



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

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



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



MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Réalisé au sein de
L'Université Claude Bernard – Lyon 1
UFR de médecine et maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux

ANALYSE DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DES SAGES-FEMMES CONCERNANT LA POSE DE DISPOSITIFS INTRA-UTÉRINS CHEZ LES PATIENTES NULLIPARES

ALIBERT Tiffany
06/03/1996
Promotion 2017-2021

Dr PROST Véronique
Mme BONHOURE Paola

Directrice de mémoire
Sage-femme enseignante

ANALYSE DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES
DES SAGES-FEMMES CONCERNANT LA POSE DE
DISPOSITIFS INTRA-UTÉRINS CHEZ LES PATIENTES
NULLIPARES

ALIBERT Tiffany
06/03/1996
Promotion 2017-2021
Diplôme d'État de Sage-Femme

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Véronique Prost, ma directrice de mémoire, pour avoir accepté de me guider dans ce travail de fin d'étude, pour sa réactivité hors normes ainsi que pour tout le temps qu'elle m'a consacré.

Merci à toutes les formatrices de l'école pour leur aide, leur disponibilité et leur gentillesse, et plus particulièrement à Françoise Morel pour sa compréhension sans mesure.

À Paola Bonhoure, pour son immense implication dans ce travail, sa réactivité, son aide dans les moments de doutes si nombreux que j'ai pu connaître, son humour et son incroyable gentillesse.

Le plus grand des remerciements à ma famille et plus particulièrement mes parents, sans qui tout cela n'aurait jamais été possible. Vous avez toujours été d'un soutien sans faille, merci de m'avoir apporté tant d'amour et d'avoir cru en moi à chaque instant. Vous êtes ma plus grande force, et voir la fierté dans vos yeux est mon plus beau cadeau.

À Pauline, pour ce soutien dont tu fais preuve depuis tant d'années. Comme tu l'as si bien dit, tu es la sœur que je n'ai jamais eue. Merci d'avoir partagé les plus grands fous rires de ma vie et d'avoir rendu cette folle aventure qu'était la PACES bien moins difficile.

À Lisa, ma plus belle rencontre de cette formation maïeutique. Tu as réellement été mon pilier durant ces quatre années, toujours présente dans les moments les plus agréables comme les plus difficiles de ma formation. Merci infiniment de m'avoir fait rire, de m'avoir soutenue, encouragée, motivée, réconfortée un nombre incalculable de fois, et d'avoir accouru sans la moindre hésitation lorsque j'en avais besoin. Je n'aurais jamais pu arriver jusque-là sans toi.

À mes amies depuis plus de 20 ans, Charlotte et Clémentine, pour leur joie de vivre, leur soutien infailible et leurs encouragements. Merci d'avoir cru en moi toutes ces années.

À Ysalie, Fanny, Coline, Caroline et Clémence, pour m'avoir tant fait rire, m'avoir soutenue et encouragée particulièrement cette dernière année.

Enfin, à William, sans qui je n'aurais jamais pu y arriver. Merci pour ton amour, pour avoir été un tel soutien, m'avoir fait rire chaque jour et avoir été l'épaule sur laquelle j'ai pu pleurer après des journées difficiles. Merci d'avoir toujours cru en moi, en particulier quand moi-même je n'y croyais plus.

1 Table des matières

| | |
|--|-----------|
| GLOSSAIRE | 1 |
| INTRODUCTION | 5 |
| 1 MATERIEL ET METHODES | 11 |
| 1.1 TYPE D'ETUDE | 11 |
| 1.2 MODE DE DIFFUSION | 11 |
| 1.3 POPULATION..... | 12 |
| 1.3.1 Critères d'inclusion | 12 |
| 1.3.2 Critère de non-inclusion..... | 12 |
| 1.3.3 Critère de sortie d'étude | 12 |
| 1.4 RESULTATS ET STATISTIQUES..... | 13 |
| 2 PRESENTATION DES RESULTATS | 17 |
| 2.1 PROFIL DU PROFESSIONNEL DE SANTE..... | 17 |
| 2.1.1 L'âge..... | 17 |
| 2.1.2 L'année d'obtention du diplôme d'État de Sage-Femme..... | 17 |
| 2.1.3 Milieu d'exercice médical | 17 |
| 2.1.4 Année d'introduction de consultations gynécologiques dans la pratique | 18 |
| 2.1.5 Suivi d'une formation complémentaire de gynécologie depuis l'obtention du DE de SF | 18 |
| 2.1.6 Type de formation | 18 |
| 2.2 PRATIQUES PROFESSIONNELLES GLOBALES EN CONTRACEPTION | 19 |
| 2.3 LE DIU | 20 |
| 2.3.1 Concernant les professionnels ne posant pas de DIU | 20 |
| 2.3.2 Formations et ressources pour la pose de DIU | 23 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 2.3.3 | <i>DIU et nulliparité</i> | 27 |
| 3 | DISCUSSION | 37 |
| 3.1 | FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE | 37 |
| 3.1.1 | <i>Les points forts</i> | 37 |
| 3.1.2 | <i>Les points faibles</i> | 37 |
| 3.2 | INFLUENCE DE L'ECHANTILLON SUR LES PRATIQUES OBSERVEES | 39 |
| 3.3 | LA PLACE DU DIU DANS LES CONDUITES A TENIR DES SAGES-FEMMES | 41 |
| 3.4 | ASPECTS PRATIQUES DE LA POSE DU DIU | 42 |
| 3.5 | FORMATIONS ET RESSOURCES POUR LA POSE DE DIU | 44 |
| 3.6 | PRESCRIPTION DU DIU CHEZ LES PATIENTES NULLIPARES | 47 |
| 3.7 | POSE DU DIU CHEZ LES PATIENTES NULLIPARES | 52 |
| | CONCLUSION | 63 |
| | REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES | 69 |
| | ANNEXES | 75 |

Glossaire

AINS = Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens

ANAES (remplacée par la HAS en août 2004) = Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

ANSM = Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

BERCER (méthode) = Bienvenue, Entretien, Renseignements, Choix, Explications, Retour

CNGOF = Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

COVID19 = COronaVirus Disease 2019

CPEF = Centre de Planification et d'Éducation Familiale

CSAPA = Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DE = Diplôme d'État

DIU = Dispositif Intra-Utérin

DREES = Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

GEU = Grossesse Extra-Utérine

HAS = Haute Autorité de Santé

HPST (loi) = Hôpital Patients Santé et Territoires

HPV = Human PapillomaVirus

IST = Infection Sexuellement Transmissible

IUB = IntraUterine Ball

IVG = Interruption Volontaire de Grossesse

OMS = Organisation Mondiale de la Santé

PMI = Protection Maternelle et Infantile

RCP = Résumé des Caractéristiques du Produit

SF = Sage-Femme

SIU = Système de diffusion Intra-Utérin

TANCO (étude) = Thinking About Needs in COntraception

Introduction

Introduction

Pourquoi encore aujourd'hui certaines patientes nullipares se voient-elles refuser une pose de DIU par les professionnels ? C'est la question qui a motivé ce mémoire, puisque j'ai moi-même entendu des patientes me faire part de cette expérience.

