

DIU ET NULLIPARITE : ETUDE DES PRATIQUES AUPRES DES FEMMES ET DES PROFESSIONNELS DE SANTE

Mémoire présenté et soutenu par :

BAERTSCHI Laurie

Née le 09/05/1997

Directeur de mémoire : Dr Tiphaine LEFEBVRE

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier le Dr Lefebvre pour son aide dans la réalisation de ce travail, pour son accompagnement, ses précieux conseils et sa disponibilité.

Merci également à Mme Le Guillanton, qui m'a guidée tout au long de ma démarche, pour sa patience, sa bienveillance et ses nombreuses relectures.

Ce travail n'aurait pas pu voir le jour sans toutes les personnes qui ont répondu aux questionnaires : 1904 mercis !

J'adresse aussi mes remerciements à toutes les sages-femmes enseignantes et cliniciennes que j'ai rencontrées dans ma formation, sans qui je n'aurais pas tant appris.

Merci à Louise, Marine et Mélanie, ainsi qu'à l'ensemble de la promotion.

Enfin je remercie Adrien, pour son soutien quotidien mais aussi mes parents et ma sœur, Lucie, qui ont su m'épauler et m'encourager depuis le début.

Sommaire

Glossaire.....	1
Introduction.....	2
1) Bref historique de la contraception.....	2
2) La contraception de nos jours.....	2
3) La contraception intra-utérine.....	3
a. Le DIU au cuivre.....	4
b. Le SIU.....	5
4) La contraception intra-utérine pour les nullipares.....	5
a. Les recommandations.....	5
b. Analyse de la littérature.....	7
5) Problématique et hypothèses.....	7
Matériels et méthode.....	9
1) Populations et questionnaire.....	9
a. Questionnaire à destination des patientes.....	9
b. Questionnaire à destination des praticiens.....	9
2) Analyses statistiques.....	10
Résultats.....	11
1) Questionnaire à destination des femmes.....	11
a. Caractéristiques générales.....	11
b. Descriptif des méthodes de contraception utilisées.....	12
c. Parcours contraceptif des femmes ayant un DIU.....	15
2) Questionnaire à destination des praticiens.....	19
a. Caractéristiques générales.....	19
b. Descriptif des pratiques professionnelles.....	20
Discussion.....	23
1) Utilisation et perception du DIU chez les nullipares.....	23
2) Pratiques des professionnels de santé.....	26
3) Limites et biais de l'étude.....	28
4) Points forts de l'étude.....	29

Conclusion.....	30
-----------------	----

Bibliographie

Annexes

Annexe I : Efficacité des méthodes contraceptives selon l'OMS

Annexe II : Questionnaire à destination des femmes

Annexe III : Fiche d'information jointe au questionnaire pour les femmes

Annexe IV : Questionnaire à destination des praticiens

Annexe V : Brochures d'informations

Annexe VI : Témoignages

Résumé

Glossaire

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

CH : Centre Hospitalier

CHD : Centre Hospitalier Départemental

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

DIU : Dispositif Intra-Utérin

EI : Effets Indésirables

GEU : Grossesse Extra-Utérine

GM : Gynécologue Médical

GO : Gynécologue Obstétricien

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

INPES : Institut National de la Prévention et de l'Education pour la Santé

IST : Infection Sexuellement Transmissible

LARC : Long Acting Reversible Contraception ou contraceptif réversible de longue action

MIP : Maladie Inflammatoire Pelvienne

MG : Médecin Généraliste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SF : Sage-Femme

SIU : Système Intra-Utérin

SUMPPS : Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé

Introduction

La contraception désigne l'ensemble des méthodes ou dispositifs qui permettent de diminuer la probabilité d'une grossesse. Ces méthodes ou dispositifs agissent sur l'ovulation, la fécondation ou la nidation et ne sont en aucun cas abortifs (si l'embryon est implanté, ils sont alors inefficaces). L'histoire de la contraception est cependant très liée à celle de l'interruption volontaire de grossesse. [1, 2]

1) Bref historique de la contraception

La contraception existe depuis très longtemps et a beaucoup évolué au travers de l'histoire. On retrouve l'utilisation de méthodes mécaniques (type préservatif ou tampon occlusif) ou spermicides dans diverses civilisations antiques, ainsi que de nombreuses recettes ou procédés abortifs. La loi et la religion ne cadraient pas ou très peu ce domaine, même si de nombreuses questions philosophiques se posaient déjà. L'abandon et l'infanticide étaient des pratiques courantes. Puis, en France notamment, la contraception fût associée, par la religion chrétienne, à la sorcellerie, à l'hérésie. [3, 4, 5]

Ainsi, en France et dans de nombreux pays, la contraception a longtemps été interdite et taboue. En 1920, une loi est promulguée et déclare que les personnes faisant de la publicité pour des méthodes anticonceptionnelles sont passibles de prison. Parallèlement, de nouveaux moyens de contraception apparaissent, mais restent très peu accessibles. Les premiers dispositifs intra-utérins sont brevetés au début du XXème siècle ; la première pilule oestro-progestative est développée par Grégory Pincus et son équipe dans les années 1950 et commercialisée en 1956 en Allemagne Fédérale. [5]

Ce n'est qu'en 1967, avec la loi Neuwirth que la contraception est autorisée en France.[6] En 2005, les sages-femmes ont été autorisées à prescrire les moyens de contraception hormonale uniquement dans des contextes particuliers : post-partum, post-abortum, contraception d'urgence et ont aussi été autorisées à prescrire les spermicides. Depuis 2009 et la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST), les sages-femmes n'ont plus de restriction concernant la prescription de contraception. [7, 8]

2) La contraception de nos jours

Actuellement, il existe un panel très varié de moyens de contraception. Cela permet de proposer celui adapté à chacun et chacune : le coût, la possibilité d'effets

indésirables, l'efficacité, l'observance étant des critères d'importance variable selon la personne.

L'efficacité des moyens contraceptifs est évaluée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) grâce à l'indice de Pearl, qui représente le taux de grossesse pour 100 femmes sur la première année d'utilisation correcte et régulière d'un moyen de contraception, et est présentée en annexe I. ^[9]

Il existe deux méthodes contraceptives définitives : la stérilisation tubaire et la vasectomie. Parmi les contraceptions hormonales, on retrouve les oestro-progestatifs (pilule, patch ou anneau vaginal) et les progestatifs (pilule micro-progestative, système intra-utérin, implant ou injectables). L'aménorrhée lactationnelle peut aussi être utilisée dans les 6 mois suivant l'accouchement. Le dispositif intra-utérin au cuivre fait partie des méthodes mécaniques tout comme les préservatifs (masculins ou féminins), le diaphragme et la cape cervicale. Il est possible d'associer à ces dernières méthodes ou d'utiliser seul, des spermicides. Il existe d'autres méthodes, telles que le retrait ou bien les méthodes dites « naturelles », basées sur la connaissance du cycle et de la fécondité.

L'OMS et le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) recommandent d'accompagner le choix contraceptif en suivant une méthode de « counseling », résumée par l'acronyme BERCER : Accueil (Bienvenue), Entretien, Renseignements, Choix, Explications et Retour. Cette méthode permet un choix libre et éclairé des patients, tout en respectant les contre-indications médicales éventuelles et en permettant un suivi de la satisfaction. ^[9,10, 11] L'OMS a également défini des critères permettant d'objectiver la recevabilité et l'acceptabilité de chaque méthode contraceptive en la classant dans 4 catégories pour une personne donnée : la catégorie 1 n'appelle à aucune restriction, la catégorie 4 présente un risque inacceptable pour la santé, les catégories intermédiaires font appel à la balance bénéfices-risques. ^[12]

3) La contraception intra-utérine

La contraception intra-utérine fait partie des moyens de contraception les plus efficaces et des moyens de contraception à longue durée d'action (ou LARC). Il en existe deux sortes : le dispositif intra-utérin au cuivre (DIU), et le système intra-utérin contenant du Lévonorgestrel (SIU). Ces deux outils sont souvent regroupés sous le nom de dispositif intra-utérin (DIU), ou plus communément de stérilet.

Le DIU est la deuxième contraception réversible la plus utilisée dans le monde (avec 159 millions d'utilisatrices), après le préservatif masculin. La prévalence d'utilisation du DIU dans le monde est relativement stable depuis 25 ans, légèrement diminuée en 2019, mais elle augmente légèrement en Europe. ^[13]

La pose des deux types de dispositifs est similaire et doit être effectuée par un professionnel de santé formé, médecin ou sage-femme.

Le dispositif peut être à l'origine de fausses-couches, ruptures prématurées des membranes, chorioamniotites et accouchements prématurés si une grossesse démarre lors de son utilisation et qu'il n'est pas retiré.

Il n'y a pas de délai après le retrait pour le retour à une fertilité normale. Diminuant le risque de grossesse, il diminue par conséquence le risque de GEU. ^[9, 12, 14, 15]

a) Le DIU au cuivre

Ce dispositif est composé d'une armature en plastique avec des bras flexibles (dont la forme et la taille varie selon le modèle), radio-opaque, recouverte d'un fil de cuivre (dont la surface varie selon le modèle). La durée d'utilisation varie entre 5 et 10 ans selon le modèle.

Le cuivre a deux actions : la cytotoxicité pour les spermatozoïdes (qui empêche la fécondation) et l'inflammation locale de la muqueuse utérine (qui empêche la nidation).

Le DIU au cuivre peut être utilisé en contraception d'urgence de première intention dans les 5 jours suivant un rapport à risque de grossesse. ^[11, 16]

Les contre-indications à la pose d'un DIU au cuivre sont la grossesse, la période du post-partum entre 48h et 4 semaines, une Maladie Inflammatoire Pelvienne (MIP), les saignements inexplicables, les malformations utérines, les fibromes utérins déformant la cavité ou gênant la pose, les cancers génitaux (vulve, vagin, utérus), l'immunodépression sévère, et les maladies trophoblastiques malignes. L'hypersensibilité au cuivre constitue aussi une contre-indication.

Les effets indésirables possibles sont l'allongement et une augmentation de l'abondance des règles, ainsi qu'une augmentation des douleurs menstruelles, surtout les premiers mois d'utilisation. Cela peut donc, dans de rares cas, conduire à un risque augmenté d'anémie, selon le profil de saignement. ^[9, 12, 14, 15]

b) Le SIU

Ce système est composé d'une armature en plastique avec des bras flexibles, radio-opaque. Il existe trois modèles en France : le MIRENA® (qui contient 52mg de Lévonorgestrel), le KYLEENA® (qui contient 19,5mg de Lévonorgestrel), tous les deux utilisables pour une durée de 5 ans, et le JAYDESS® (qui contient 13,5mg de Lévonorgestrel), valable 3 ans. Les SIU KYLEENA® et JAYDESS® et leurs inserteurs sont plus petits que le MIRENA®.

Le mécanisme d'action repose principalement sur l'épaississement de la glaire cervicale qui empêche la remontée des spermatozoïdes et la prévention de l'épaississement de l'endomètre, afin d'empêcher une éventuelle nidation, plus rarement, il entraîne le blocage de l'ovulation.

Les contre-indications sont les mêmes que pour le DIU, et comprennent également l'hypersensibilité aux progestatifs, les cancers, en cours ou en rémission, sensibles aux progestatifs (cancer du sein par exemple) et les affections hépatiques.

Le SIU réduit l'abondance des règles, parfois provoque une aménorrhée et protège d'un risque d'anémie. Il permet de réduire les dysménorrhées et les symptômes de l'endométriose. Il peut aussi provoquer des saignements irréguliers ou spottings, de l'acné, des maux de tête, une mastodynie, une prise de poids, des nausées, des troubles de l'humeur ainsi que des kystes fonctionnels ovariens. [9,12, 14, 15]

4) La contraception intra-utérine pour les nullipares

Le terme nullipare désigne une femme qui n'a jamais accouché, qui n'a jamais eu d'enfant. [17]

a) Les recommandations

Pour l'OMS, la contraception intra-utérine est une contraception de première intention y compris chez les nullipares et chez les femmes de moins de 20 ans car les bénéfices sont supérieurs aux risques. [9, 12]

L'ANAES, en 2004, a autorisé la mise sur le marché des DIU pour l'utilisation chez les nullipares en France. Depuis, les recommandations des sociétés savantes ont été mises à jour.

