

RECHERCHES DANS LA PRATIQUE GENERALISTE
LA STERILISATION DES FEMMES - FREQUENCE ET RESULTATS (1)
Dr Alastair F. Wright

Pourquoi j'ai commencé :

Mon intérêt pour la recherche commença par une idée, une impression qui était venue au cours de consultations de tous les jours. Mon cabinet étant situé dans une ville nouvelle, le travail de maternité avait toujours eu une place importante. Maintenant, pendant les examens post-nataux, je voyais davantage de femmes ayant subi une stérilisation, procédé qui était rare auparavant et réservé aux cas de maladie grave pendant la maternité.

Désormais, la stérilisation était proposée, et volontiers acceptée, comme procédé courant de contraception non limité aux cas de haute gravité ou comportant des indications médicales. L'autre changement que j'avais remarqué, c'était que davantage de femmes me consultaient pour des problèmes de règles. Est-ce que ceci pouvait avoir pour cause simplement le vieillissement dans la population plutôt atypique de ma clientèle ou est-ce que les deux changements pouvaient être liés ?

Ma curiosité ainsi éveillée, d'autres questions s'élevèrent tout naturellement à la suite de ces impressions. Y avait-il vraiment beaucoup de femmes dans la clientèle qui avaient choisi d'être stérilisées ou avais-je vu par hasard un groupe non représentatif ? Comment ces femmes en étaient-elles venues à se faire stériliser et pourquoi avaient-elles fait ce choix ? Leurs espoirs se sont-ils réalisés ou beaucoup regrettent-elles leur décision ? Était-il vrai que les femmes stérilisées venaient plus souvent avec des perturbations menstruelles et ces symptômes étaient-ils de quelque façon en relation avec l'opération ?

Les recherches avaient commencé par poser des questions, mais était-il possible de répondre à ces questions par un projet de recherche qui soit réalisable dans un cabinet de médecine générale très actif ?

Ce que j'ai fait :

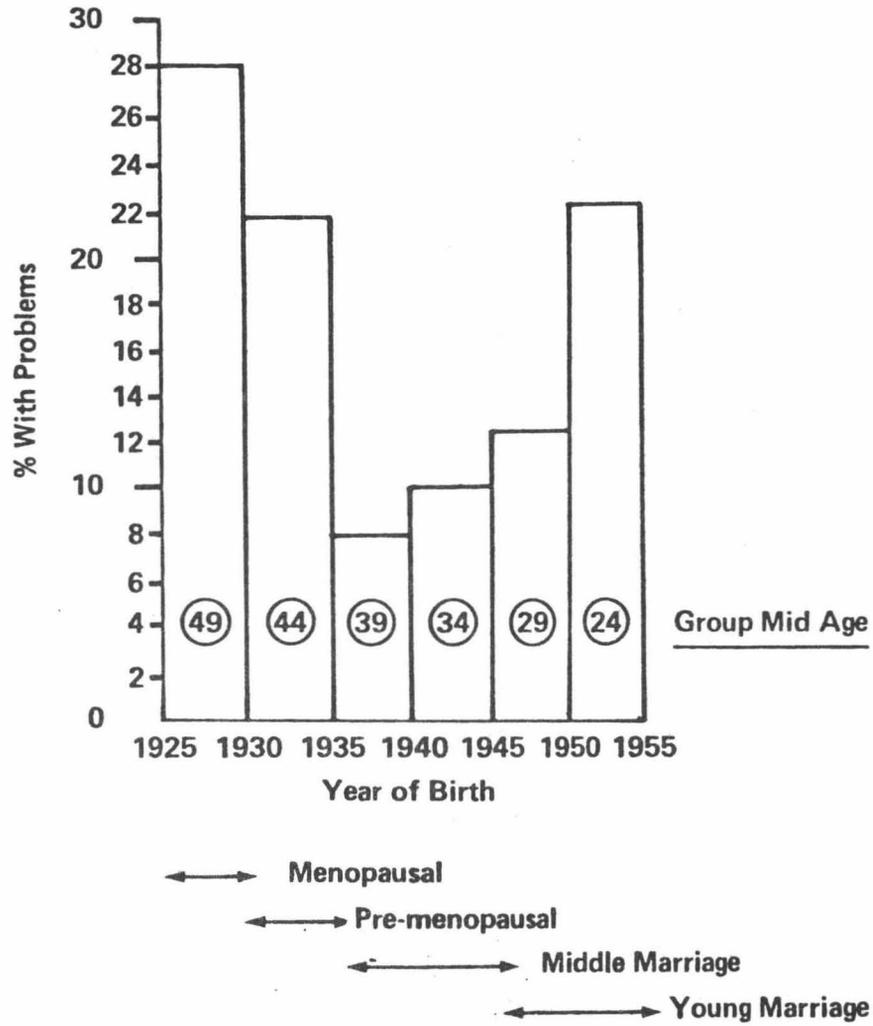
La première démarche était de calculer le nombre de malades à interroger et d'estimer ainsi l'importance du travail à effectuer. Dans le cabinet, nous ne gardons pas de liste des opérations et le seul procédé pratique était de chercher dans les dossiers. J'ai donc examiné les dossiers de toutes les femmes âgées de 20 à 50 ans. Ma première conjecture qu'il y aurait de 50 à 60 cas parmi une clientèle de 2.200 femmes s'est révélée tout à fait fautive. J'en ai trouvé 272 mais même ce chiffre était vraisemblablement une sous-estimation du vrai chiffre parce que certaines femmes qui avaient été stérilisées avant d'entrer dans la clientèle, pourraient peut-être n'avoir dans leur dossier aucune mention de la ligature des trompes. Logiquement, la prochaine démarche - la seule alternative en effet - était d'interroger les clientes.