En effet, il est fréquent, dans notre entourage, de rencontrer des femmes qui se sont vu refuser cette pose au prétexte de leur nulliparité. Un mémoire réalisé en 2018 « Nulliparité et dispositif intra-utérin : motivations et expériences des nullipares » (1), montre que 39,2% des patientes interrogées ont dû changer de praticien pour pouvoir bénéficier d'une pose de DIU.

D'après ce même mémoire, les problèmes d'observance vis-à-vis de leur contraception antérieure avaient poussé 50% des femmes interrogées à choisir un DIU. Au total, 29% des femmes ayant participé à l'étude signalaient des oublis fréquents de pilules.

Or, en France, le taux d'IVG continue d'augmenter. En 2019, on retrouvait un total de 232 200 IVG, soit 15,6 IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans en métropole et 28,2 IVG pour 1000 femmes dans les départements et régions d'outre-mer (DROM). D'après la DREES, ce taux était alors à son niveau le plus élevé depuis 1990 (2).

L'une des explications pourrait-être une inadéquation entre la méthode contraceptive utilisée et l'efficacité pratique de cette dernière.

De nombreuses études ont été réalisées afin d'évaluer si les femmes avaient plutôt tendance à choisir un contraceptif réversible à action prolongée tel qu'un DIU, si on leur en offrait la possibilité. C'est le cas par exemple de l'étude américaine « Choice » (3), réalisée en 2010, qui avait pour objectif de fournir gratuitement la contraception de leur choix aux patientes après leur avoir apporté une information détaillée. Les résultats ont démontré que 75% des femmes choisissent alors une contraception réversible à action prolongée.

C'est également le cas d'une étude européenne plus récente, l'étude « TANCO » (4), publiée en 2018, qui a démontré que 73% des femmes interrogées envisageraient ce type de contraceptif à action prolongée si elles recevaient une information adaptée de la part des professionnels de santé. Ainsi, on s'aperçoit que l'engouement des femmes pour ces méthodes contraceptives est toujours fortement d'actualité.

Pourquoi alors persiste-t-il encore, de la part de certains professionnels, ce refus de pose de DIU chez les patientes nullipares ?

D'après cette étude « TANCO » (4), les professionnels sous-estimerait fortement les besoins et attentes des patientes en matière de contraception.

De plus, d'après un mémoire de 2014, « DIU et nulliparité : représentations et évaluations des pratiques chez les gynécologues médicaux libéraux de la région Rhône-Alpes » (5), 32% des gynécologues pensent que le DIU au cuivre ne peut pas être utilisé en première intention chez une patiente nullipare ; 90% sont d'accord pour dire que l'indication principale de la pose de DIU au cuivre chez les patientes nullipares est la contre-indication aux contraceptifs hormonaux. Seulement 61% des gynécologues estiment que la demande de la patiente est une indication suffisante pour la pose d'un DIU au cuivre chez une nullipare, et 5% estiment qu'aucune indication ne justifie une pose de DIU chez une patiente nullipare.

Or, en décembre 2004, il y a donc plus de 15 ans, l'ANAES informait que les DIU n'étaient pas uniquement destinés aux multipares. Elle précisait qu'il s'agissait d'une méthode contraceptive de 1^{ère} intention pour toutes les femmes (6).

De plus, dans ses recommandations de 2013, la HAS affirme que les DIU sont à proposer à toutes les femmes, quelle que soit leur parité (nullipares comprises), dès lors que les contre-indications à la pose, les risques infectieux, le risque de grossesse extra-utérine et les situations à risque ont été écartés (7).

D'après un état des lieux de la HAS cette même année (8), le DIU serait utilisé par 1 femme sur 5. Néanmoins, malgré les recommandations émises dès 2004 (6), ce taux d'utilisation resterait fortement lié à la parité : seulement 1% de ces femmes seraient des nullipares (8).

De nombreuses études réalisées sur ce sujet concernent les gynécologues, or les sages-femmes ont vu leurs compétences s'élargir avec la loi HPST du 21 juillet 2009 (9) où elles se sont vu autoriser la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention. La question que l'on peut alors se poser est :

Qu'en est-il des pratiques des sages-femmes concernant la pose de DIU chez les patientes nullipares ?

Serait-il possible que, malgré l'élargissement de leurs compétences en 2009 (9), ainsi que le rappel des recommandations plutôt récent en 2013 (7), un certain nombre d'entre elles se sentent en difficultés, que ce soit de façon théorique ou pratique, lors de la pose de DIU ?

Sont-elles réticentes à la prescription et à la pose du DIU comme méthode contraceptive notamment chez les patientes nullipares pour diverses raisons, comme le fait de ne pas se sentir à l'aise dans la réalisation de ce geste technique ?

Persiste-t-il dans les croyances des sages-femmes l'idée d'une ancienne contre-indication formelle à la pose de DIU chez les nullipares, entraînant alors une représentation erronée du DIU comme contraceptif non adapté à ces patientes ?

L'objectif principal de cette étude sera donc d'analyser la pratique des sages-femmes de la région Auvergne Rhône-Alpes au travers des réponses à un questionnaire concernant la pose de DIU chez les patientes nullipares. Nous chercherons également les potentiels freins à cette pose, en analysant l'hétérogénéité des limites rencontrées par les sages-femmes interrogées, en fonction de l'année d'obtention de leur diplôme ou encore des potentielles formations réalisées. Nous essayerons également de démontrer s'il existe, d'après les sages-femmes, un type de DIU plus adapté qu'un autre pour les patientes nullipares.

I. Matériel et méthodes

1 Matériel et méthodes

1.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative descriptive.

Cette étude se présente sous la forme d'un questionnaire (annexe 1), créé en août et septembre 2020 et mis en ligne le 14 octobre 2020 par l'intermédiaire du logiciel Google Forms.

Ce questionnaire comprend au total 33 questions (26 questions fermées, 5 questions semi-ouvertes et 2 questions ouvertes), regroupées en 7 sections :

- « Profil du professionnel de santé » composée de 7 questions
- « Contraception » composée de 3 questions
- « DIU » composée de 5 questions
- « Formations et ressources pour la pose de DIU » composée de 7 questions
- « Prescription du DIU chez les patientes nullipares » composée de 3 questions
- « Pose de DIU chez les patientes nullipares » composée de 7 questions
- « Conclusion » composée de 1 question

Un document d'informations préalables au traitement des données (annexe 2) a été joint en début de questionnaire à l'attention des participants.

1.2 Mode de diffusion

Le lien de ce questionnaire a été envoyé par mail à partir du 14 octobre 2020 à chaque Conseil départemental de l'Ordre des Sages-Femmes de la région Auvergne-Rhône-Alpes, avec une demande de transmission aux sages-femmes du département inscrites au tableau de l'Ordre des Sages-Femmes.