Les recommandations de la HAS de 2013, rapportent que le DIU est une méthode contraceptive de première intention. L'efficacité et la tolérance du DIU au cuivre (avec une surface de cuivre supérieure à 250mm²) et du SIU étant comparable, le SIU n'est

pas à privilégier, sauf bénéfices attendus. La HAS recommande l'insertion du DIU en première partie de cycle, pour s'assurer de l'absence de grossesse. Concernant l'adolescente, l'HAS émet plus de réserves et considère que c'est une catégorie à part entière. Elle recommande de ne pas utiliser le SIU au vu du calibre de l'inserteur mais aussi des effets indésirables possibles (acné, kystes fonctionnels...). De plus, le DIU a une utilisation limitée étant donné, par exemple, l'importance du risque infectieux et la fragilité cervicale des adolescentes. Depuis 2019, la HAS a cependant souligné le fait que l'adolescente peut prétendre à toutes les contraceptions et a regroupé les recommandations concernant l'adolescente et les femmes en âge de procréer, conservant les réserves sur le SIU mais ne faisant plus de distinction pour le DIU. [18, 19]

Les dernières recommandations du CNGOF, datant de 2018, précisent que le DIU peut être utilisé chez l'adolescente et la nullipare (Grade B), le risque de complication n'étant pas supérieur à celui des autres tranches d'âge et des femmes ayant déjà accouché. L'antécédent de GEU ou de kyste fonctionnel de l'ovaire n'est pas une contre-indication (Grade C et Accord Professionnel). L'antibioprophylaxie n'est pas recommandée (Grade A) sauf pour les femmes atteintes de valvulopathies infectieuses (Accord Professionnel). De même, le dépistage systématique des IST n'est pas recommandé (Grade B) et doit être effectué seulement sur facteurs de risque (Grade B). Les facteurs de risque d'IST étant l'âge inférieur à 25 ans, le fait d'avoir changé de partenaire dans les 3 derniers mois ou d'avoir des partenaires multiples dans la dernière année, les antécédents d'IST, et les rapports sexuels non protégés. Si la patiente présente ces facteurs de risque mais est asymptomatique, la pose ne doit pas être retardée (Grade B). Les infections génitales basses doivent être traitées mais ne retardent pas la pose. Le DIU peut être posé à tout moment du cycle en l'absence confirmée de grossesse (Grade B). Le toucher vaginal bi-manuel avec inspection du col est le seul examen recommandé (Grade B). La prémédication antalgique systématique n'est pas recommandée (Grade A). Une information sur le suivi et les signes devant amener à consulter doit être donnée (Accord Professionnel). La perforation du fond utérin est possible au moment de l'insertion mais le contrôle échographique systématique n'est pas recommandé (Grade B). La contraception intra-utérine n'est pas considérée comme un facteur de risque d'infection génitale haute, sauf dans les suites immédiates de la pose (3 semaines). Si la patiente contracte une infection, le retrait du DIU n'est pas recommandé, sauf si absence d'évolution favorable au traitement (Grade B). [11]

b) Analyse de la littérature

D'après les études FECOND réalisées entre 2010 et 2013, environ 10 ans après l'AMM du DIU chez les nullipares, 0,4% de celles-ci ont un DIU. Suite aux publications dans la presse d'accidents thrombo-emboliques fréquents en rapport avec les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations, en 2013, ce chiffre passe à 8%. Ces études ont également montré qu'en 2010, 69% des gynécologues et 84% des médecins généralistes considèrent que le DIU est contre-indiqué chez les femmes nullipares, et que 54% des femmes interrogées pensent que cette méthode contraceptive n'est pas adaptée aux femmes n'ayant pas eu d'enfants. L'équipe FECOND a mis en lumière un contexte contraceptif français très figé, évoluant cependant suite aux affaires médiatisées. [20, 21]

Le baromètre santé de 2016 vient confirmer la lente évolution en matière de contraception. Quatre-vingt-douze pour cent des femmes exposées à un risque de grossesse utilisent une contraception. La pilule reste le moyen de contraception le plus utilisé et ne baisse pas en proportion chez les plus jeunes utilisatrices (15-19ans) mais connaît une baisse significative dans les autres tranches d'âges au profit du DIU notamment. Le taux d'utilisation du DIU reste cependant très faible dans les tranches d'âge les plus jeunes, pour être comparable au taux d'utilisation de la pilule après 30 ans. [22]

Des idées reçues perdurent quant à l'utilisation de DIU, en particulier concernant les nullipares : diminution de la fertilité, du désir et du plaisir, augmentation du risque d'infection, effet abortif ou même incompatibilité avec un jeune âge ou la nulliparité. Pourtant, les laboratoires ciblent de manière évidente les nullipares avec le développement de produits qui leur sont spécialement destinés (modèles short pour les DIU au cuivre, à faible dose et de plus petite taille pour les SIU et le DIU Ballerine®, dont la forme sphérique s'adapte à l'utérus mais qui est à ce jour non remboursé...). [23, 24, 25]

5) Problématique et hypothèses

Plus de 15 ans après l'AMM de la contraception intra utérine chez les nullipares, nous pouvons nous demander si l'information et les pratiques suivent les recommandations.

L'hypothèse principale est que la contraception par DIU est difficile d'accès pour les nullipares, tant par un défaut d'information que par un manque de praticiens les posant chez les nullipares.

De plus, on peut penser que selon l'âge et la profession du praticien apte à poser un DIU, on peut observer des différences de pratique notables. On retrouve toujours des fausses croyances tant chez les professionnels que chez les patientes concernant la contraception par DIU.

L'objectif de l'étude sera donc de déterminer quelles sont les difficultés concernant la contraception par DIU chez les nullipares, que ce soit du côté des praticiens mais aussi des patientes.

Matériels et Méthode

1) Populations et questionnaires

L'étude qui a été réalisée auprès des praticiens et des femmes était une enquête transversale, effectuée à l'aide d'un questionnaire pour chacune des deux populations ciblées. Les questionnaires ont été élaborés avec wepi.org, et diffusés via un lien qui permettait d'accéder au questionnaire. Les réponses étaient anonymes.

a) Questionnaire à destination des femmes

Le questionnaire destiné aux femmes, que l'on retrouve en annexe II, a été diffusé via les réseaux sociaux du 9 au 23 juillet 2020. Sur Instagram, le compte de CharlineSageFemme a permis de partager le questionnaire à environ 8000 personnes (nombre d'abonnés du compte en juillet 2020). Sur Facebook, les groupes « Wanted Community Paris » et Wanted Community Nantes » ont permis de diffuser à environ 500 000 personnes (nombre de membres cumulé des deux groupes). Les questionnaires n'ont pas été publiés sur les réseaux sociaux par des moyens directs et personnels mais ont été partagés à des connaissances ne faisant pas partie du milieu médical.

Le critère d'inclusion pour cette première partie était le sexe féminin. L'âge, la parité ou le fait de ne pas avoir besoin de contraception n'ont pas été définis comme des critères d'exclusion car permettaient d'avoir l'opinion de ces femmes et donc un échantillon plus large et représentatif de l'ensemble des femmes.

Afin de répondre aux potentielles questions soulevées par le questionnaire lors de sa lecture, une fiche d'information sur les GEU et les IST a été réalisée et jointe au questionnaire, elle est présentée en annexe III.

b) Questionnaire à destination des praticiens

Le questionnaire à destination des praticiens, que l'on retrouve en annexe IV, ciblait les sages-femmes, les médecins généralistes et les gynécologues (médicaux et obstétriciens pratiquant la gynécologie médicale), il a été partagé du 8 juillet au 29 novembre 2020. Il a d'abord été diffusé par mail aux 208 sages-femmes de Vendée, Loire-Atlantique et Maine-et-Loire dont l'adresse mail figurait sur le site du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Vingt-trois adresses mails étaient invalides ou correspondaient à une boîte mail qui n'était pas en capacité de recevoir plus de messages. Puis, le questionnaire a été publié sur le site du Conseil Départemental de

l'Ordre des Médecins de Loire-Atlantique. Le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Vendée a accepté de diffuser sur ses mailing-listes le questionnaire, contrairement à celui de Sarthe qui a refusé (Le Conseil National de l'Ordre des Médecins ayant conseillé, suite à de nombreuses plaintes à la CNIL, de ne plus donner les mailings-listes ou de diffuser sans accord). Le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Mayenne, comme celui du Maine-Et-Loire n'a pas répondu. Le secrétariat du Pr Winer, avec son accord, a diffusé le questionnaire sur ses mailing-listes correspondant au profil des praticiens recherchés. Le secrétariat du Collège de Gynécologie Médicale de l'Ouest n'a pas répondu. Le questionnaire a ensuite été adressé par mail aux sages-femmes cadres des Centres Hospitalo-Universitaires (CHU) de Nantes et Angers, du Centre Hospitalier Départemental (CHD) de la Roche Sur Yon, des Centres Hospitaliers (CH) de Saint Nazaire, Ancenis, Challans, Les Sables d'Olonne, Cholet, Châteaubriant, Château-Gontier, ainsi qu'à la Clinique Saint Charles de La Roche Sur Yon, la maternité du pôle Santé Atlantique de Saint Herblain, la clinique Jules Verne et la clinique Brétéché à Nantes. Les Services Universitaires de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SUMPPS) qui ont été sollicités sont ceux des Universités de Nantes, Angers, Caen, Nîmes, Montbéliard et Belfort, Franche Comté, Montpellier, Paris Saclay, Limoges, Sorbonne Université, Pau et Reims (leurs adresses mails étant retrouvées sur internet). Afin d'obtenir les adresses mail d'un plus grand nombre de gynécologues, les gynécologues libéraux de Vendée et Loire-Atlantique ont été contactés par téléphone, les coordonnées téléphoniques étant pour certains disponibles sur ameli.fr. Parmi les praticiens appelés, quatre ont accepté de recevoir le questionnaire par mail ; certains secrétariats n'étaient pas autorisés ou en capacité (télésecrétariat) de donner cette information.

Tous les praticiens ayant répondu ont été inclus dans l'étude. Le fait de ne pas poser de DIU ne consistant pas en un critère d'exclusion car permettant d'avoir l'opinion du praticien, et de représenter au maximum la diversité des personnes étant amenées à donner des informations sur la contraception.

2) Analyses statistiques

L'analyse des deux questionnaires est uniquement descriptive. La description des variables quantitatives repose sur la moyenne et l'écart type de la population. Les variables qualitatives sont décrites avec les effectifs et pourcentages de la population. L'analyse a été réalisée avec le logiciel Excel.

Résultats

1) Questionnaire à destination des femmes

a. Caractéristiques générales

1673 femmes ont été incluses du 9 au 23 juillet 2020

Les caractéristiques générales de la population sont présentées dans le tableau I.

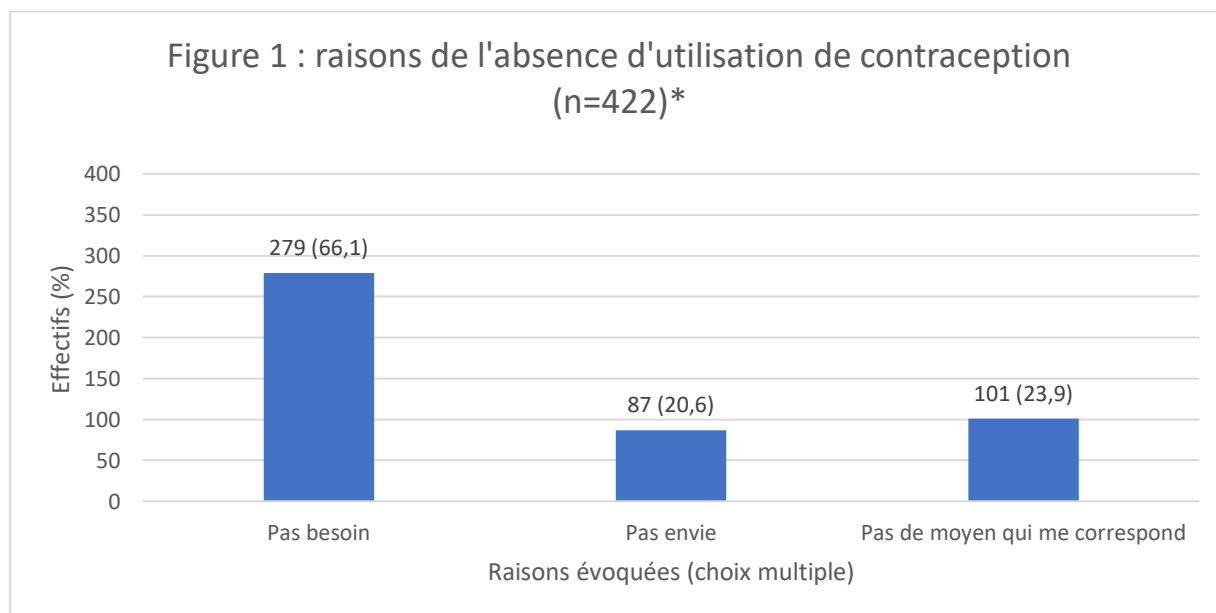
Tableau I : Caractéristiques générales (n=1673)*		
	DM**	Moyenne +/- écart-type ou effectif (%)
Age	0	29,3 +/- 5,6
Profession	0	
Agriculteurs et exploitants		3 (0,2%)
Artisans, commerçants et chefs d'entreprises		48 (2,9%)
Cadres et professions intellectuelles supérieures		340 (20,3%)
Professions intermédiaires		397 (23,7%)
Employées		503 (30,1%)
Ouvriers		14 (0,8%)
Retraités		2 (0,1%)
Sans		49 (2,9%)
Etudiants		234 (14%)
Médecins, pharmaciens et sages-femmes et étudiants en médecine, pharmacie et maïeutique		83 (5%)
Niveau d'études	0	
Brevet des collèges		37 (2,2%)
Baccalauréat		204 (12,2%)
Bac +2		258 (15,4%)
Bac +3 (Licence ou équivalent)		426 (25,5%)
Bac +5 (Master ou équivalent)		662 (39,6%)
Doctorat		36 (2,1%)
Autres		50 (3,0%)
Activité sexuelle	0	
Oui		1546 (92,4%)
Non		127 (7,6%)

