

Choix d'une contraception par DIU : décision « partagée » ?

Mots clés :

Contracep-
tion
Décision
partagée
Stérilet

L'efficacité théorique d'une contraception ne préjuge pas de son efficacité pratique, comme le souligne le récent rapport de l'IGAS sur l'IVG¹. L'objectif visé est « *que la femme (et le couple), informés sur les méthodes utilisables dans leur situation, soient impliqués dans le choix d'une méthode contraceptive, afin que la compatibilité pratique de la contraception avec leur mode de vie soit la meilleure possible* »². On peut admettre avec les experts de l'IGAS¹ mais aussi ceux du NICE³ que la *promotion* d'une contraception à longue durée d'action est préférable dans de nombreux cas à la simple proposition d'une contraception orale parfois trop soumise aux aléas de l'observance. Mais le professionnel doit pouvoir la prendre en charge et la patiente disposer de l'information nécessaire. Nous avons vu précédemment (*Bibliomed...*) les points clés de cette information. Le « conseil » (*counselling...*) indispensable ne peut s'y limiter.

La réponse à toute demande de contraception

Le médecin doit fournir une information objective sur toutes les méthodes disponibles : données d'efficacité, durée, risques et effets indésirables, procédures de mise en œuvre, de suivi et d'arrêt, incidents nécessitant un conseil... Le NICE ajoute que le principal incident de pose des DIU, la perforation, est essentiellement en rapport avec la compétence de l'opérateur. Il chiffre l'activité minimale assurant cette compétence à la pose de 1 DIU par mois (accord professionnel). En dehors de ce cas, le médecin doit pouvoir facilement adresser sa patiente à un correspondant habituel³.

Les cas particuliers

Il y a peu de contre-indications au stérilet : ni la nulliparité, *quel que soit l'âge*, ni le diabète, ni l'allaitement, ni l'infection à HIV (où il faut insister en outre sur l'usage du préservatif), ni l'épilepsie, les intolérances aux œstrogènes ou antécédents thromboemboliques...³. L'ANAES liste en contre-indication quelques anomalies ou pathologies utérines² congénitales ou acquises (cancers, mais aussi polypes endo-utérins ou fibromes déformant la cavité utérine). Le NICE recommande, en cas de risque accru d'infection à transmission sexuelle, la recherche de *chlamydia trachomatis* et de *Neisseria Gonorrhoeae*, la pose de DIU étant possible après traitement. Si cette recherche n'est pas possible ou incomplète, le NICE recommande une prophylaxie et/ou un traitement adapté au moment de la pose, en

insistant sur l'usage du préservatif dans ce groupe³.

La grossesse sur stérilet est rare (*Bibliomed...*). Ces rares grossesses s'interrompent spontanément dans 50 à 75% des cas ; 25% aboutiraient à une naissance vivante si le DIU reste en place, vs 89% en cas de retrait (que le NICE préconise avant la 12^{ème} semaine d'aménorrhée). Le retrait peut être responsable d'une interruption de grossesse. Le risque d'hypotrophie ou d'accouchement prématuré reste accru⁴.

Aider au choix contraceptif...

Les méthodes basées sur l'empathie envers la consultante, le respect de sa sexualité, de ses sentiments, de son attitude et ses besoins, la neutralité vis-à-vis des démarches abordées et des informations fournies ont fait preuve de leur efficacité. Elles sont associées à une meilleure utilisation de la contraception choisie². Le modèle *BERCER* de l'OMS modélise les 6 étapes majeures de la consultation : **B**ienvenue, **E**ntretien, **R**enseignement, **C**hoix, **E**xplication et **R**etour. Cet acronyme, largement explicité dans la recommandation de l'ANAES, peut servir de guide.

Dans le cas du DIU, il faut bien sûr préciser au préalable les désagréments possibles de l'acte d'insertion (inconfort, douleur et légers saignements durant quelques heures ou jours). Le suivi se résume à un contrôle habituel à 3 à 6 semaines, après les règles suivantes, pour vérifier la présence du fil, ou en cas de problème quelconque intercurrent^{2,3}.

Que retenir pour la pratique ?

- **Les choix contraceptifs**, dans le contexte français où la contraception est très largement « médicalisée », mettent en jeu un processus complexe. De nombreux déterminants sociaux et médicaux peuvent conduire les femmes à des changements de « trajectoire contraceptive », arrêt compris (information insuffisante, effets secondaires ressentis ou redoutés, changement de partenaire...) exposant à un risque de grossesse non désirée (l'incidence de l'IVG progresse depuis quelques années chez les moins de 25 ans¹).

- Pour éviter une importante hétérogénéité des pratiques médicales pénalisant les patientes, **nous devons leur permettre objectivement ce choix** en les informant au mieux sur les méthodes et en leur permettant d'y accéder aisément. Il est probable qu'il faut maintenant rendre l'accès à la contraception de longue durée que permet le DIU plus facile qu'il ne l'est aujourd'hui.

Références

- 1- Aubin C et al. *Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001*. Octobre 2009.
- 2- ANAES. *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme*. Décembre 2004.
- 3- NICE. *Long acting reversible contraception. Clinical guideline 30*. Octobre 2005.
- 4- Prescrire Rédaction. *Dispositifs intra-utérins, alias stérilets*. Rev Prescrire. 2009; 304: 113-9.