1.3 Population

Ce questionnaire était à l'origine destiné aux sages-femmes des départements de l'Ain et du Rhône. Les conseils départementaux de l'Ordre des Sages-Femmes ont donc été contactés par mail afin de leur demander de relayer le lien du questionnaire en ligne à toutes les sages-femmes de ces deux départements. Néanmoins, au vu des avis des présidentes des conseils concernant le potentiel faible taux de réponses durant cette période difficile de la COVID-19, la demande a été élargie aux conseils départementaux de l'Ordre des Sages-Femmes de toute la région Auvergne-Rhône-Alpes. Par ailleurs, du fait des retours parfois tardifs et du manque considérable de réponses, toutes les sages-femmes libérales dont les adresses mails étaient renseignées sur le site de l'Ordre des Sages-Femmes ont été contactées directement par mail pour participer à cette étude.

Ainsi, d'après les rapports d'effectifs de sages-femmes publiés par la DREES (10), les plus récents datant de 2018, 3099 sages-femmes ont été ciblées par cette étude.

L'accès au questionnaire a été clôturé le 30 décembre 2020.

1.3.1 Critères d'inclusion

- Sage-femme exerçant dans la région Auvergne-Rhône-Alpes, quel que soit le milieu médical dans lequel elle exerce.

1.3.2 Critère de non-inclusion

- Sage-femme n'exerçant actuellement pas dans la région Auvergne-Rhône-Alpes.
- Autres professions médicales.

1.3.3 Critère de sortie d'étude

- Sage-femme ayant renvoyé le questionnaire de manière incomplète.
- Sage-femme ayant renvoyé le questionnaire mais indiquant ne pas ou ne plus pratiquer de suivi gynécologique.

Le sexe des participants n'a pas été demandé, il est ainsi impossible de savoir si des hommes ont également répondu à ce questionnaire. De ce fait, tout au long de cette étude, nous parlerons des sages-femmes au féminin, le mot en lui-même étant féminin, mais sans aucune discrimination envers les sages-femmes de sexe masculin ayant potentiellement participé à cette étude.

De plus, le terme DIU sera utilisé de manière générale pour parler à la fois des DIU au cuivre ainsi que des SIU.

1.4 [Résultats et statistiques](#)

Tous les calculs de statistiques réalisés dans cette étude ont été effectués sur le site internet BiostaTGV, via des tests du Chi² et des tests exacts de Fisher. Les résultats en pourcentages, calculés dans cette étude, ont été arrondis au dixième.

II. Résultats

2 Présentation des résultats

Sur les 3099 sages-femmes de la région Auvergne-Rhône-Alpes ciblées dans cette étude (10), nous avons recueilli 332 réponses au total (toutes obtenues en ligne), soit un taux de participation de 10,7%. Néanmoins, 81 réponses (24,4%) contenaient un critère de sortie d'étude, celui de ne pas pratiquer de suivi gynécologique. Ainsi, seulement 251 réponses étaient exploitables et ont donc été analysées.

2.1 Profil du professionnel de santé

2.1.1 L'âge

La majorité des sages-femmes ayant répondu à ce questionnaire sont âgées de 30 à 39 ans (38,6%) (annexe 3). Secondairement, on retrouve en proportion quasiment identique des sages-femmes âgées de 20 à 29 ans (23,5%) et de 40 à 49 ans (21,5%). Enfin, en proportion plus faible, nous retrouvons des sages-femmes âgées de plus de 50 ans (16,4%).

2.1.2 L'année d'obtention du diplôme d'État de Sage-Femme

Plus de la moitié des sages-femmes ayant répondu à ce questionnaire ont obtenu leur diplôme d'État de Sage-Femme avant l'année 2010 (52,2%), 30,7% des participants ont été diplômées depuis l'année 2014 et 17,1% entre 2010 et 2013 (annexe 4).

2.1.3 Milieu d'exercice médical

Il a été demandé aux praticiens de renseigner le ou les milieu(x) dans le(s)quel(s) ils exercent leur profession médicale (annexe 5). La majorité des sages-femmes ayant participé à cette étude et effectuant des consultations de gynécologie travaillent en libéral (87,2%) que ce soit à temps plein ou partiel : soit avec d'autres collègues sages-femmes (38,6%), soit en cabinet seule (33,9%), soit en maison médicale ou maison de santé pluridisciplinaire (14,7%). 22,7% d'entre elles exercent en centre hospitalier ou clinique, à temps plein ou partiel. Ainsi, ces pourcentages montrent qu'il existe une diversité d'activité des sages-femmes dans notre étude et que plusieurs d'entre elles pratiquent une activité mixte.

2.1.4 Année d'introduction de consultations gynécologiques dans la pratique

Une grande majorité des sages-femmes interrogées (annexe 6) ont répondu avoir commencé à assurer des consultations gynécologiques entre l'année 2014 et l'année 2020 (71,7%), contre 23,5% entre 2010 et 2013 et 4,8% avant 2010.

2.1.5 Suivi d'une formation complémentaire de gynécologie depuis l'obtention du DE de SF

74,1% des sages-femmes ayant participé à l'étude (n=186) ont répondu avoir réalisé une formation complémentaire de gynécologie depuis l'obtention de leur diplôme.

2.1.6 Type de formation

Nous avons alors demandé aux participants de préciser le ou les types de formations complémentaires gynécologiques qu'ils avaient suivie(s) depuis l'obtention de leur diplôme (annexe 7). Sur les 186 sages-femmes (74,1%) ayant réalisé une ou plusieurs types de formations complémentaires, plus de 66% ont suivi une formation courte (< 3 jours). Tout de même 37,6% des participants ont réalisé une formation de longue durée (> 7 jours) ou un diplôme universitaire. Enfin, une plus faible proportion, presque 11%, a réalisé une formation de durée moyenne (entre 3 et 7 jours).

2.2 Pratiques professionnelles globales en contraception

Le pourcentage de l'activité des sages-femmes (n=251) dédié à la contraception est majoritairement compris entre 10 et 50% (annexe 8).