Nombre de partenaires (sur les 12 derniers mois)		
0	0	82 (4,9%)
1		1243 (74,3%)
2		153 (9,1%)
>2		195 (11,7%)
Parité		
Nulliparité	0	1160 (69,3%)

*n : effectif ; **DM : données manquantes

b. Descriptif des méthodes de contraception utilisées

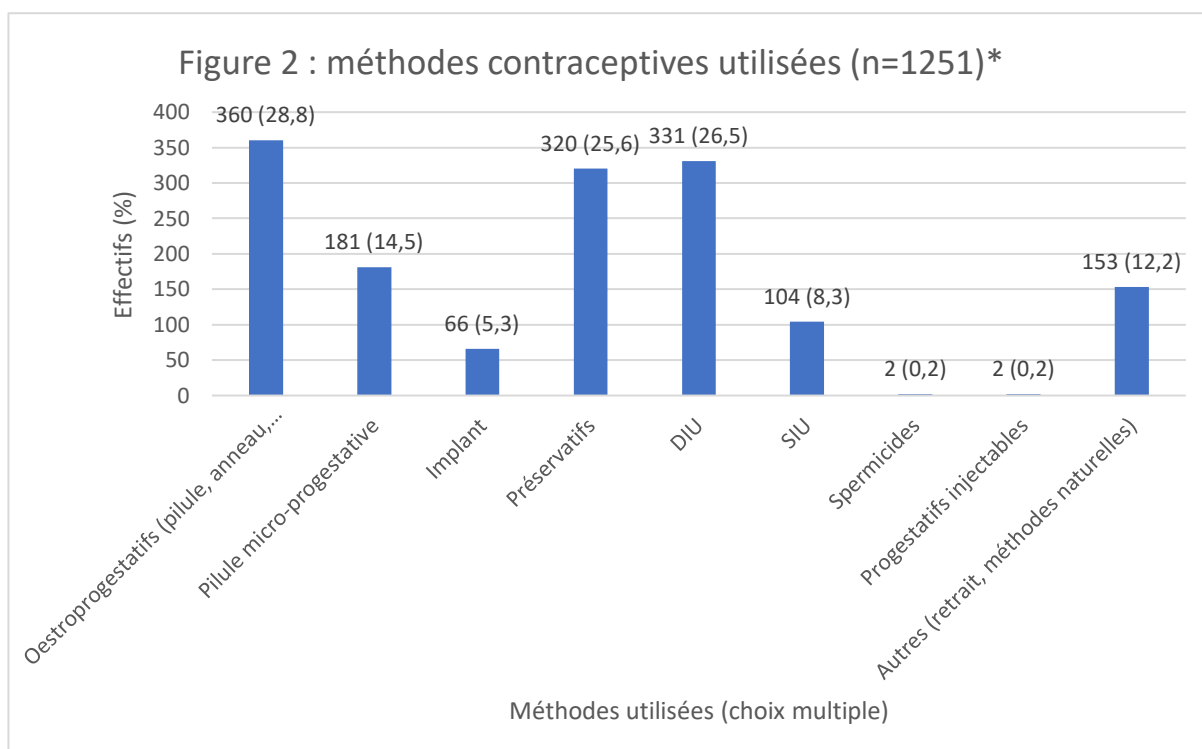
Parmi les 1673 femmes interrogées, 1251 utilisaient un moyen de contraception soit 74,8%. Les raisons évoquées par les femmes qui n'utilisaient pas de moyen de contraception sont présentées dans la figure 1.



*n : effectif

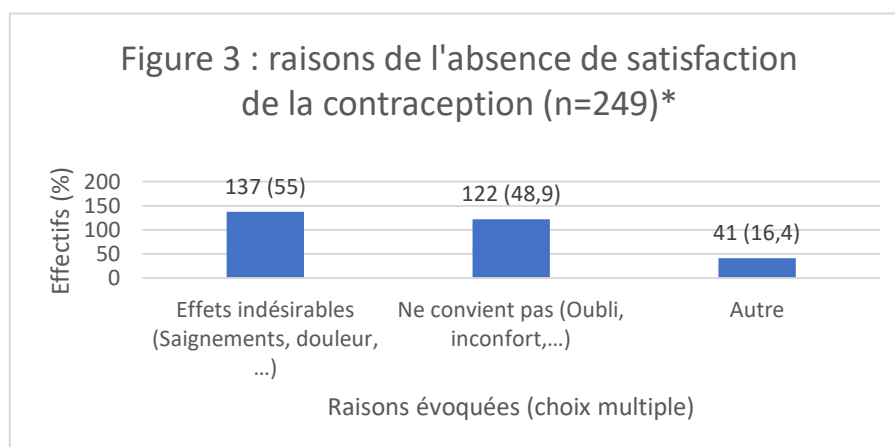
Parmi les femmes qui évoquaient le fait de ne pas avoir besoin de contraception, on retrouve en majorité le désir d'une grossesse ou la grossesse, la ménopause, le fait de ne pas avoir de partenaire, d'avoir eu recours à une contraception définitive ou le fait d'avoir besoin de faire une « pause » dans la contraception.

Parmi les 1251 femmes utilisant un moyen de contraception, les effectifs pour chaque moyen de contraception non définitive sont présentés dans la figure 2.



*n : effectif

Sur ces 1251 femmes, 1002 étaient satisfaites de leur moyen de contraception, soit 80,1%. Parmi les 249 femmes non satisfaites de leur moyen de contraception, les raisons évoquées sont représentées sur la figure 3.



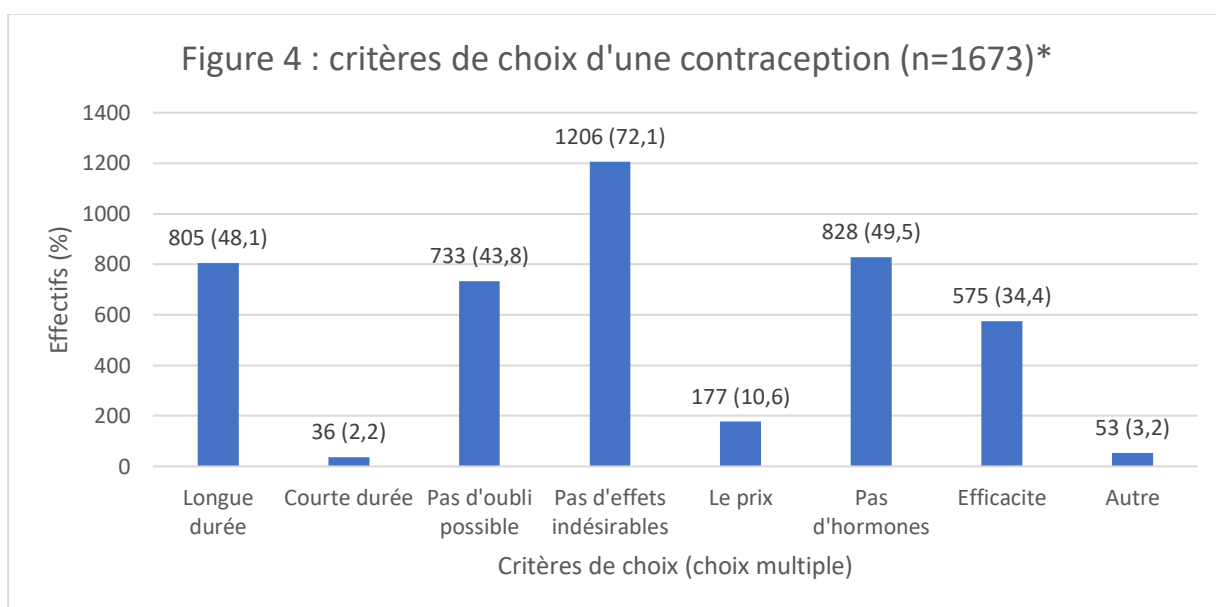
*n : effectif

Les femmes ayant indiqué d'autres raisons ont principalement évoqué le fait que cela n'est pas naturel, qu'elles avaient tout de même peur d'être enceinte, qu'elles avaient peur pour leur santé ou la contrainte que la contraception représentait pour elles.

Les moyens de contraception utilisés par les 249 femmes qui n'en étaient pas satisfaites sont : pour 96 (38,5%) la pilule oestro-progestative, pour 56 (22,4%) la pilule progestative, pour 18 (7,2%) l'implant, pour 5 (2%) l'anneau, pour 76 (30,5%) le préservatif, pour 25 (10%) le DIU, pour 8 (3,2%) le SIU, pour 7 (2,8%) l'abstinence en période féconde, pour 21(8,4%) le retrait.

Cent-trente-deux femmes de l'échantillon n'ont jamais utilisé de moyen de contraception.

Les critères de choix d'une contraception pour les femmes interrogées sont représentés dans la figure 4.



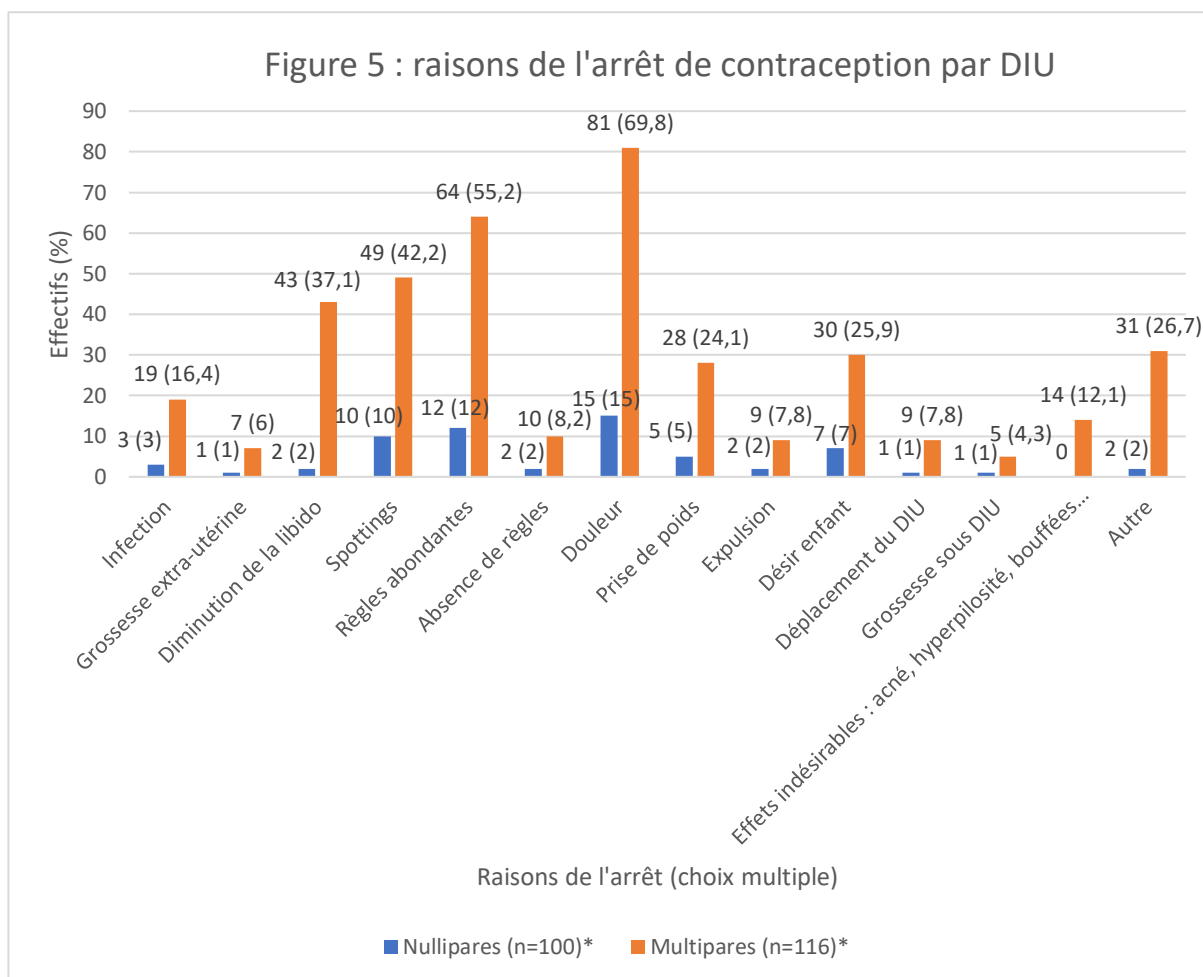
*n : effectif

Les autres raisons évoquées sont en majorité le fait que cela soit le plus naturel possible, ou le moins invasif possible, que cela doit être compatible ou atténuer des pathologies personnelles ou encore le fait de pouvoir l'arrêter librement.

c. Parcours contraceptif des femmes ayant un DIU

Parmi les 1673 femmes incluses : 435 femmes avaient un DIU ou SIU, 282 (64,8%) étaient des nullipares ; 286 femmes ont eu, dans leur parcours contraceptif antérieur, un DIU ou SIU, dont 166 (56,7%) en tant que nullipare. Parmi ces 286 femmes, 216 (75,5%) femmes ont changé de moyen de contraception ou arrêté d'utiliser une contraception.