Selon Bradford Still (réf 1), les pionniers des recherches épidémiologiques commencèrent leur travail dans les années 1830. Ils essayèrent de compter chaque membre de la population à qui ils avaient à faire et ils échouèrent le plus souvent parce que le temps, le personnel et l'argent venaient à leur manquer. Quand ils réussissaient, ils ne pouvaient venir à bout de l'énorme quantité d'analyses statistiques.

(1) Traduit et publié avec l'autorisation de l'auteur, d'un article publié dans the BRITISH MEDICAL JOURNAL, 28.8.1982 - 285. 609. 611

FIG. C1.

PERCENTAGE OF WHOLE SAMPLE WITH SEXUAL PROBLEMS



For heureusement, j'ai pu aborder le problème au moyen d'une enquête par sondage. Un échantillon randomisé de 1 sur 10 caractéristique des femmes en âge d'avoir des enfants, a été réuni d'après la table d'âge et de sexe et un questionnaire a été envoyé à 250 femmes. Dans ma clientèle, comme dans certaines autres, un registre d'âge et de sexe avait été constitué, plus comme un acte de foi que dans l'intention de poursuivre un projet de recherche précis. En l'occurrence, ce registre s'est révélé d'une grande utilité pour réaliser un sondage et aussi pour identifier des femmes non stérilisées, afin de constituer le groupe témoin.

A ce moment là, il m'a semblé important de faire une pause et de considérer la situation. Depuis quelque temps, nous notions tous les nouveaux cas se référant à la stérilisation et cherchions dans les dossiers de toutes les nouvelles clientes pour identifier autant de cas nouveaux que possible. Avec quelque inquiétude, en raison du nombre, je décidai d'aller de l'avant et d'interroger le plus possible de femmes stérilisées et, par ailleurs, de m'entretenir avec un nombre égal de femmes non stérilisées du même âge. J'aurais préféré former deux groupes identiques pour la parité aussi, mais ceci se révéla trop difficile avec la logistique disponible. La difficulté n'était pas le manque de données mais leur inaccessibilité, problème familier dans les dossiers médicaux traditionnels.

Suivant ces méthodes, 387 femmes stérilisées furent identifiées et reçurent un questionnaire. Dix ne répondirent pas et deux autres refusèrent de coopérer. Les 375 clientes qui renvoyèrent un questionnaire rempli furent invitées à venir pour une interview. Cette fois-ci, il n'y eut pas de refus, mais 7 clientes avaient quitté la région avant que j'aie pu les interroger. Les interviews se révélèrent très intéressantes et je fus impressionné par la cordiale coopération des clientes et par la franchise de leurs réponses à toutes mes questions.

Le temps que tout ceci a demandé fut considérable et je fus encore une fois obligé à un compromis en envoyant des questionnaires aux femmes non stérilisées servant de groupe témoin en abandonnant toute idée d'interviewer ce groupe.