Il a été demandé aux sages-femmes de choisir, parmi la liste des contraceptifs proposés ci-dessous, celui ou ceux qu'elles proposeraient en 1^{ère} intention à une patiente primipare ou multipare. La même question a été de nouveau posée, mais cette fois-ci concernant les patientes nullipares. Les résultats sont présentés dans le graphique ci-dessous :

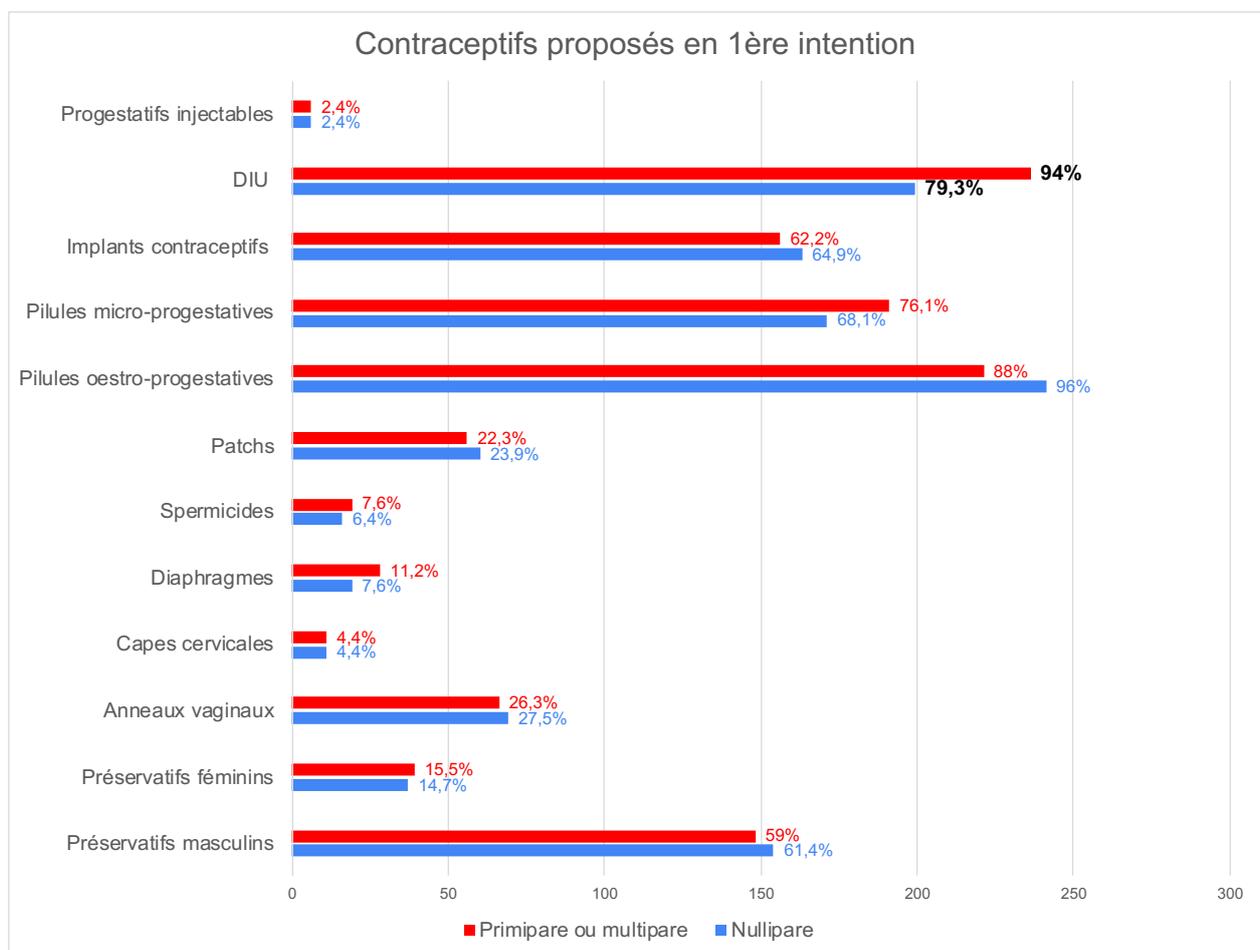


Figure 1 : Répartition de la population de SF en fonction du ou des contraceptifs qu'elles proposent en 1^{ère} intention

Il en ressort que 94% des sages-femmes ont sélectionné le DIU dans leur panel de contraceptifs à proposer en 1^{ère} intention à une patiente primipare ou multipare, contre 79,3% pour une patiente nullipare.

2.3 Le DIU

Il a été demandé aux sages-femmes (n=251) si elles posaient des DIU, même occasionnellement. Ainsi, 88,8% des praticiens ont répondu « oui » (n=223). Nous avons alors demandé à ces dernières le nombre moyen de DIU qu'elles posaient par mois (annexe 9). Plus de la moitié des sages-femmes posent 5 à 10 dispositifs intra-utérins par mois, et 38,6% en posent moins de 5 par mois. Une faible proportion en pose plus de 10 par mois (9,8%).

2.3.1 Concernant les professionnels ne posant pas de DIU

Afin de comprendre les raisons principales de l'absence de pose de DIU chez 11,2% des sages-femmes interrogées (n=28), 5 items comprenant chacun une raison hypothétique ont été proposés aux praticiens. Il leur a été demandé de classer ces raisons de la plus importante à la moins importante, soit de 1 à 5. Les résultats ont été représentés dans le graphique ci-dessous :

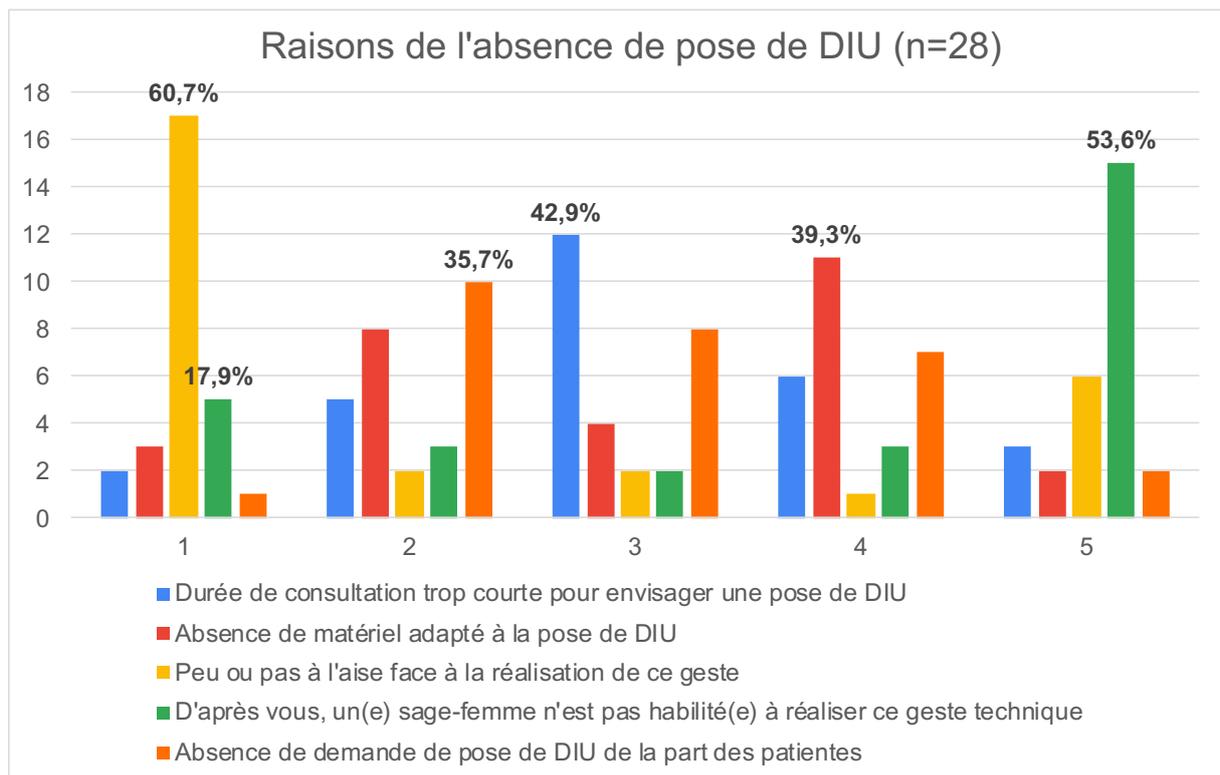


Figure 2 : Répartition de la population de SF ne posant pas de DIU en fonction des raisons de cette absence de pose

60,7% des sages-femmes sont d'accord pour dire que la raison principale qui les empêche de poser des DIU est l'absence ou l'insuffisance d'aisance dans la réalisation de ce geste.