Les raisons évoquées par les femmes ayant interrompu leur contraception par DIU ou SIU sont présentées dans la figure 5



*n : effectif ; données manquantes = 37 pour la population de nullipares

Les informations données aux femmes et le parcours contraceptif par DIU chez les nullipares sont présentés dans le tableau II.

Tableau II : Information et parcours de contraception par DIU chez les nullipares		
	DM**	Effectif (%)
Possibilité de DIU/SIU chez les nullipares (n=1673)*	0	
Non		124 (7,4%)
Raisons de l'impossibilité pour les nullipares (n=124)*	0	
Risque d'infection		25 (20,2%)
Risque de stérilité		50 (40,3%)
Pose difficile		51 (41,1%)
Pose douloureuse		50 (40,3%)
Douleurs possibles pendant et en dehors des règles		30 (24,2%)
Saignements importants pendant et en dehors des règles		19 (15,3%)
Risque que le DIU ne reste pas en place		21 (16,9%)
Douleurs pendant les rapports sexuels		24 (19,4%)
Autre		6 (4,8%)
- Abortif		1
- Motif religieux		1
- Ne savent pas pourquoi		4
Information sur la contraception par DIU (n=1673)*	0	
Par mon médecin généraliste		210 (12,6%)
Par mon gynécologue		637 (38,1%)
Par ma sage-femme		216 (12,9%)
Par des copines		589 (35,2%)
Par la presse féminine		170 (10,2%)
Par internet (forums, sites d'informations...)		526 (31,4%)
Par les réseaux sociaux (Instagram, Facebook, twitter, Snapchat, ...)		231 (13,8%)
Autre		199 (11,9%)
Prescription DIU (n=651)*	0	
Médecin traitant		50 (7,7%)
Gynécologue habituel		425 (65,3%)

Sage-femme habituelle	148 (22,7%)
Praticien d'un service de médecine universitaire	4 (0,6%)
Praticien d'un centre de planification	24 (3,7%)
Pose DIU (n=651)*	0
Un médecin traitant	22 (3,4%)
Un gynécologue	400 (61,4%)
Une sage-femme	166 (25,5%)
Le praticien qui me l'a prescrit	234 (35,9%)
Un autre praticien	31 (4,8%)
Obtention de RDV (n=651)*	0
Pas de souci particulier	584 (89,7%)
Délai très long avec praticien habituel, sollicitation de quelqu'un d'autre	10 (1,6%)
Délai très long avec praticien habituel, mais attente	46 (7%)
Autre	11 (1,7%)
- Après IVG	5
- Refus de gynécos	4
- Insultée par plusieurs gynécos	1
- Attente pour coïncider avec les règles	1
Difficultés pour les nullipares (n=382)*	3
Refus de pose du praticien habituel	22 (5,7%)
Refus de prescription du praticien habituel	16 (4,2%)
Pas de difficultés avec praticien habituel	301 (78,8%)
Pas de difficultés avec autre praticien	37 (9,6%)
Autre	18 (4,7%)
- Problèmes avec la pharmacie	1
- Difficultés à convaincre/faire accepter son choix au praticien	10
- Recherches internet pour trouver un praticien qui accepte	4
- Difficultés à trouver un praticien car pas de suivi	3

Pose (n=651)*	0	
Sans particularité		185 (28,4%)
Très douloureuse		177 (27,2%)
Inconfortable / Un peu douloureuse		289 (44,4%)
Pas réussie du premier essai		37 (5,7%)
Autre		20 (3,1%)
Information IST (n=651)*	0	320 (49,2%)
Information GEU (n=651)*	0	257 (39,5%)
Information EI (n=651)*	0	407 (62,5%)
Détail information EI (n=407)*	0	
Règles plus abondantes		332 (81,6%)
Règles plus douloureuses		249 (61,2%)
Prise de poids		37 (9,1%)
Acné		42 (10,3%)
Spottings		181 (44,5%)
Baisse de la libido		32 (7,9%)
Autre		8 (2%)
- Aménorrhée		4
- Humeur		2
- Douleur		1
- Diminution des règles		1

*n : effectif **DM : données manquantes

2) Questionnaire à destination des praticiens

a. Caractéristiques générales

231 praticiens ont été inclus du 8 juillet au 29 novembre 2020.

Les caractéristiques générales de la population sont présentées dans le tableau III.

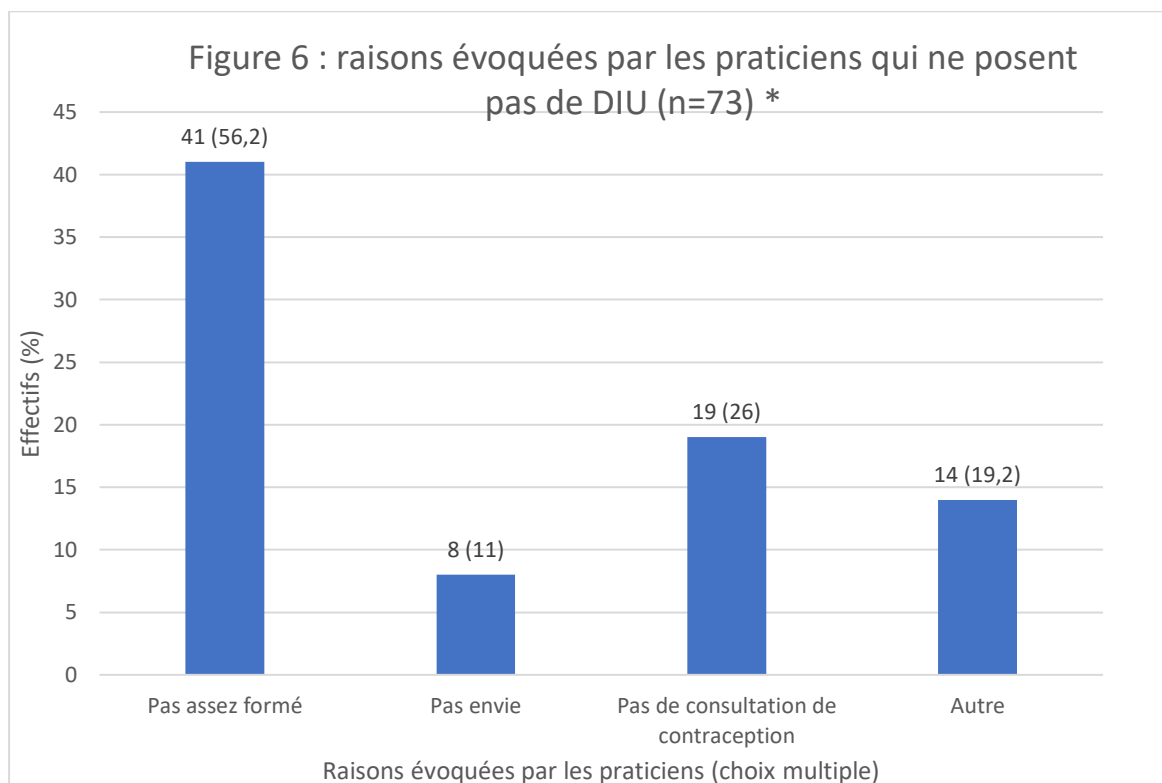
Tableau III : caractéristiques générales (n=231)*		
	DM**	Moyenne +/- écart-type ou effectif (%)
Sexe	0	
Homme		18 (7,8%)
Femme		213 (92,2%)
Age	0	38,8 +/- 8,1
Profession	0	
MG		140 (60,6%)
GO		8 (3,5%)
GM		1 (0,4%)
SF		82 (35,5%)
Structure d'exercice	0	
Libéral		188 (81,4%)
Structure hospitalière privée ou publique		40 (17,3%)
CPEF ^a ou planning familial		10 (4,3%)
SUMPPS ^b		5 (2,2%)
Autre***		2 (0,9%)
Année d'obtention du diplôme	0	2008+/-8,3

*n : effectif, **DM : données manquantes, ***Autre : Centre de santé et de prévention, ou association, ^a CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale, ^b SUMPPS : Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la santé

b. Descriptif des pratiques professionnelles

Parmi les 231 praticiens, 73 (31,6%) ne posaient pas de DIU.

Les raisons évoquées chez les praticiens qui ne posaient pas de DIU sont présentées dans la figure 6.



*n : effectif

Parmi les 158 (68,4%) praticiens qui posaient des DIU, 147 (93%) en posaient chez les nullipares.

L'évaluation de la contraception par DIU chez les nullipares ainsi que les pratiques des praticiens interrogés sont présentées dans le tableau IV.

Tableau IV : Evaluation et pratiques concernant la contraception par DIU chez les nullipares		
	DM**	Moyenne +/- écart-type ou effectif (%)
Opinion sur la pose de DIU chez les nullipares	0	
(n=231)*		
Plus douloureux que chez la multipare		84 (36,4%)
Plus difficile que chez la multipare		78 (33,8%)
Non adapté		1 (0,4%)
Dépend de l'expérience du praticien		119 (51,5%)
Dépend de la patiente		154 (66,7%)
Pas de différence		48 (20,8%)
Autre		3 (1,3%)
Prescription de DIU chez la nullipare	0	
(n=231)*		
En première intention		65 (28,1%)
Uniquement si échec d'autres moyens de contraception		30 (13%)
Uniquement sur demande		187 (81%)
Jamais		5 (2,2%)
Habitude de prescription pour la nullipare	33	
(n=226)*		
Surtout des hormonaux (Mirena®, Kyleena®, Jaydess®)		22 (9,7%)
Surtout des hormonaux moins dosés (Kyleena®, Jaydess®)		42 (18,6%)
Surtout des cuivres		87 (38,5%)
Autant l'un que l'autre		42 (18,6%)

Evaluation de la contraception par DIU chez les nullipares (n=231)*		
Nombreuses demandes de retrait		16 (6,9%)
Nombreuses expulsions spontanées		16 (6,9%)
Nombreux effets indésirables (saignements, douleurs)		34 (14,7%)
Nombreuses grossesses sous DIU		7 (3,0%)
Nombreuses GEU		2 (0,9%)
Les patientes sont satisfaites dans l'ensemble		165 (71,4%)
Contraception adaptée		140 (60,6%)
Risque important vis-à-vis des IST		19 (8,2%)
Risque d'altération de la fertilité		0
Peu de retours, ne sait pas		10 (4,3%)
Evaluation de la contraception par SIU chez les nullipares (n=231)*		
Nombreuses demandes de retrait		14 (6,1%)
Nombreuses expulsions spontanées		1 (0,4%)
Nombreux effets indésirables (saignements, douleurs)		19 (8,2%)
Nombreuses grossesses sous DIU		1 (0,4%)
Nombreuses GEU		3 (1,3%)
Les patientes sont satisfaites dans l'ensemble		151 (65,4%)
Contraception adaptée		151 (65,4%)
Risque important vis-à-vis des IST		16 (6,9%)
Risque d'altération de la fertilité		0
Peu de retours, ne sait pas		23 (10%)
Impression d'augmentation de la contraception par DIU/SIU (n=231)*	0	209 (90,5%)
Impression d'augmentation de la contraception par DIU/SIU chez les nullipares (n=231)*	0	204 (88,3%)

*n : effectif, **DM : Données Manquantes

Discussion

L'étude que nous avons réalisée permet de constater que le paysage contraceptif en France évolue. L'hypothèse de départ était que l'accès à la contraception intra-utérine pour les nullipares était difficile, et ce par le manque d'information de ces dernières mais également par le refus des professionnels. Les résultats nous permettent de voir que la situation n'est pas si catégorique.

1) Utilisation et perception du DIU chez les nullipares

Les femmes interrogées intéressent toutes les catégories socio-professionnelles avec une moyenne d'âge de 29,3 ans +/- 5,6. Le taux de couverture contraceptive était de 74,8% sur l'échantillon, mais était de 91% concernant les femmes qui estimaient avoir besoin d'une contraception, ce qui est comparable aux études FECOND et au baromètre santé de 2016. [20, 21, 22]

Les moyens de contraception les plus utilisés par la population de l'étude étaient la pilule oestro-progestative, le DIU et le préservatif. Le SIU n'était lui utilisé que par 8,3% des femmes interrogées. Ces chiffres sont comparables avec ceux du baromètre santé de 2016. [22]

Parmi les femmes utilisant un DIU ou un SIU, plus de la moitié étaient des nullipares, mais cela peut s'expliquer par la surreprésentation de ces dernières dans l'échantillon car il comprend 69,3% de nullipares.