Ce que j'ai trouvé

Les résultats de l'étude ont montré qu'il y avait beaucoup plus de clientes stérilisées que nous ne l'avions pensé (19 % de toutes les clientes mariées) et mis à jour quelques faits intéressants sur cet échantillon typique de femmes dans la clientèle (réf. 2).

Auparavant, je n'avais aucune idée de la fréquence des problèmes menstruels, sexuels et familiaux parmi les clientes (table I), ni que la fréquence des problèmes sexuels fût aussi dépendante de l'âge (figure I). Les résultats provenant de l'échantillon ont donné aussi des indications importantes sur le genre de résultats escomptables d'une étude ultérieure plus étendue et ont servi ainsi d'étude pilote.

.../...

TABLE I

PATIENTES AYANT DES PROBLEMES DE REGLES, SEXUELS OU DES PROBLEMES FAMILIAUX (ECHANTILLON RANDOMISE)

	<u>Nombre de base</u>	<u>Nombre qui ont répondu "oui"</u>
Problèmes de règles :	207	58 (28 %)
" sexuels :	210	33 (15,7 %)
" familiaux :	210	54 (25,7 %)

FIGURE I

Pourcentage de femmes dans l'échantillon entier qui avaient des problèmes sexuels.

D'après les interviews, il apparaît qu'environ 80 % des patientes étaient très satisfaites de leur stérilisation et n'avaient pas de regrets, tandis qu'environ 9 % étaient insatisfaites et mécontentes ; quelques unes étaient très amèrement déçues (référence 3). Les 11 % qui restaient avaient des sentiments mêlés, mais pensaient que, dans l'ensemble, l'opération avait valu la peine (figure 2).

Problèmes pratiques :

Les difficultés pratiques sont, principalement, celles de l'organisation et de l'emploi efficace du temps, et ceci signifie qu'il faut profiter au maximum des ressources disponibles. Un financement modeste suffisant pour payer une secrétaire à temps partiel pour les recherches n'est pas, normalement, difficile à obtenir pourvu qu'un projet bien conçu et praticable soit présenté. Un "aide-mémoire pour préparer un protocole" (référence 4) s'avère utile. La dépense principale est généralement le temps de la secrétaire, mais si beaucoup de questionnaires doivent être envoyés, il faut alors un budget pour les frais postaux. La plupart des comités de la Santé Publique ont des fonds pour soutenir les petits projets et, d'habitude, ils sont compréhensifs. On peut aussi solliciter l'aide de l'Académie Royale des Généralistes et l'Association Médicale britannique a, de son côté, une liste des organisations qui sont susceptibles d'apporter leur aide à des recherches dans des domaines spécifiques.

LE GROUPE ENTIER
368 (100 %)

(sans regrets maintenant)	(ayant des regrets maintenant)
<u>sans regrets :</u> 292 (79,3 %)	<u>ayant des regrets :</u> 76 (20,7 %)
voudraient encore subir l'opération	ne voudraient plus subir l'opération
<u>relativement satisfaites :</u> 43 (11,7 %)	<u>non satisfaites :</u> 33 (9 %)

FIGURE II

Nombre de femmes qui ont regretté ou qui n'ont pas regretté d'avoir été stérilisées.

Un avantage majeur de ce genre de recherche en médecine générale, c'est que la grandeur et la distribution des âges de la population à étudier peuvent être bien définies. Puisqu'un registre des âges et des sexes doit être fréquemment utilisé, il est essentiel de mettre à jour rapidement les fréquents changements d'adresse (et de nom !) qui compliquent le suivi ultérieur. A cet effet, il est très précieux de recourir aux connaissances réactualisées de l'infirmière locale, de la visiteuse médicale et, même, du comité du logement local et de la liste électorale.

