pratiquez cet acte en cabinet de médecine générale ?

- Difficulté d'accès au gynécologue pour les patientes
- Formation théorique et pratique antérieure (stages durant l'internat, DU, ...)
- Variabilité des motifs de consultation
- Autres :

.....
.....

◆ Vous NE POSEZ PAS de DIU

Quelles sont les raisons pour lesquelles vous ne pratiquez pas cet acte en cabinet de médecin générale ?

- Manque de formation pratique et théorique
- Difficulté d'accès à une échographie de contrôle
- Gestion des complications : perforation utérine, infection, malaise...
- Pose chez patiente nullipare
- Faible cotation de l'acte
- Aspect chronophage du geste
- Coût du matériel
- Autres :

.....

◆ Pensez-vous qu'une formation sur la pose des DIU serait utile aux médecins généralistes ?

- Oui ?
- Non ?

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Attention, ne supprimez pas le saut de section suivant (page suivante non numérotée)

État des lieux des pratiques des médecins généralistes du Limousin concernant le DIU en méthode contraceptive

Introduction : Malgré une couverture contraceptive les plus élevées d'Europe, la France compte encore un nombre important d'IVG (243 623 en 2023). Face à la pénurie de gynécologues médicaux, les médecins généralistes ont ainsi un rôle primordial à jouer dans le domaine de la contraception. La pilule reste le moyen de contraception le plus fréquemment prescrit mais tend peu à peu à être remplacé par d'autres contraceptifs comme le DIU.

Matériel et méthodes : L'objectif principal de cette étude était d'estimer la prévalence de médecins généralistes du Limousin réalisant la pose de DIU. Nous avons réalisé une étude épidémiologique descriptive transversale par questionnaire. Elle s'est déroulée entre le 20/06/2023 et le 18/10/2023 dans les trois départements du Limousin.

Résultats : 100 médecins généralistes ont été inclus dans notre étude. Bien que les motifs de consultation concernant la contraception soient relativement fréquents, seulement 17% d'entre eux pratiquent la pose de DIU en cabinet, dont la majorité sont des femmes. Le lieu d'exercice quant à lui, ne semble pas influencer cette pratique. Notre objectif secondaire a permis d'identifier les principaux freins à la réalisation de cet acte en cabinet : le manque de formation puis la gestion des complications étant les motifs les plus fréquemment retrouvés.

Conclusion : Notre étude a montré que le DIU reste un moyen de contraception peu prescrit et peu posé, le principal frein étant un défaut de formation pratique et théorique. Il semblerait intéressant de développer l'apprentissage de cet acte via un DU ou une FMC.

Mots-clés : contraception, DIU, médecins généralistes

Overview of the general practitioner's practices in Limousin about the IUD in contraceptive method

Introduction : Despite the highest contraceptive coverage in Europe, France still has a large number of abortion (243 623 in 2023). Faced with a shortage of medical gynecologists, general practitioners have an essential role to play in contraception. The pill remains the most prescribed method of contraception but gradually it tends to be replaced by other contraceptives such as the IUD.

Material and methods : The main objective of our study was to estimate prevalence of general practitioners in Limousin performing IUD insertion. We conducted a cross-sectional descriptive epidemiological study on questionnaire. It occurred between 20 June and 18 October 2024 in the three departments of Limousin.

Results : 100 general practitioners were included in our study. Although the reasons for contraception consultation are relatively frequent, only 17% of them practice IUD insertion office-based, the majority of whom are women. The place of practice, meanwhile, does not appear to influence this practice. Our secondary objective identified the main obstacles to the achievement of this medical procedure office-based: the lack of training then the management of complications, being the most frequently found reasons.

Conclusion : Our study showed that the IUD remains a birth control little prescribed and inserted, the main limitation being a lack of practical and theoretical training. It would be interesting to develop learning of this act by university degree or continuing medical training.

Keywords : contraception, IUD, general practitioners