La satisfaction des moyens contraceptifs utilisés était importante dans la population (80,1% de satisfaction). D'autre part, on observe que seulement 7,7% n'étaient pas satisfaites de la contraception par DIU ou SIU. L'étude américaine CHOICE montre d'ailleurs que le choix contraceptif se porte, une fois les problèmes liés aux coûts, à l'accès et à l'information, sur les LARC dans 75% des cas et en majorité sur le SIU (46%), puis l'implant contraceptif (17%) et enfin le DIU (12%) sans considération de la parité ; au-delà du choix majoritaire des LARC, on observe une meilleure satisfaction et un taux de continuation plus important parmi les utilisatrices des LARC. [26]

Lors du choix contraceptif, les critères majeurs pour les femmes interrogées étaient l'innocuité (72,1%), l'absence d'hormones (49,1%) et une longue durée d'action (48,1%) puis l'efficacité (34%). L'étude européenne TANCO, état des lieux des attentes des femmes, a permis de montrer que près de la moitié des femmes interrogées choisissaient le DIU mais que près de la moitié des femmes l'ayant choisi

sous-estimaient sa fiabilité. Il en est de même dans l'étude CHOICE, citée précédemment, qui montre que les femmes surestimaient l'efficacité de la pilule dans 45% des cas, et que la majorité sous-estimaient l'efficacité des LARC. Le choix des LARC était motivé principalement par le fait de ne pas y penser au quotidien. [26, 27]

D'autre part, 7,4% des femmes interrogées pensaient que la contraception intra-utérine n'est pas possible chez la femme nullipare. Ces chiffres sont bien différents de ceux de l'étude FECOND de 2010, puisqu'alors 54% des femmes interrogées ne pensait pas que cela était possible. [20] L'information concernant la contraception intra-utérine s'est fortement améliorée. D'autre part, parmi les 422 femmes qui n'utilisaient pas de moyen de contraception, 24% déclaraient ne pas en utiliser par défaut, car ne trouvant pas de méthode qui leur corresponde. On peut supposer que pour certaines d'entre elles, cela pouvait être dû à un manque d'information. Ces chiffres, et les données mises en évidence précédemment témoignent que le manque d'information concernant la contraception d'une manière générale, perdure pour une partie de la population, qui est cependant loin de représenter la majorité.

En effet, l'information concernant la contraception d'une manière générale et l'information concernant la contraception par DIU chez les nullipares provenait en majorité du corps médical (les gynécologues pour 38,1%) mais aussi d'internet (31,4%) ou des proches (35,2%). Ainsi, il apparaît que grâce à la grande diversité des sources d'information, les idées reçues existent encore mais deviennent moins fréquentes. C'est ce que l'on peut voir avec différentes brochures, disponibles en 2020 dans un CPEF, présentées en annexe V, qui véhiculent des informations partiellement vraies ou fausses (comme le fait qu'il soit rare de poser un DIU chez une nullipare ou que seul le médecin puisse le faire), mais qui restent des brochures anciennes. Pour pallier à cette désinformation l'Institut National pour la Promotion et l'Education pour la Santé (INPES) a élaboré un site qui regroupe des informations fiables sur la contraception : www.choisirsacontraception.fr et a lancé une campagne d'information de grande ampleur en 2011.

Parallèlement, de nombreuses personnes se sont engagées pour démystifier la contraception, c'est le cas de Martin Winckler, pseudonyme de Marc Zaffran, médecin et propriétaire d'un site internet mis à jour très régulièrement (<http://www.martinwinckler.com/>), également auteur du best-seller « Le chœur des femmes » qui remet en cause beaucoup de croyances en gynécologie. Il existe aussi de nombreux livres sur le sujet, comme « Mon guide gynéco », co-écrit par Agnès

Ledig (sage-femme) et Teddy Linet (gynécologue-obstétricien). Par ailleurs, l'éducation sexuelle est obligatoire depuis 2001 en milieu scolaire, mais reste très inégale sur le territoire, et est parfois inexistante dans certains établissements. La loi prévoit, depuis 2016, 3 séances annuelles pour chaque élève dans les écoles, collèges et lycées, bien loin de la réalité, cela représente un idéal qui permettrait de renforcer l'information. [28]

L'information est donc un facteur clé et c'est ce que l'on retrouve dans le travail de Flemming, Sokoloff et Raine : une information même succincte augmente le pourcentage d'opinion positive sur le DIU, indépendamment de la parité, et donc l'intérêt potentiel pour son utilisation ; au-delà de la désinformation, la méconnaissance entraîne une méfiance. [29]

Les gynécologues étaient les praticiens les plus sollicités (plus de 60% des cas) pour la prescription et la pose de DIU, pourtant ils sont loin d'être les praticiens les plus représentés car ils ne sont que 5 300 en France en 2019 (obstétriciens et médicaux), contre 100 000 médecins généralistes et 22 000 sages-femmes. [30, 31]

Concernant les nullipares, les difficultés dans le choix d'une contraception par DIU, bien que minoritaires, étaient bien présentes (refus de pose et/ou de prescription). C'est d'ailleurs dans le but d'y pallier que l'on retrouve une page spécialement dédiée sur <https://gynandco.wordpress.com/> : il est possible de rechercher ou de renseigner les coordonnées d'un praticien qui accepte la prescription et la pose de DIU chez les nullipares. Cet annuaire évoque d'autres discriminations dans le soin comme le racisme ou l'homophobie.

Le ressenti des nullipares concernées par la contraception par DIU semblait similaire à celui des multipares. Il y a peu d'échecs de pose, et moins d'un tiers décrivent la pose comme très douloureuse. Deux cent-seize femmes ont arrêté d'utiliser la contraception intra-utérine pour diverses raisons. Les raisons principales étaient la douleur liée à son utilisation, l'abondance des règles ou la présence de spottings dans la majorité des cas. Dans la littérature, on constate qu'en effet, les échecs semblent plus importants chez les nullipares mais sans différence significative, de même pour la douleur. Les expulsions, perforations et MIP sont comparables chez les nullipares et multipares, ainsi que le taux de poursuite d'utilisation de ce moyen de contraception.

[32]

Beaucoup de femmes ont laissé des commentaires à la fin de leur questionnaire, que ce soit pour exprimer leur satisfaction ou insatisfaction vis-à-vis de leur parcours contraceptif. Certaines confirment les freins opposés à leur choix contraceptif qu'est le DIU en tant que nullipare et font part de l'impact que peuvent avoir certains mots. Une partie de ces témoignages est présentée en annexe VI.

2) Pratiques des professionnels de santé

Sur tous les praticiens interrogés, 92,2% étaient des femmes. Cela rend difficile l'analyse des pratiques selon le sexe du praticien. Les professions de gynécologue médical ou obstétricien étaient fortement sous-représentées, impactant également l'analyse des réponses vis-à-vis de la formation (même si cela est proportionnel aux nombres de gynécologues, bien en dessous du nombre de médecins ou de sages-femmes).

L'âge des professionnels de l'échantillon était de 38,8 +/- 8,1 ans en moyenne, l'année moyenne d'obtention du diplôme était 2008 +/- 8,3. Ainsi, les praticiens interrogés ont été formés aussi bien avant qu'après l'AMM du DIU chez les nullipares et pour les sages-femmes avant et après le droit de prescription de tous les moyens contraceptifs.

La majorité (81,4%) des praticiens interrogés exerçait en libéral. Il faut donc prendre en compte le critère matériel qu'implique la pose de DIU par les praticiens interrogés (stérilisation du matériel ou obtention de kit de pose...), qui peut être un premier frein à l'accès à la contraception par DIU.

Une très nette majorité de professionnels interrogés avait l'impression d'une augmentation de la demande de contraception par DIU d'une manière générale, et aussi chez les nullipares, cette impression est en accord avec les chiffres du baromètre santé de 2016. ^[22]

Cependant, dans notre échantillon, 31,6% des praticiens ne posaient pas de DIU : la principale raison était le manque de formation ou le fait de ne pas se sentir capable (56,2%). A l'inverse, parmi ceux qui posaient des DIU, 93% en posaient également chez les nullipares. On peut donc constater que malgré le fait qu'un tiers des praticiens interrogés ne posaient pas de DIU, presque tous ceux qui proposaient cette contraception à leurs patientes le proposaient aussi aux nullipares. Près d'un tiers des praticiens suivaient les recommandations et proposaient la contraception par DIU chez la nullipare, y compris en première intention. Il apparaît que les cuivres étaient plus souvent prescrits que les SIU, et les SIU moins dosés plus souvent que le MIRENA®.

Seulement une personne sur 231 pensait que la contraception par DIU n'est pas adaptée aux nullipares. L'évaluation de la contraception par DIU et SIU chez les nullipares par les praticiens était positive puisque plus de la moitié estimaient que les patientes en sont satisfaites, et que c'est une contraception adaptée, on note cependant une légère préférence pour le DIU. Aucun praticien ne pensait que l'utilisation de DIU puisse altérer la fertilité. L'avis des praticiens a donc bien évolué depuis l'étude FECOND en 2010, puisqu'alors 69% des gynécologues et 84% des médecins généralistes pensaient que la contraception intra-utérine n'était pas adaptée aux nullipares, bien que notre échantillon soit de taille moins importante, il permet de relativiser ces chiffres. ^[20]

Plus de la moitié des praticiens pensait que la pose de DIU dépend de l'expérience professionnelle mais aussi de la patiente. Un tiers pensait que cela est plus douloureux et plus difficile chez la nullipare. Vingt pour cent des praticiens pensaient qu'il n'y a pas de différence et c'est ce qui est retrouvé dans la littérature, puisqu'il n'y a pas de différence significative mise en évidence. ^[32]

Des réticences perdurent, mais restent très minoritaires car peu de praticiens évoquaient les risques liés aux IST, aux GEU, à l'expulsion ou aux grossesses sous DIU (moins de 10%). D'ailleurs, il apparaît dans les travaux de Buhling et al datant de 2014, que les inquiétudes face au DIU sont différentes selon les pays.^[33] En France il s'agissait en premier lieu des MIP, des difficultés de pose et de la douleur lors de l'insertion.^[33] Dans notre étude, il apparaît cependant que le frein majeur de la contraception par DIU chez les nullipares n'était pas la réticence des professionnels vis-à-vis des risques que cela pourrait entraîner pour les patientes mais le manque de formation et le manque d'expérience dans la pose de DIU.

Il ne faut cependant pas négliger ces réticences, car les fausses croyances continuent d'impacter les patientes. On retrouve d'ailleurs encore sur le site du CNGOF qu'avoir des partenaires multiples est une contre-indication alors que cela ne figure pas dans leurs recommandations ^[34]. La multitude de ressources accessibles aussi bien aux patientes qu'aux praticiens impliquent que certaines ne sont pas mises à jour et continuent de véhiculer des informations erronées.

Chaque professionnel doit se tenir informé des mises à jour des recommandations et il est vrai qu'en matière de contraception, les choses ont beaucoup changé. De nombreuses réunions professionnelles sont organisées et avec la démocratisation des outils informatiques, il est désormais possible d'avoir accès à de nombreuses

conférences en ligne. En novembre 2019, Sage-Femme Pratique avait organisé un webdébat sur la contraception par DIU chez les nullipares par exemple. ^[35] Les LARC ont un intérêt majeur chez les nullipares, car ces dernières sont amenées à utiliser un moyen de contraception sur le long terme et en changeant peu. ^[36]

Le fait qu'un tiers des praticiens diplômés ne se sentait pas capable d'effectuer la pose d'un DIU implique le besoin de réfléchir à propos de la formation des professionnels de santé. Qu'il s'agisse du diplôme d'état de sage-femme, ou du diplôme d'état de docteur en médecine générale ou gynécologie, la pose de DIU fait partie des compétences qui sont considérées comme désormais acquises lors des études. Ce n'était pas le cas des sages-femmes avant 2009, et c'était aussi peut-être le cas dans la formation initiale des médecins généralistes auparavant. La possibilité de faire des formations complémentaires après l'obtention du diplôme permet de pallier à ces défauts dans la formation initiale, mais oblige de dégager du temps et des moyens financiers parfois conséquents, donc n'est pas possible pour tous.

3) Limites et biais de l'étude

Un des défauts de l'étude est d'avoir un faible taux de participation, en particulier des praticiens et surtout concernant les gynécologues, faiblement représentés ; notre échantillon ne permettant pas d'effectuer des comparaisons au sein des différentes professions. Le taux de participation n'est pas calculable car le nombre précis de personnes auxquelles les deux questionnaires ont été partagés n'est pas connu (que ce soit le nombre de personnes ayant vu les questionnaires sur les réseaux sociaux, ou le nombre de praticiens ayant reçu le lien par les mailing-listes). On peut cependant supposer que le taux de participation reste faible. En outre, la diffusion du questionnaire pour les praticiens a ciblé certains départements, malgré la volonté d'être le plus large possible, mais ne permettant pas d'atteindre de manière exhaustive tous les professionnels du territoire en question.