Néanmoins, tout de même 17,9% estiment que la raison principale est le fait qu'une sage-femme ne soit pas habilitée à réaliser ce geste technique. 35,7% des praticiens estiment que la 2nde raison est l'absence de demande de la part des patientes. La raison qui arrive en 3^{ème} position pour 42,9% des sages-femmes est celle d'une durée de consultation trop courte pour envisager la pose d'un DIU. En 4^{ème} position, 39,3% des réponses convergent vers l'absence de matériel adapté à la pose de DIU. 53,6% des sages-femmes sont d'accord pour dire que la raison qui arrive en dernière position dans les items proposés est le fait qu'une sage-femme ne soit pas habilitée à réaliser ce geste technique.

Le graphique ci-dessous représente plus spécifiquement le ressenti des professionnels face au geste technique de pose de DIU :

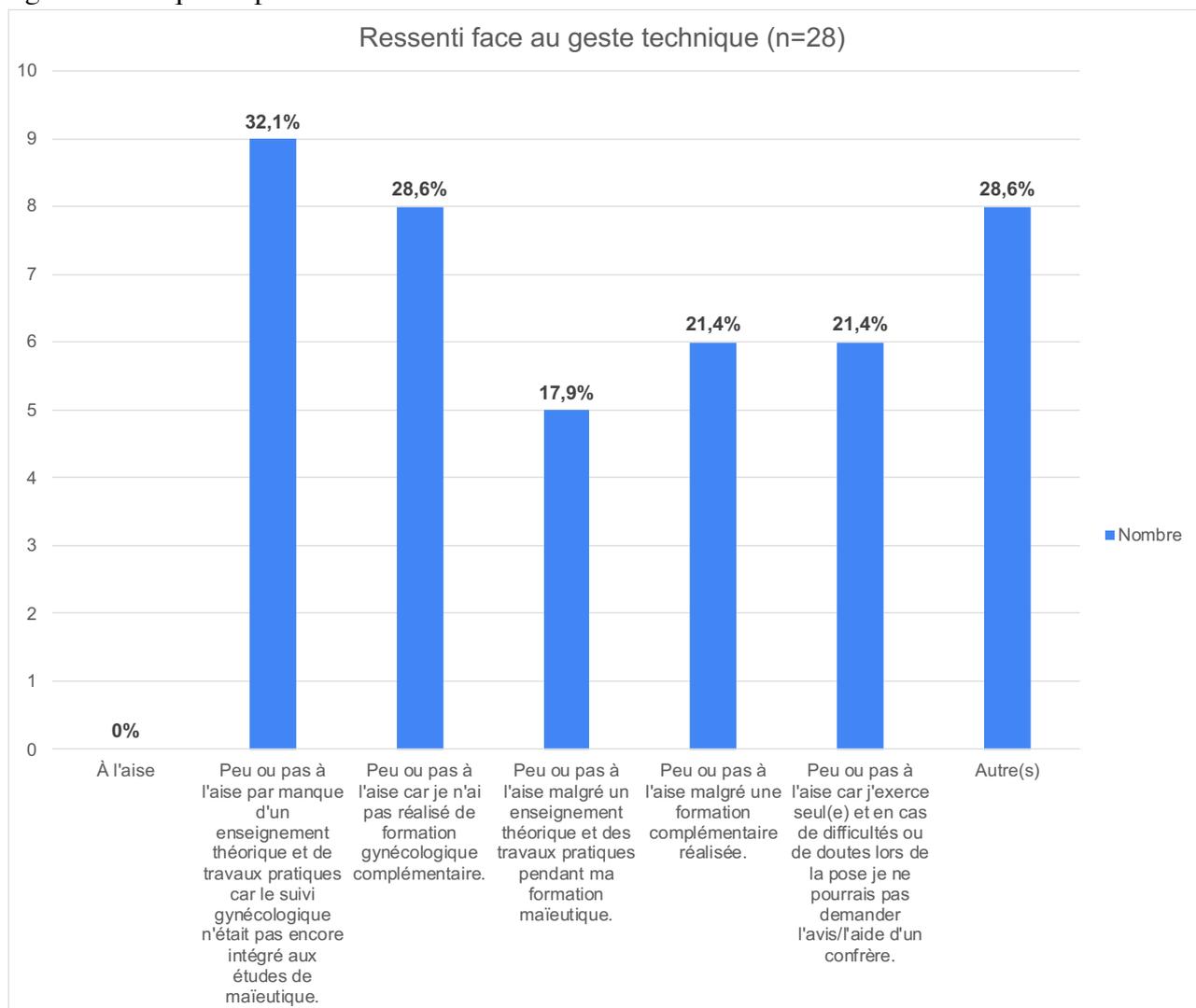


Figure 3 : Répartition de la population de SF ne posant pas de DIU en fonction de leur ressenti face à ce geste technique

Dans cette question semi-ouverte, il a ainsi été demandé aux sages-femmes ne posant pas de DIU de nous faire part de leur ressenti face à ce geste technique, en sélectionnant un ou plusieurs items proposés et/ou en précisant d'autre(s) raison(s). 100% des sages-femmes qui ne posent pas de DIU (n=28) sont d'accord pour dire qu'elles ne sont pas ou peu à l'aise face au geste technique. Parmi les propositions pouvant expliquer ce manque d'aisance, 32,1% des sages-femmes expliquent ne pas avoir été formées lors de leurs études (enseignements théoriques et travaux pratiques), car le suivi gynécologique n'y était pas encore intégré. 28,6% se sentent peu ou pas à l'aise car elles n'ont pas réalisé de formation complémentaire en gynécologie. De même, 28,6% ne le sont pas pour d'autres raisons que celles citées. Parmi ce pourcentage, les sages-femmes expliquent en commentaire ce manque d'aisance notamment du fait d'un manque de pratique. Certaines d'entre elles précisent qu'une collègue proche ou qu'une associée pose des DIU et qu'elles préfèrent alors leur adresser leurs patientes. D'autres ne sont pas à l'aise avec l'idée du DIU en lui-même, soit du fait de placer un corps étranger dans un utérus sain, soit du fait de l'action abortive qu'il peut avoir et qui va alors à l'encontre de leurs convictions personnelles.