Le conseil d'un statisticien est important. Avant de décider de la signification des résultats, il est important de comprendre ce qu'ils disent. Une habile chirurgie esthétique ne peut pas transformer des données, négligemment rassemblées, en un travail présentable. Un contact rapide avec un statisticien coopérant peut réduire les chances d'une déception, mais il est important d'avoir des idées nettes sur les buts de recherche et sur les limitations des ressources pratiques. Il n'est pas réaliste de réunir des renseignements comme une collection de timbres et d'attendre d'un statisticien qu'il en fasse quelque chose qui ait du sens. Faire soi-même des analyses succinctes en utilisant peut-être des cartes à bordure perforée et extraire des résultats simples de ses propres données, tout cela vaut bien la peine et est stimulant. Manier les cartes et les classer dans des tas est un procédé de démêlage qui donne une bonne impression visuelle de l'analyse et aide à se faire une idée générale des données. Calculer les moyennes et la déviation standard au moyen d'une calculatrice de poche (référence 5) ne demande qu'un peu d'entraînement et pratiquer des tests simples de signification sur ses propres données est intéressant et puissamment éducatif. Cette expérience pratique aide la communication avec le statisticien et permet de tirer un profit maximal de son expertise.

Conclusions cliniques

Quelques unes de mes questions originales reçurent une réponse au cours de la recherche. Certaines ne purent en recevoir mais ont engendré d'autres questions et fourni des indications pour un travail à suivre. J'ai trouvé les recherches passionnantes et agréables et j'ai découvert sur ma pratique et mes patientes beaucoup de choses que je n'avais pas devinées auparavant.

Je m'étais demandé : quelle est la fréquence du mécontentement après la stérilisation ? J'avais trouvé un chiffre plus élevé que dans la plupart des études publiées. Etait-il possible que le mécontentement devant la stérilisation ait pu être sous-estimé ?

En 1966, Barglow et Eisner (référence 6) avaient commenté "le désaccord sensible entre les divers auteurs sur la fréquence statistique d'une mauvaise réaction émotionnelle après la ligature des trompes". Il est très difficile de comparer les chiffres sur le mécontentement après la stérilisation à cause des difficultés de définition, la diversité des critères et des groupes de patientes, et de la variation du temps écoulé après l'opération.

Il a semblé important de considérer ici deux autres facteurs. Les femmes exprimeraient-elles plus franchement des regrets à leur propre généraliste qu'à un chirurgien qui peut avoir réalisé l'opération ? Des taux élevés de réponses sont fréquents lorsqu'un médecin étudie ses propres patients. Est-ce que ceci pourrait révéler les patientes qui auraient

fait un mauvais choix et ne voudraient normalement pas qu'on le leur rappelle ? La table 2 démontre l'importance qu'il y a à considérer le nombre de réponses comme un des facteurs qui agissent sur la validité des résultats.

J'avais remarqué que davantage de femmes semblaient consulter pour des problèmes de règles et m'étais demandé si cela pouvait avoir un rapport avec la stérilisation. "l'association prétendue entre la stérilisation et les ménorragies est disputée" (référence II) et plusieurs études contradictoires d'origine hospitalière ont été publiées. L'exposé des observations des patientes ayant des problèmes de règles ne pourrait pas à lui seul répondre à cette question mais comporte une certaine évidence de la pratique généraliste dans laquelle les symptômes gynécologiques sont communs et où beaucoup de clientes sont traitées sans être envoyées à l'hôpital. 45 % des femmes stérilisées ont signalé des problèmes de règles courants en comparaison de 19 % des femmes du groupe témoin. Quand celles qui utilisent un moyen de contraception oral sont exclues du groupe témoin, la différence reste statistiquement très significative et non dépendante de la parité.

TABLE II -
REGRETS APRES LA STERILISATION - AUTRES ETUDES

	% de femmes ayant des regrets	% qui ont répondu
LU et CHUN (1967)	1,3	34
BLACK et SCLARE (1968)	4	35
KOPIT et BARNES (1976)	15	74
BARGLOW et EISNER (1966)	15	86
WHITEHOUSE (1969)	14	86
cette étude (1979)	21	97

Barglow et Eisner ont aussi fait un rapport sur un plus grand sondage par questionnaire de la même population qui a montré 4 % de regrets d'un taux de réponse de 65 %.

Les choses que j'ai apprises

Que la recherche soit ou non considérée comme ayant réussi, il est important de préparer un rapport écrit qui devrait être discuté avec des collègues intéressés et informés. Le difficile exercice d'écrire sert à clarifier l'analyse et l'interprétation de ce qui a été fait, souligne les défauts de la méthode et aide à définir les possibilités des recherches à poursuivre et d'un planning amélioré. Ecrire une discussion de son propre travail encourage une lecture plus large et plus critique d'autres recherches dans le même domaine.