La diffusion via un lien internet entraîne des soucis d'ordre technique : certaines personnes ayant essayé de répondre n'ont pas réussi à ouvrir le lien ; le questionnaire étant pourtant hébergé sur wepi.org, site intéressant car proposant gratuitement un nombre illimité de réponses au moment de la diffusion (ce n'est plus le cas désormais) avec une protection et une extraction des données satisfaisantes (site conseillé par l'université de Nantes).

De plus, l'étude est impactée par des biais de sélection. Ils sont liés au fait que les personnes ayant répondu sont motivées par une volonté de donner leur avis sur la question du DIU chez les nullipares. En premier lieu, on constate que la diffusion sur Instagram a touché un public ayant déjà fait la démarche de s'informer sur la contraception en s'abonnant au compte de CharlineSageFemme ; pour ce qui est de la diffusion plus large sur Facebook, on peut supposer que les personnes qui ont répondu sont sensibles au sujet de la contraception. De même, on peut supposer que les praticiens ayant pris le temps de répondre à l'enquête sont intéressés par une telle problématique.

D'autre part, la forme de l'étude, par ses questions à choix multiple rend l'analyse de certaines questions délicate, d'autant plus que les questions sont fermées, avec des propositions anticipées qui ne sont pas exhaustives : par exemple, seules les contraceptions non définitives ont été listées, sans possibilité de répondre autre chose. Certaines réponses ont pu être induites car les propositions ne comprenaient pas la possibilité de répondre « ne sait pas ».

4) Points forts de l'étude

Le sujet abordé est une thématique très actuelle : malgré une évolution lente du paysage contraceptif en France, on constate des changements significatifs et notamment concernant la contraception par DIU. Les débats médiatiques liés à la pilule y contribuent mais on observe aussi une forte mouvance d'une manière plus générale vers le « tout naturel », un désintérêt des hormones. Le DIU au cuivre apparaît alors comme une contraception de premier choix. L'étude permet donc d'enrichir l'état des lieux des pratiques contraceptives en France.

Malgré le fait que ce n'est pas la première étude à s'intéresser à la contraception par DIU chez les nullipares, la majorité des études en France se concentrent dans la période suivant les débats médiatiques liés à la pilule. ^[20,21, 22, 36] Les plus récentes ont pour la plupart des petits échantillons de population, visant souvent les étudiantes ou les adolescentes ^[37, 38, 39, 40]. De même, beaucoup d'études ciblent sur des populations uniquement composées de médecins. ^[41, 42] De plus, peu d'études ont été menées après l'apparition des derniers modèles de contraception intra-utérine destinés aux nullipares comme le KYLEENA® ou le Ballerine®, disponibles respectivement depuis 2018 et 2019 en France.

Conclusion

Malgré son ancien nom, pouvant entraîner la méfiance des nullipares, le « sterilet » connaît une hausse d'utilisation. L'objectif de l'étude était de voir si les nullipares, 15 ans après avoir obtenu l'AMM de contraception intra-utérine, éprouvaient des difficultés à accéder à ce moyen de contraception.

Notre étude permet de montrer que l'information, bien que n'étant pas optimale, a considérablement progressé ces dernières années. De plus, parmi les praticiens proposant la contraception intra-utérine à leurs patientes, la quasi-totalité le propose également aux nullipares.

L'étude réalisée permet de soulever deux problèmes dans l'accès à la contraception d'une manière générale : l'information des patientes, en nette amélioration cependant dans notre cas, et la formation des professionnels, frein majeur en ce qui concerne la pose de DIU. De plus grands échantillons auraient permis d'avoir une plus grande représentativité, mais les difficultés observées sont celles que l'on retrouve sur tout le territoire français.

Les difficultés d'accès à la contraception ne concernent pas que les nullipares : la contraception impacte toutes les tranches d'âge en capacité de procréer et ne s'adresse pas qu'aux femmes. Bien qu'évoluant, et promettant de nouvelles perspectives (comme la contraception masculine réversible et efficace), de nombreux sujets restent délicats et c'est le cas par exemple de la contraception définitive chez les femmes jeunes et/ou sans enfant. Nous pouvons cependant constater que les évolutions récentes sont positives en ce qui concerne la contraception intra-utérine et permettent une meilleure prise en compte du choix des femmes et de leurs attentes.

Bibliographie

- [1] Organisation Mondiale de la Santé. Thème de sante, contraception. 2021. [Cité le 30/04/2021]. Disponible sur : <https://www.who.int/topics/contraception/fr/>
- [2] Larousse. Contraception. 2021. [Cité le 30/04/2021]. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/contraception/18642>
- [3] Georges Minois. Contraception et avortement dans l'antiquité. Février 1990. [Cité le 30/04/2021]. Disponible sur : <https://www.lhistoire.fr/contraception-et-avortement-dans-lantiquit%C3%A9>
- [4] Laurent Busseau. Petite histoire de la contraception médiévale. 15 janvier 2017. [Cité le 30/04/2021]. Disponible sur : <http://www.historien-sans-frontiere.com/2017/01/15/contraception-medievale/>
- [5] Sami Yassine Kassab. L'historique des méthodes de contraception à travers l'âge et le monde : la contraception en France au XXIème siècle, rôle du pharmacien d'officine. Thèse en sciences pharmaceutiques. Université de Caen Normandie. 2019. 145 pages.
- [6] Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000006696267/1967-12-29/#LEGIARTI000006696267>
- [7] Arrêté du 12 octobre 2005 modifiant l'arrêté du 23 février 2004 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes. JORF n°260 du 8 novembre 2005
- [8] LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF n°0167 du 22 juillet 2009
- [9] Organisation Mondiale de la Santé. Family Planning, A global handbook for the providers. 2018. [Cité le 30/04/2021]. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260156/9780999203705-eng.pdf?sequence=1>
- [10] Direction Générale de la Santé. Contraception : pour une prescription adaptée. Mars 2005. [Cité le 30/04/2021]. Disponible sur :

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_contraception.pdf

[11] Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France. Recommandations pour la pratique clinique : contraception. 2018. [Cité le 30/04/2021]. Disponible sur : http://www.cngof.fr/component/rsfiles/aperçu?path=Clinique/RPC/RPC%20COLLEG E/2018/CNGOF_RPC_2018-CONTRACEPTION.pdf

[12] Organisation Mondiale de la Santé. Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. 2015. [Cité le 30/04/2021]. Disponible sur :

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249591/9789242549157-fre.pdf?sequence=1>

[13] Organisation des Nations-Unies, département des affaires économiques et sociales. Contraceptive Use by Method. 2019. [Cité le 30/04/2021]. Disponible sur : https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/documents/2020/Jan/un_2019_contraceptiveusebymethod_databooklet.pdf

[14] Haute Autorité de Santé. Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. Novembre 2017. [Cité le 30/04/2021]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf

[15] Organisation Mondiale de la Santé. Guide de la planification familiale. 2009. [Cité le 30/04/2021]. Disponible sur :

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44883/9789242503753_fre.pdf?sequence=1

[16] Haute Autorité de Santé. Contraception d'urgence. 17 septembre 2019. [Cité le 30/04/2021]. Disponible sur :

https://www.has-sante.fr/jcms/c_1754842/fr/contraception-d-urgence

[17] Vulgaris médical. Nulligeste. 2021. [Cité le 30/04/2021]. Disponible sur : <https://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie-medecale/nulligeste>

[18] Haute Autorité de Santé. Contraception, fiches mémo. 2019. [Cité le 30/04/2021]. Disponible sur :

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/contraception_fiches_memo_rapport_delaboration.pdf

[19] Haute Autorité de Santé. Contraception chez la femme adulte et l'adolescente en âge de procréer. 2019. [Cité le 30/04/2021]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_mai_contraceptionfadulte-procreer-060215.pdf

[20] Nathalie Bajos, Aline Bohet, Mireille Le Guen et al. Equipe Fécond. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Population et sociétés n°492, septembre 2012. Disponible sur :

https://www.sages-femmes-orthogenistes.org/wp-content/uploads/2012/11/population_soci%C3%A9t%C3%A9_contraception_09_2012-2.pdf

[21] Nathalie Bajos, Mylène Rouzaud-Cornabas, Henri Panjo et al. Equipe Fécond. Population et sociétés n°511, mai 2014. Disponible sur :

https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/176/publi_pdf1_population_societes_2014_511_crise_pilule.fr.pdf

[22] Santé publique France. Baromètre santé 2016 : contraception. [Cité le 30/04/2021]. Disponible sur :

https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/119652/file/152114_1806.pdf

[23] International Planned Parenthood Federation. Mythes et légendes sur le DIU. 2019. [Cité le 30/04/2021]. Disponible sur : <https://www.ippf.org/blogs/myths-and-facts-about-intra-uterine-devices>

[24] Haute Autorité de Santé. Etat des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. 2013. [Cité le 30/04/2021]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf

[25] Opinion Way pour les laboratoires CCD. Les françaises et la contraception. 2019. [Cité le 30/04/2021]. Disponible sur : <https://www.opinion-way.com/fr/sondage-d-opinion/sondages-publies/opinionway-pour-ccd-laboratoire-les-francaises-et-la-contraception-septembre-2019/viewdocument/2141.html>

[26] G. S. Merki-Feld, C. Caetano, T. C. Porz & J. Bitzer. Are there unmet needs in contraceptive counselling and choice? Findings of the European TANCO Study. 2018. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 23:3, 183-193. Disponible sur :

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13625187.2018.1465546>

[27] Colleen McNicholas, Madden Tessa, Gina Secura, and Jeffrey F. Peipert, The Contraceptive CHOICE Project Round Up: what we did and what we learned. 2014. Clin Obstet Gynecol. 2014 December ; 57(4): 635–643. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4216614/>

[28] Code de l'éducation, article Article L312-16 Modifié par LOI n°2016-444 du 13 avril 2016 - art. 19 relatif à l'éducation à la santé et à la sexualité.

[29] Kendra L. Flemming, Abby Sokoloff et Tina R. Raine, Attitudes and beliefs about the intrauterine device among teenagers and young women. 2010. Contraception. Aout 2010 ; 82(2): 178–182. Disponible sur :

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3153421/pdf/nihms-227871.pdf/?tool=EBI>

[30] Profil Médecin. Chiffres clés : gynécologues - obstétriciens. 2020. [cité le 30/04/2021] ; Disponible sur : <https://www.profilmedecin.fr/contenu/chiffres-cles-gynecologue-obstetrique/>

[31] [Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Personnels et équipements de santé. 2019. [cité le 13/04/2021]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277748?sommaire=4318291>

[32] Marie Lefèvre. Contraception intra-utérine chez la femme nullipare. Revue de la littérature. Sciences du Vivant. Université de Brest. 2015. 44 pages.

[33] Kai J. Buhling, Brian Hauck, Sylvia Dermout et al. Understanding the barriers and myths limiting the use of intrauterine contraception in nulliparous women: results of a survey of European/Canadian healthcare providers. 2014. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology ; VOLUME 183, P146-154, DECEMBER 01, 2014 ; <https://www.ejog.org/action/showPdf?pii=S0301-2115%2814%2900544-2>

[34] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. La contraception : le stérilet. [Cité le 30/04/2021] Disponible sur : <http://www.cngof.fr/menu-la-contraception/305-le-sterilet>

[35] Pr Loïc SENTILHES, Sonia BOURAS, Caroline GUYADER, Dr Hortense BAFFET. 7 novembre 2019, webdébat. Sage-Femme Pratique. 2018.

[36] Anne-Laure Chanzy-Waroquet. Pourquoi les femmes ne choisissent pas plus le DIU ? Enquête auprès de femmes. Thèse en médecine générale. Gynécologie et obstétrique. Université de Grenoble. 2013. 80 pages.

[37] Caroline Verhille. Le vécu contraceptif des nullipares. Mémoire pour le diplôme d'Etat de Sage-Femme. Gynécologie et obstétrique. Université de Lille 2. 2016. 55 pages.

[38] Pauline Laurent. Dispositif intra-utérin et nullipares Enquête auprès d'étudiantes nullipares et de professionnels de santé sur Marseille et Aix-en-Provence. Mémoire pour le diplôme d'Etat de Sage-Femme. Gynécologie et obstétrique. Université d'Aix-Marseille. 2017. 41 pages.

[39] Marie Lepitre. DIU et nulliparité, la fin d'une " mauvaise réputation "?. Mémoire pour le diplôme d'Etat de Sage-Femme. Gynécologie et obstétrique. Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines. 2017. 61 pages.

[40] Mathilde Sivet. La connaissance de la contraception intra-utérine chez les étudiantes nullipares : enquête auprès de 2391 étudiantes des Universités. Université de Clermont-Auvergne. Mémoire pour le diplôme d'Etat de Sage-Femme. Gynécologie et obstétrique. 2018. 84 pages.