100% des sages-femmes qui ne posent pas de DIU (n=28) adressent leurs patientes à un autre professionnel si ces dernières sont demandeuses de la mise en place d'un dispositif intra-utérin.

2.3.2 Formations et ressources pour la pose de DIU

Il a été demandé aux sages-femmes si elles estimaient que leur formation initiale théorique et pratique au sujet de la pose des DIU était suffisante. Pour cela, il leur a été demandé de choisir une valeur : plus l'on se rapproche du chiffre 1, plus leur formation est considérée comme insuffisante ; plus l'on se rapproche du chiffre 4, plus leur formation est considérée comme suffisante. Les résultats sont représentés dans le graphique suivant :

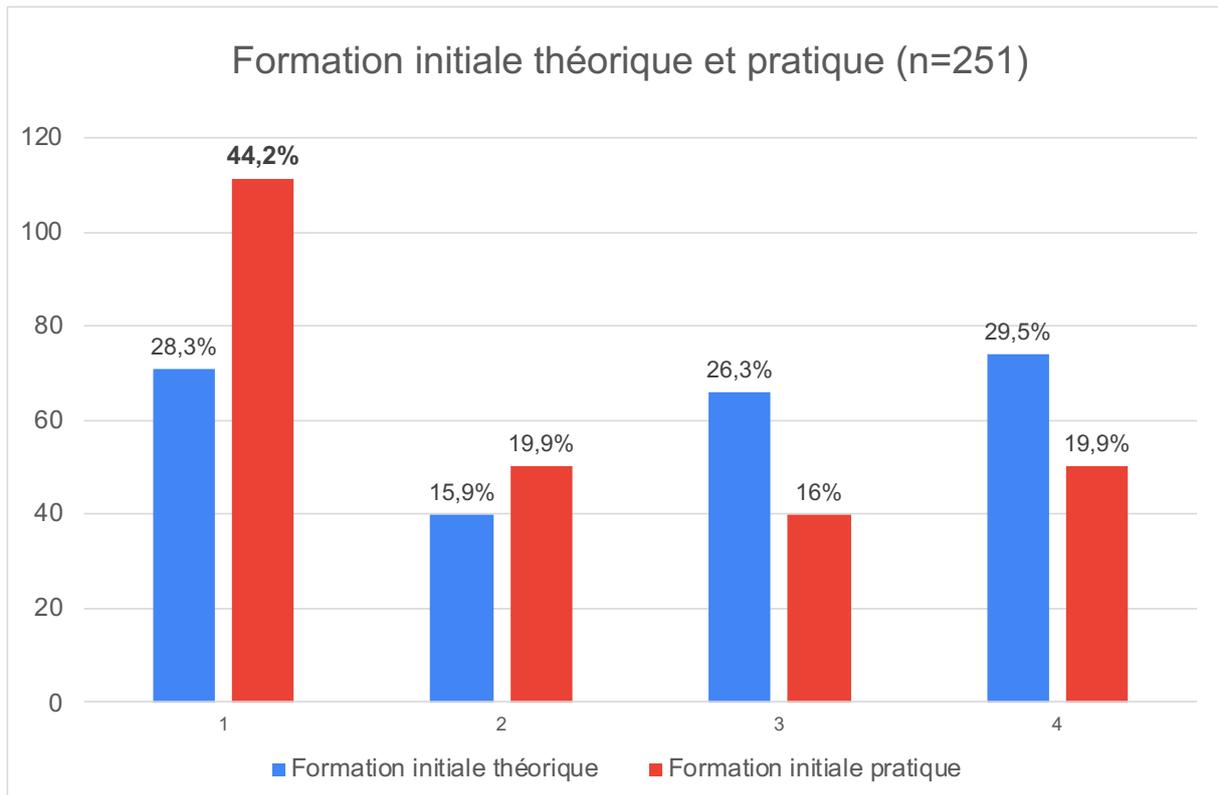


Figure 4 : Répartition de la population de SF en fonction de leur avis concernant leur formation initiale théorique et pratique

Concernant leur formation initiale théorique, les avis sont plutôt mitigés : environ 28% des sages-femmes estiment qu'elle est insuffisante, contre environ 29% qui la qualifient de suffisante. Concernant leur formation initiale pratique, la différence est plus marquante : 44,2% des sages-femmes estiment qu'elle est insuffisante, contre près de 20% qui la qualifient de suffisante.

Par ailleurs, 63,7% des sages-femmes interrogées indiquent avoir réalisé une formation complémentaire sur la pose de DIU après l'obtention de leur diplôme.

Parmi les 251 sages-femmes ayant participé à cette étude, 82,9% (n=208) déclarent utiliser des ressources afin de s'informer régulièrement des actualités concernant les DIU. Il leur a alors été demandé de préciser quel(s) type(s) de ressources elles utilisaient. Leurs réponses sont représentées dans le graphique ci-dessous :

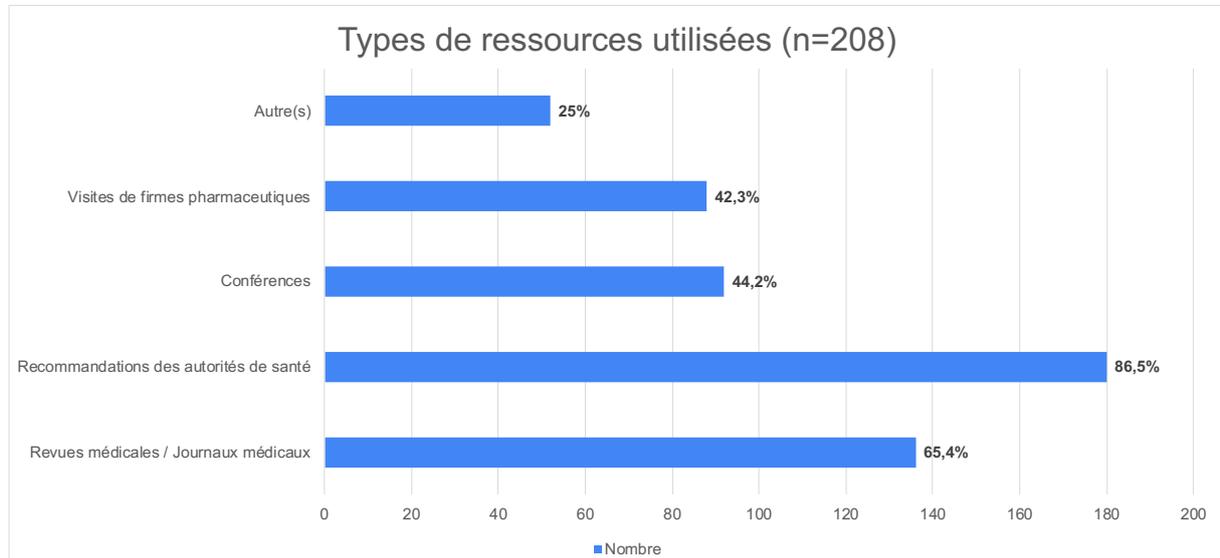


Figure 5 : Répartition de la population de SF en fonction du ou des types de ressources utilisées

86,5% des sages-femmes s'informent via des recommandations des autorités de santé et 65,4% via les revues médicales ou journaux médicaux. Environ 44% participent à des conférences et environ 42% s'informent via les visites des firmes pharmaceutiques. Tout de même 25% des sages-femmes (n=52) précisent utiliser d'autres types de ressources.