Le rapport est-il publié ? L'effort en aura particulièrement valu la peine et d'autres recherches peuvent être abordées avec enthousiasme.

.../...

Bien que faire de la recherche puisse être une activité passionnante et agréable, cela jusqu'ici, n'intéresse qu'une minorité de généralistes. Il est très important, pour celui qui voudrait faire des recherches, d'établir un contact avec des collègues qui ont les mêmes dispositions d'esprit, peut-être au niveau du département de médecine générale de l'université la plus proche ou lors d'une réunion du Collège Royal des Généralistes. J'ai trouvé qu'assister à des conférences sur la recherche était à la fois agréable et stimulant et les ateliers de recherche sont une source particulièrement féconde de bons conseils pratiques.

Tous les projets demandent plus de temps que prévu pour aboutir, mais le temps que l'on prend pour expliquer le projet à l'état-major, aux collègues et aux patients et pour écouter leurs réactions, est un temps bien employé.

Une lettre personnelle et amicale, envoyée aux patients participants, signée par le docteur, provoque d'habitude une bonne réponse.

Occasion pour poursuivre des recherches semblables

Les essais en milieu hospitalier sont souvent pratiqués sur des populations de malades hautement sélectionnées qui ne sont pas nécessairement représentatives de l'ensemble. Les recherches pratiquées dans la communauté peuvent révéler un aspect d'un problème différent de celui perçu d'une salle d'hôpital. Les résultats sociaux et cliniques à long terme, bénéfiques aussi bien que nuisibles, peuvent être étudiés au mieux dans la communauté. Les petites populations relativement statiques et surtout définissables que nous soignons, offrent des occasions incomparables pour observer la dynamique épidémiologique de la maladie. Il nous faut décrire l'histoire naturelle de la maladie telle que nous la voyons et l'attitude que nous devons adopter.

Conseils pratiques

Cultivez l'habitude de noter les idées comme elles viennent. La spéculation est fondamentale aux recherches et elle ne peut pas être apprise d'une façon formelle. Demandez toujours des conseils, au moins à un collègue compétent et intéressé. Essayez d'assister à un cours ou à un atelier de recherche. Accordez-vous du temps pour penser et écouter. Ne négligez pas de faire une étude pilote : ceci vous économisera le temps à la longue. N'ayez pas peur de modifier ou d'abandonner des parties de votre projet qui se sont révélées impossibles à faire.

N'oubliez pas que la signification statistique ne veut pas toujours dire la signification clinique et vice versa.

Rappelez-vous surtout que les recherches devraient être agréables et intéressantes. Essayez !

Dr A.F. WRIGHT
MD. MRCP, General Practitioner
5 Alburne Crescent
Glenrothes
KY7 5RE
Glenrothes 753139
(STD CODE 0592)

REGRETS – AGE AT OPERATION

	<u>Number in Group</u>	<u>Number under 30 yrs at Operation</u>
Non-Regretful	292	60 (20.6%)
Regretful	<u>76</u>	<u>38 (50.0%)</u>
	368	98 (26.6%)

Differences in percentages $p < 0.001$

References

- Hill AB. A short textbook of medical statistics. London : Hodder and Stoughton, 1977
- Wright AF. Surgical sterilisation in a new town practice. Health Bulletin 1978 ; 36 : 229-34
- Wright AF. How women felt about their sterilisation - a follow-up of 368 patients in general practice. J. R. Coll Gen Pract 1981 ; 31 : 598-604
- Warren MD. Aide-mémoire for preparing a protocol. Br Med J 1978 ; ii : 1195-6
- Swinscow TDV. Statistics at square one. London, BMA, 1976
- Barglow P, Eisner M. An evaluation of tubal ligation in Switzerland. Am J Obstet gynecol. 1966. 95 : 1083-94
- Lu T, Chun D. A long term follow-up study of 1055 cases of postpartum tubal ligation. J Obstet Gynaecol. 1967. 74 875 80
- Black WP, Sclare AB Sterilization by tubal ligation - a follow-up study J. Obstet. Gynaecol 1868, 75 219 24
- Kopit S, Barnes AB Patients' response to tubal division. JAMA 1976, 236 2761-3
- Whitehouse DB. Tubal ligation. A follow-up study. Advances in fertility Control 1969, 4 - 22 6
- Anonymous Contraception by female sterilisation. Br Med J 1980, 280 1154-5