[41] Soline Manzo. Les médecins généralistes haut-normands proposent-ils le dispositif intra-utérin à leurs patientes nullipares ? Thèse en médecine générale. Gynécologie et obstétrique. Université de Rouen. 2018. 36 pages.

[42] Rémi Francillard. Les actes de pose de Dispositif Intra Utérin réalisés par les médecins généralistes en France en 2019. Thèse en médecine générale. Gynécologie et obstétrique. Université d'Aix-Marseille. 2020. 67 pages.

Annexes

Annexe I : Efficacité des méthodes contraceptives selon l'OMS

Contraceptive Effectiveness				
Rates of Unintended Pregnancies per 100 Women				
Family planning method	First-Year Pregnancy Rate ^a (Trussell & Aiken ^b)		12-Month Pregnancy Rate ^c (Polis et al. ^d)	Key
	Consistent and correct use	As commonly used	As commonly used	
Implants	0.1	0.1	0.6	0–0.9
Vasectomy	0.1	0.15		Very effective
Female sterilization	0.5	0.5		
Levonorgestrel IUD	0.5	0.7		1–9
Copper-bearing IUD	0.6	0.8	1.4	Effective
LAM (for 6 months)	0.9 ^e	2 ^e		
Monthly injectable	0.05 ^e	3 ^e		10–19
Progestin-only injectable	0.2	4	1.7	Moderately effective
Combined oral contraceptives	0.3	7	5.5	
Progestin-only pills	0.3	7		
Combined patch	0.3	7		20+
Combined vaginal ring	0.3	7		Less effective
Male condoms	2	13	5.4	
Standard Days Method	5	12		
TwoDay Method	4	14		
Ovulation method	3	23		
Other fertility awareness methods		15		
Diaphragms with spermicide	16	17		
Withdrawal	4	20	13.4	
Female condoms	5	21		
Spermicide	16	21		
Cervical cap ^f	26 ^e , 9 ^h	32 ^e , 16 ^h		
No method	85	85		

^a Rates largely from the United States. Data from best available source as determined by authors.
^b Trussell J and Aiken ARA. Contraceptive efficacy. In: Hatcher RA et al. Contraceptive Technology, 21st revised edition. New York, Ardent Media, 2018.
^c Rates from developing countries. Data from self-reports in population-based surveys.
^d Polis CB et al. Contraceptive failure rates in the developing world: an analysis of Demographic and Health Survey data in 43 countries. New York: Guttmacher Institute, 2016.
^e Source: Hatcher R et al. Contraceptive technology, 20th ed. New York, Ardent Media, 2011.
^f Source: Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contraception. 2004;70(2): 89–96.
^g Pregnancy rate for women who have given birth
^h Pregnancy rate for women who have never given birth

Annexe II : Questionnaire à destination des femmes (adapté au format papier)

- 1) Quel âge avez-vous ? ____
- 2) Que faites-vous dans la vie ? _____
- 3) Quel niveau d'études avez-vous ?
 - ☐ Collège (Brevet)
 - ☐ Lycée (Baccalauréat)
 - ☐ Bac +2
 - ☐ Licence ou équivalent (Bac +3)
 - ☐ Master ou équivalent (Bac +5)
 - ☐ Doctorat
 - ☐ Autre : _____
- 4) Etes-vous sexuellement active ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
- 5) Dans les 12 derniers mois, combien de partenaires sexuels avez-vous eu ?
 - ☐ 0
 - ☐ 1
 - ☐ 2
 - ☐ >2
- 6) Avez-vous des enfants ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
- 7) Quels sont les moyens de contraception dont vous connaissez le fonctionnement ? (Plusieurs réponses possibles)
 - ☐ Pilule oestro-progestative
 - ☐ Pilule progestative
 - ☐ Patch
 - ☐ Implant
 - ☐ Anneau
 - ☐ Préservatif
 - ☐ DIU cuivre
 - ☐ DIU hormonal
 - ☐ Diaphragme
 - ☐ Cape cervicale
 - ☐ Spermicide
 - ☐ Progestatif Injectable
 - ☐ Retrait
 - ☐ Etude de la glaire cervicale
 - ☐ Courbe de température
 - ☐ Abstinence en période féconde
 - ☐ Aucun
- 8) Utilisez-vous un moyen de contraception ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non

Si oui : lequel ou lesquels ?

- ☐ DIU hormonal
- ☐ DIU au cuivre
- ☐ Pilule oestroprogestative
- ☐ Pilule progestative
- ☐ Patch
- ☐ Anneau
- ☐ Implant (Nexplanon)
- ☐ Préservatif
- ☐ Cape cervicale
- ☐ Diaphragme
- ☐ Progestérone Injectable
- ☐ Spermicides
- ☐ Abstinence en période féconde
- ☐ Retrait
- ☐ Etude de la glaire cervicale
- ☐ Courbe de température

En êtes-vous satisfaite ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si vous n'êtes pas satisfaite, pourquoi ?

- ☐ Effets indésirables
- ☐ Ne me convient pas (Oubli, inconfort...)
- ☐ Autre : _____

Si non : pour quelle raison n'avez-vous pas de contraception ? (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Vous n'en avez pas besoin
- ☐ Vous n'en avez pas envie
- ☐ Vous ne trouvez pas le moyen de contraception qui vous correspond
- ☐ Autre : _____

Si vous deviez vous tourner vers un moyen de contraception, lequel ou lesquels serait-ce ?

- ☐ Pilule oestro-progestative
- ☐ Pilule progestative
- ☐ Patch
- ☐ Implant
- ☐ Anneau
- ☐ Préservatif
- ☐ DIU cuivre
- ☐ DIU hormonal
- ☐ Diaphragme
- ☐ Cape cervicale
- ☐ Spermicide
- ☐ Progestérone Injectable
- ☐ Retrait
- ☐ Etude de la glaire cervicale
- ☐ Courbe de température
- ☐ Abstinence en période féconde
- ☐ Aucun

9) Quel(s) moyen(s) de contraception avez-vous utilisé auparavant ? (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Aucun
- ☐ DIU hormonal
- ☐ DIU au cuivre
- ☐ Pilule oestroprogestative
- ☐ Pilule progestative
- ☐ Patch
- ☐ Anneau
- ☐ Implant (Nexplanon)
- ☐ Préservatif
- ☐ Diaphragme
- ☐ Cape cervicale
- ☐ Progestérone injectable
- ☐ Spermicides
- ☐ Retrait
- ☐ Abstinence en période féconde
- ☐ Etude de la glaire cervicale
- ☐ Courbe de température
- ☐ Aucun

10) Pour les femmes ayant des enfants et ayant eu un DIU, avez-vous eu un DIU avant d'avoir des enfants ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

- 11) Pour les femmes ayant eu un DIU, pour quelle raison avez-vous arrêté d'utiliser ce moyen de contraception ?
- Infection génitale
 - Grossesse extra-utérine
 - Baisse de libido
 - Saignements irréguliers (spottings)
 - Règles très abondantes
 - Absence de règles
 - Douleur importante
 - Prise de poids
 - Autre
- 12) Quel(s) est(sont le(s) critère(s) du choix d'un moyen de contraception pour vous ?
- Contraception de longue durée
 - Contraception de courte durée
 - Pas d'oubli possible
 - Peu/pas d'effets indésirables
 - Contraception moins chère
 - Contraception sans hormones
 - Contraception plus efficace
 - Autre : _____
- 13) A- Pensez-vous qu'une femme qui n'a jamais eu d'enfant puisse avoir un DIU ?
- Oui
 - Non
- B- Si non, pourquoi pensez-vous que cela n'est pas possible ? (Plusieurs réponses possibles)
- Risque d'infection
 - Risque de stérilité
 - Pose difficile
 - Pose douloureuse
 - Douleurs possibles pendant et en dehors des règles
 - Entraîne des saignements importants pendant les règles et en dehors des règles
 - Risque que le DIU ne reste pas en place
 - Douleurs pendant les rapports sexuels
 - Autre : _____
- C- Comment avez-vous eu cette information ? (Plusieurs réponses possibles)
- Par mon médecin généraliste
 - Par mon gynécologue
 - Par ma sage-femme
 - Par des copines
 - Par la presse féminine
 - Par internet (forums, sites d'informations...)
 - Par les réseaux sociaux (Instagram, Facebook, twitter, Snapchat,...)
 - Autre : _____

SI VOUS N'AVEZ PAS DE DIU, LE QUESTIONNAIRE S'ARRETE ICI

Si vous avez un DIU = stérilet

- 14) Qui vous l'a prescrit ?
- Mon médecin traitant
 - Mon gynécologue
 - Ma sage-femme
 - Un praticien d'un service de médecine universitaire
 - Un praticien d'un centre de planification

- 15) Qui vous l'a posé ? (deux réponses à sélectionner)
- ☐ Un médecin traitant
 - ☐ Un gynécologue
 - ☐ Une sage-femme
 - ☐ Le praticien qui me l'a prescrit
 - ☐ Un autre praticien
- 16) Est-ce que l'obtention d'un rendez-vous pour la pose a été difficile à obtenir ?
- ☐ Pas de souci particulier
 - ☐ Délai très long avec mon gynécologue/ma sage-femme/mon médecin habituel, donc je suis allée voir quelqu'un d'autre
 - ☐ Délai très long avec mon praticien habituel, mais j'ai attendu
 - ☐ Autre : _____
- 17) Si vous n'avez pas d'enfant, avez-vous rencontré des obstacles à ce choix de contraception ?
- ☐ Le praticien qui me suit n'en pose pas chez les femmes qui n'ont pas d'enfant
 - ☐ Le praticien qui me suit a refusé de m'en prescrire un
 - ☐ Je n'ai pas eu de difficultés particulières avec mon praticien habituel
 - ☐ Je n'ai pas eu de difficultés avec un autre praticien
 - ☐ Autre : _____
- 18) Comment s'est passée la pose ? (Plusieurs réponses possibles)
- ☐ Sans particularité
 - ☐ Très douloureuse
 - ☐ Inconfortable / Un peu douloureuse
 - ☐ Pas réussie du premier essai
 - ☐ Autre : _____
- 19) Vous a-t-on parlé d'Infection Sexuellement Transmissible avant la pose ?
- ☐ Oui
 - ☐ Non
- 20) Vous a-t-on parlé de ce qu'est une grossesse extra-utérine ?
- ☐ Oui
 - ☐ Non
- 21) A- Vous a-t-on informée des Effets Indésirables potentiels ?
- ☐ Oui
 - ☐ Non
- B- Lesquels ? (Plusieurs réponses possibles)
- ☐ Règles plus abondantes
 - ☐ Règles plus douloureuses
 - ☐ Prise de poids
 - ☐ Acné
 - ☐ Spottings (saignements de temps en temps, en dehors des règles)
 - ☐ Baisse de la libido
 - ☐ Autre : _____

Commentaire libre : _____

Annexe III : Fiche d'information jointe au questionnaire pour les femmes



Quelques questions autour du DIU

Voici une petite fiche, pour **répondre aux questions que vous pouvez vous poser suite à mon questionnaire.**

Le dispositif intra-utérin, qu'il soit au cuivre ou hormonal, fait partie des contraceptions les plus efficaces. Il y a très peu de contre-indications et le fait de ne pas avoir eu d'enfant ou l'âge n'en sont pas.

Comme pour tous les moyens contraceptifs, on retrouve des avantages et des inconvénients. Le choix d'un moyen de contraception devant être fait avec une information la plus complète possible, il y a beaucoup de choses à aborder.

La présence d'effets indésirables est très variable selon les patientes.

Dans mon questionnaire j'ai abordé la grossesse extra-utérine et les infections sexuellement transmissibles et peut être que vous vous demandez pourquoi :

Qu'est-ce une grossesse extra-utérine ? Quel rapport avec le DIU ?

Une grossesse extra-utérine est une grossesse qui se développe en dehors de l'utérus, généralement dans les trompes de Fallope, mais cela peut aussi arriver dans les ovaires, dans le col de l'utérus, dans l'abdomen... En France, on considère que 2% des grossesses sont extra-utérines (14000 par an).

Les grossesses extra-utérines ne sont pas si rares, il faut donc en être informée, d'autant plus que les conséquences peuvent être graves : si le corps n'élimine pas la grossesse tout seul, on peut donner des médicaments pour aider mais parfois il faut retirer chirurgicalement la grossesse qui se développe au mauvais endroit, et donc retirer une trompe, un ovaire etc....