Nous avons alors demandé à ces sages-femmes utilisant d'autres ressources (n=52) de préciser quelles étaient ces dernières, leurs réponses sont présentées ci-dessous :

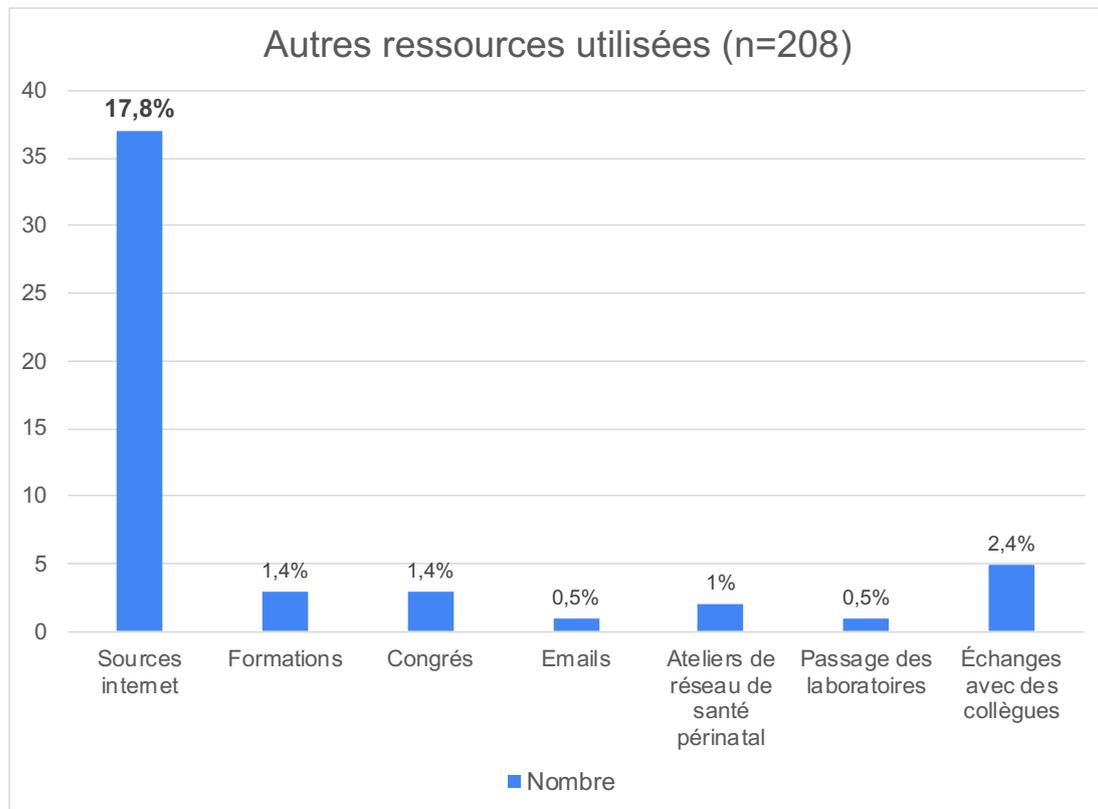


Figure 5bis : Répartition de la population en fonction des autres types de ressources citées par les SF

Nous retrouvons notamment les sources internet utilisées par 17,8% (n=37) des sages-femmes utilisant des ressources. Parmi ces 37 sages-femmes, il a été très majoritairement cité le site internet Formagyn.

Il a ensuite été demandé à toutes les sages-femmes qui effectuaient des consultations de gynécologie (n=251) si une formation plus soutenue pendant les études de maïeutique sur le thème du DIU serait intéressante. 86,9% des participants ont répondu « oui » à cette question (soit 218 sages-femmes). Nous avons alors demandé à ces dernières quelle partie de la formation nécessiterait d’être plus approfondie, les résultats sont présentés dans le graphique ci-dessous :

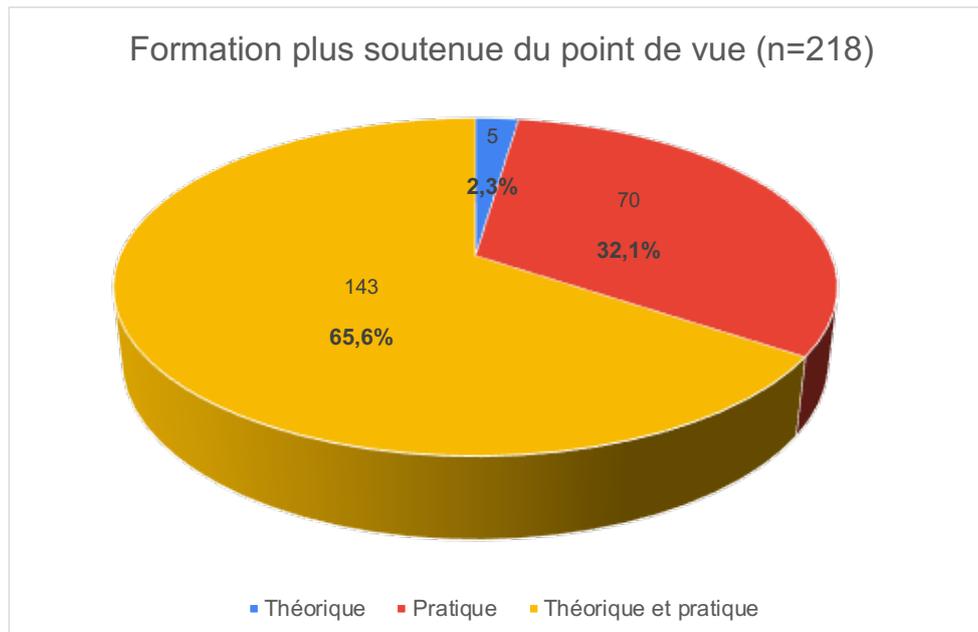


Figure 6 : Répartition de la population de SF par rapport à leurs avis concernant la formation sur les DIU pendant les études maïeutiques

Il en ressort que la formation nécessiterait globalement d’être plus soutenue du point de vue pratique. En effet, environ 32% des sages-femmes estiment qu’une formation plus soutenue, du point de vue pratique uniquement, serait nécessaire. Néanmoins, tout de même 65,6% des sages-femmes semblent estimer que la formation à la fois pratique et théorique est insuffisante, et qu’il serait alors intéressant que ces deux points de vue soient approfondis pendant les études de maïeutique.