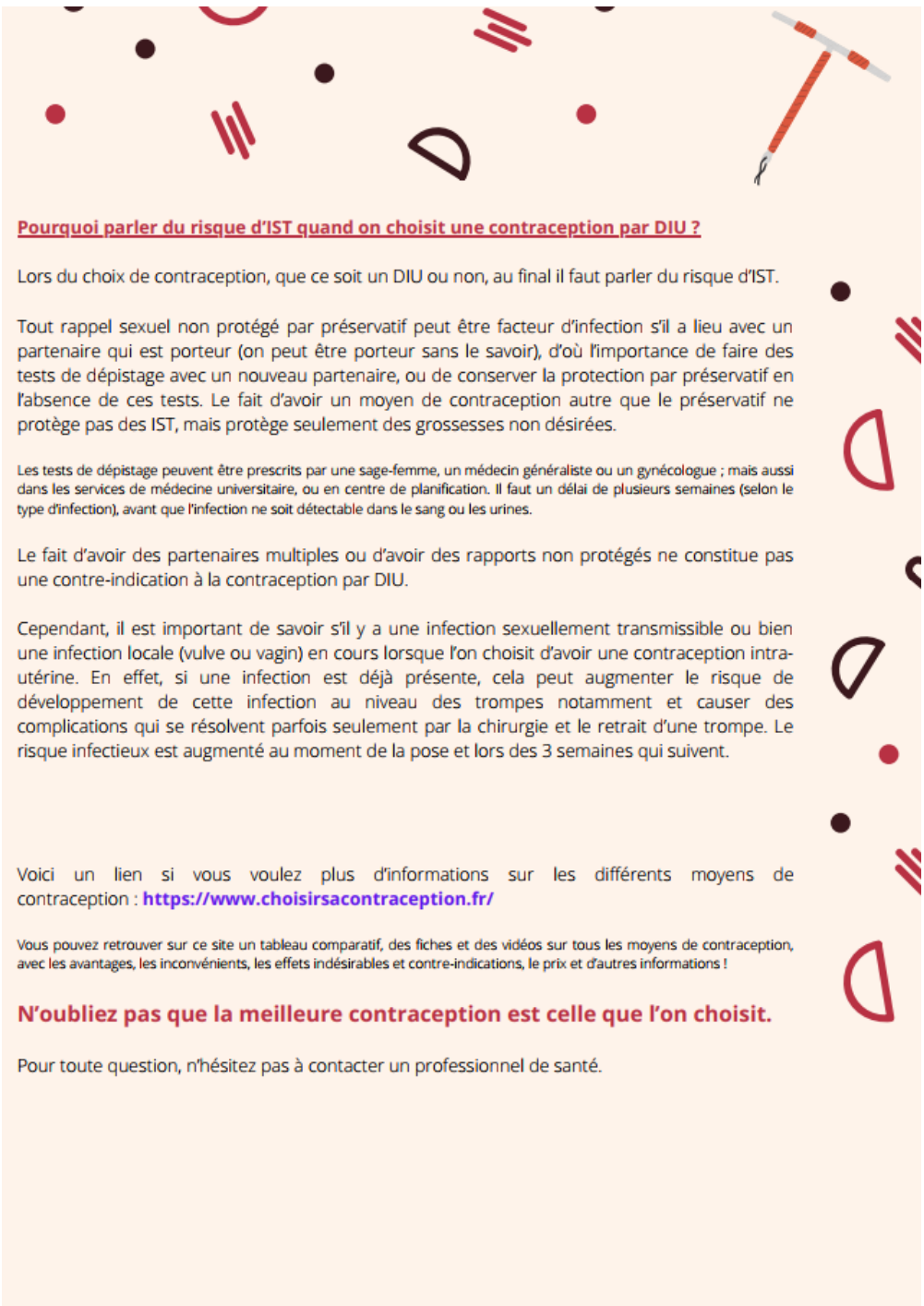
Certains facteurs favorisent ces grossesses en dehors de l'utérus :

- Le tabac (car il entraîne une mobilité diminuée de la trompe, qui a pour but d'acheminer l'ovocyte fécondé vers l'utérus)
- Les infections sexuellement transmissibles (ces infections peuvent toucher les trompes, et altérer leur mobilité également, ou les boucher) ainsi que d'autres infections (tuberculose...)
- Les chirurgies de la trompe ou de l'abdomen et plus globalement toutes les maladies qui touchent ces régions (endométriose...)
- L'âge (plus on est âgée, moins les trompes fonctionnent bien)
- Certains médicaments
- La fécondation in vitro

Le Dispositif Intra Utérin est considéré à tort comme un facteur pouvant causer ces grossesses en dehors de l'utérus. En réalité, comme il diminue le taux de grossesse de façon très importante (c'est un moyen de contraception très efficace), il diminue donc le risque de grossesse extra-utérine, mais lorsqu'une grossesse survient avec un stérilet, dans 50% des cas elle sera en dehors de l'utérus.

Ce n'est pas facile d'identifier une cause de ces grossesses en dehors de l'utérus, souvent il y a plusieurs facteurs.



The background of the page is a light orange color. It is decorated with various abstract shapes in dark red and black, including circles, lines, and semi-circles. A stylized pencil with a red eraser and a black tip is positioned in the upper right corner.

Pourquoi parler du risque d'IST quand on choisit une contraception par DIU ?

Lors du choix de contraception, que ce soit un DIU ou non, au final il faut parler du risque d'IST.

Tout rapport sexuel non protégé par préservatif peut être facteur d'infection s'il a lieu avec un partenaire qui est porteur (on peut être porteur sans le savoir), d'où l'importance de faire des tests de dépistage avec un nouveau partenaire, ou de conserver la protection par préservatif en l'absence de ces tests. Le fait d'avoir un moyen de contraception autre que le préservatif ne protège pas des IST, mais protège seulement des grossesses non désirées.

Les tests de dépistage peuvent être prescrits par une sage-femme, un médecin généraliste ou un gynécologue ; mais aussi dans les services de médecine universitaire, ou en centre de planification. Il faut un délai de plusieurs semaines (selon le type d'infection), avant que l'infection ne soit détectable dans le sang ou les urines.

Le fait d'avoir des partenaires multiples ou d'avoir des rapports non protégés ne constitue pas une contre-indication à la contraception par DIU.

Cependant, il est important de savoir s'il y a une infection sexuellement transmissible ou bien une infection locale (vulve ou vagin) en cours lorsque l'on choisit d'avoir une contraception intra-utérine. En effet, si une infection est déjà présente, cela peut augmenter le risque de développement de cette infection au niveau des trompes notamment et causer des complications qui se résolvent parfois seulement par la chirurgie et le retrait d'une trompe. Le risque infectieux est augmenté au moment de la pose et lors des 3 semaines qui suivent.

Voici un lien si vous voulez plus d'informations sur les différents moyens de contraception : <https://www.choisirsacontraception.fr/>

Vous pouvez retrouver sur ce site un tableau comparatif, des fiches et des vidéos sur tous les moyens de contraception, avec les avantages, les inconvénients, les effets indésirables et contre-indications, le prix et d'autres informations !

N'oubliez pas que la meilleure contraception est celle que l'on choisit.

Pour toute question, n'hésitez pas à contacter un professionnel de santé.

Annexe IV : Questionnaire à destination des praticiens (adapté au format papier)

- 1) Vous êtes___ ?
 - Un homme
 - Une femme
- 2) Quel âge avez-vous ? _____
- 3) Quelle profession exercez-vous ?
 - Médecin généraliste
 - Sage-femme
 - Gynécologue-obstétricien
 - Gynécologue-médical
- 4) Dans quel type de structure ? (Plusieurs réponses possibles)
 - Cabinet en ville
 - Structure hospitalière publique ou privée (hors CPEF ou planning)
 - CPEF ou Planning familial
 - SUMPPS
- 5) En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ? _____
- 6) Posez-vous des DIU ?
 - Oui
 - Non
- 7) Si non, pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles)
 - Je n'ai pas de formation / Je ne m'en sens pas capable
 - Je n'en ai pas envie
 - Je ne fais pas de consultation de contraception
 - Autre : _____
- 8) Posez-vous des DIU aux nullipares ?
 - Oui
 - Non
- 9) Que pensez-vous de la pose de DIU chez les nullipares ? (Plusieurs réponses possibles)
 - Je ne pense pas que cela soit adapté au col et à l'utérus des nullipares
 - Je pense que la pose est techniquement plus difficile
 - Je pense que la pose est plus douloureuse/inconfortable que pour une patiente multipare
 - Je pense que cela dépend de l'expérience du praticien
 - Je pense que cela dépend des patientes
 - Je pense qu'il n'y a pas de différence par rapport aux multipares
 - Autre : _____
- 10) Dans quelles situations proposez-vous ce moyen de contraception aux nullipares ? (Plusieurs réponses possibles)
 - Je leur propose systématiquement lors du choix de la contraception, y compris en 1^{ère} intention
 - Seulement lors d'échec d'autres moyens de contraception
 - Seulement sur demande de la patiente
 - Jamais
 - Autre : _____
- 11) Selon votre pratique, quels sont les modèles que vous prescrivez le plus souvent ? (Plusieurs réponses possibles)
 - Les DIU hormonaux (Mirena, Kyleena ou Jaydess)
 - Les DIU hormonaux mais seulement les plus faiblement dosés (Kyleena ou Jaydess)
 - Les DIU au cuivre
 - Je prescris autant de cuivre que d'hormonaux
 - Je prescris selon la demande de la patiente, sans préférence

12) Comment évaluez-vous cette méthode contraceptive chez les patientes nullipares ? (Plusieurs réponses possibles)

A – Pour les DIU au cuivre :

- ☐ Je trouve que cette contraception est adaptée
- ☐ Il y a beaucoup de demandes de retrait
- ☐ Il y a beaucoup d'expulsions spontanées
- ☐ Les patientes sont satisfaites dans l'ensemble
- ☐ Il y a beaucoup d'effets indésirables (saignements, douleurs)
- ☐ Il y a beaucoup de grossesses sous DIU
- ☐ Il y a beaucoup de GEU
- ☐ Il y a un risque important vis-à-vis des IST
- ☐ Il y a un risque d'altération de la fertilité
- ☐ Autre : _____

B – Pour les DIU hormonaux :

- ☐ Je trouve que cette contraception est adaptée
- ☐ Il y a beaucoup de demandes de retrait
- ☐ Il y a beaucoup d'expulsions spontanées
- ☐ Les patientes sont satisfaites dans l'ensemble
- ☐ Il y a beaucoup d'effets indésirables (saignements, douleurs)
- ☐ Il y a beaucoup de grossesses sous DIU
- ☐ Il y a beaucoup de GEU
- ☐ Il y a un risque important vis-à-vis des IST
- ☐ Il y a un risque d'altération de la fertilité
- ☐ Autre : _____

13) Avez-vous l'impression que la demande de contraception par DIU est en augmentation ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

14) Avez-vous l'impression que les nullipares sont plus en demande de ce moyen de contraception qu'auparavant ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Commentaire Libre : _____

Annexe V : Brochures d'informations



2006 – www.contractions.org/ et les CPEF de Loire-Atlantique



2006 – MFPP, CIDEF, Espace Simone de Beauvoir, AIDES, DDASS, Mission Santé Publique de la ville de Nantes et Sida Info Service

Annexe VI : Témoignages

« Lorsque je n'avais pas d'enfants, j'avais demandé à ma gynécologue de me poser un diu. Elle avait refusé en me disant que pour les nullipares cela se faisait en milieu hospitalier [...]. Traumatisée par cette phrase je n'ai jamais pu franchir le pas. »

« Je ne veux pas remettre en cause le travail des gynécologues, mais dans ma région j'ai dû en appeler 5 ou 6 vers mes 25 ans pour me voir refuser systématiquement l'accès au DIU en cuivre car pas encore d'enfant. On ne laisse pas le choix de la contraception à la femme, c'est assez déplorable. »

« Je ne pensais pas qu'il existait autant de moyens de contraception. Ils sont apparemment très peu présentés aux (jeunes) femmes et c'est bien dommage. J'ai toujours pris la pilule car on ne m'a jamais proposé autre chose. Je commence seulement à remettre ce « choix » en question... ».

Résumé :

Contexte et Objectifs

La contraception par DIU chez les nullipares a obtenu l'AMM en 2004. Depuis, le paysage contraceptif et les pratiques ont évolué. L'objectif de l'étude était d'observer les freins à la contraception par DIU chez les nullipares, que ce soit au niveau des croyances des femmes ou des pratiques des professionnels.

Matériels et Méthode

Un questionnaire a été diffusé aux femmes via les réseaux sociaux, un autre aux médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues, par mail.

Résultats

1673 femmes ont répondu au questionnaire, 7,4% d'entre elles pensaient que la contraception par DIU chez les nullipares n'est pas possible, ce qui témoigne d'une amélioration de l'information, bien loin des 54% de l'étude FECOND réalisée en 2010. La satisfaction des nullipares utilisant les DIU et SIU était importante, ces dernières étant désormais rarement confrontées à des refus de pose et de prescription.

Parmi les 231 praticiens interrogés, 68,4% d'entre eux posaient des DIU, dont la quasi-totalité le proposaient également aux nullipares. Parmi les professionnels qui ne posent pas de DIU, la moitié ne se sentait pas assez formée.

Conclusion

Les croyances et réticences concernant la contraception par DIU chez les nullipares ont fortement diminué ces dernières années mais l'information n'est pas optimale et les professionnels ne s'estiment pas assez formés.

Mots-clés

DIU – Nulliparité – Pratiques professionnelles – Information - Contraception