2.3.3 DIU et nulliparité

Il a été demandé à tous les participants de cette étude s'ils étaient favorables à l'utilisation du DIU chez les patientes nullipares. Pour cela, il leur a été demandé de choisir une valeur : plus l'on se rapprochait du chiffre 1, plus l'on était défavorable à l'utilisation du DIU chez les patientes nullipares ; inversement, plus l'on se rapprochait du chiffre 4, plus l'on y était favorable. Les résultats de cette question ont été représentés dans le graphique ci-dessous :

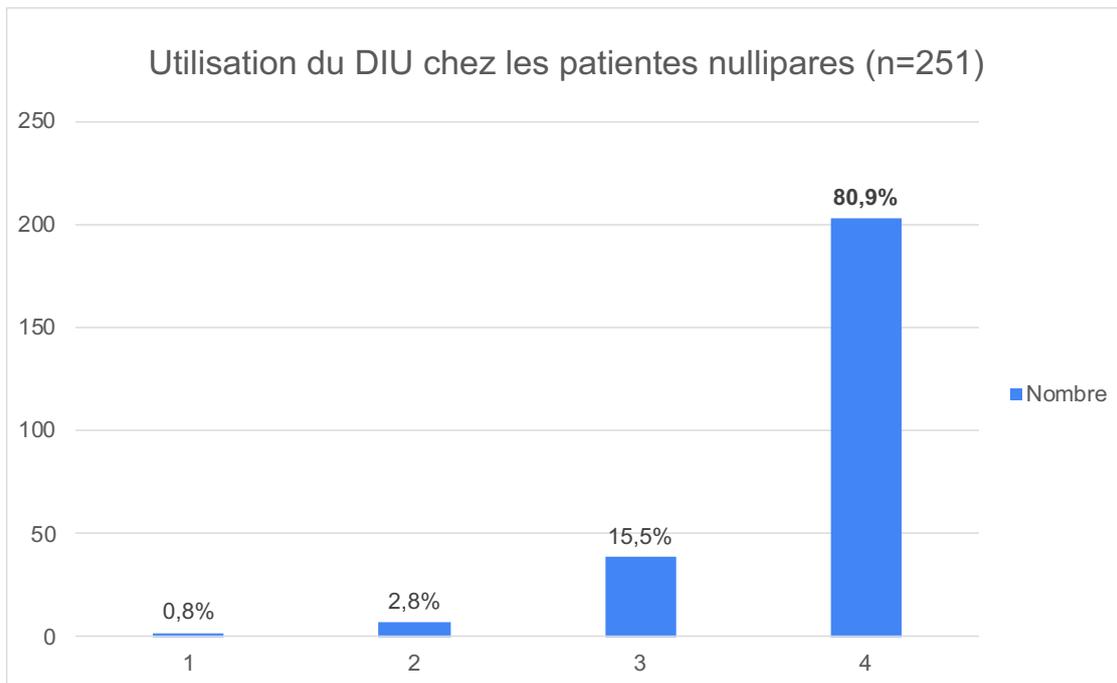


Figure 7 : Répartition de la population de SF en fonction de leurs avis concernant l'utilisation du DIU chez les patientes nullipares

Ainsi, presque 81% des sages-femmes se positionnent favorablement à l'utilisation du DIU chez les patientes nullipares (réponse « 4 »).

Le graphique suivant représente les différentes situations dans lesquelles les sages-femmes interrogées proposent le DIU aux patientes nullipares :

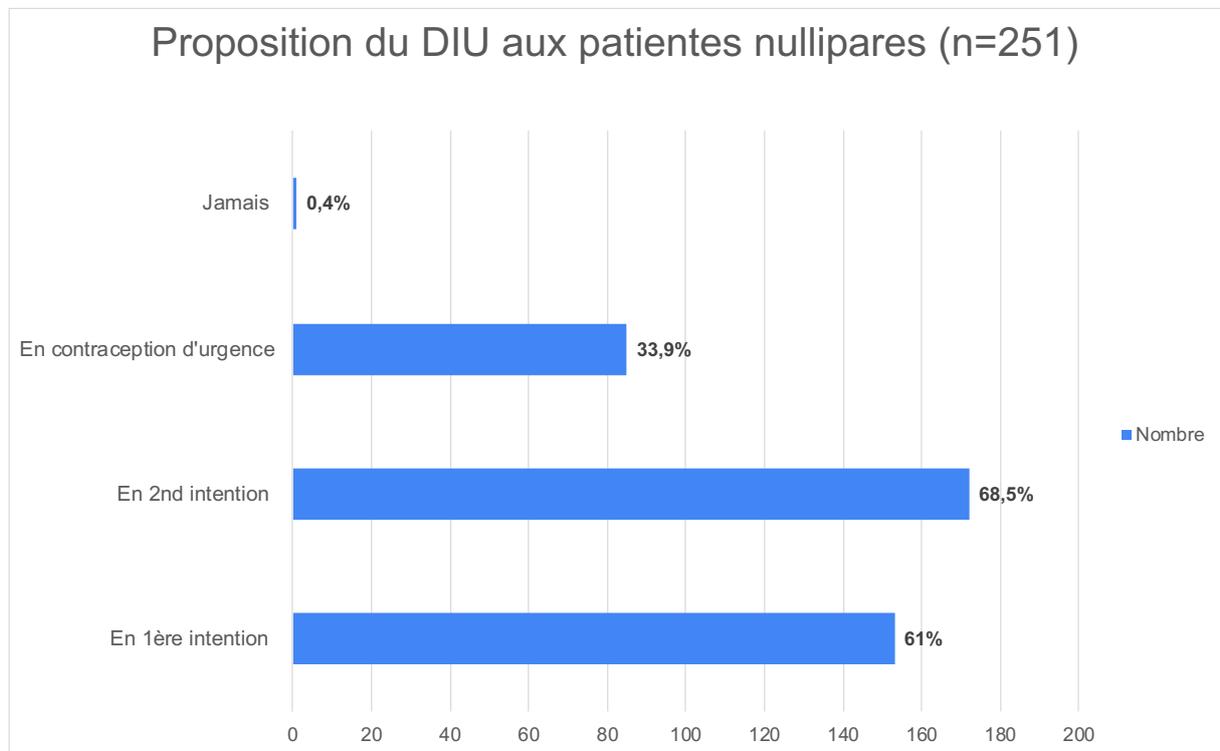


Figure 8 : Répartition de la population en fonction des situations dans lesquelles les SF proposent un DIU aux patientes nullipares

68,5% des sages-femmes interrogées le proposent au minimum en seconde intention, contre seulement 61% en première intention. Presque 34% le propose en contraception d'urgence. Dans cette étude, une sage-femme a répondu ne jamais proposer de dispositif intra-utérin à des patientes nullipares.

Il a ensuite été demandé à l'ensemble des sages-femmes de se positionner face à différents critères à éventuellement analyser avant la pose d'un DIU chez une patiente nullipare. Les résultats sont visibles dans le graphique ci-dessous (annexe 10) :

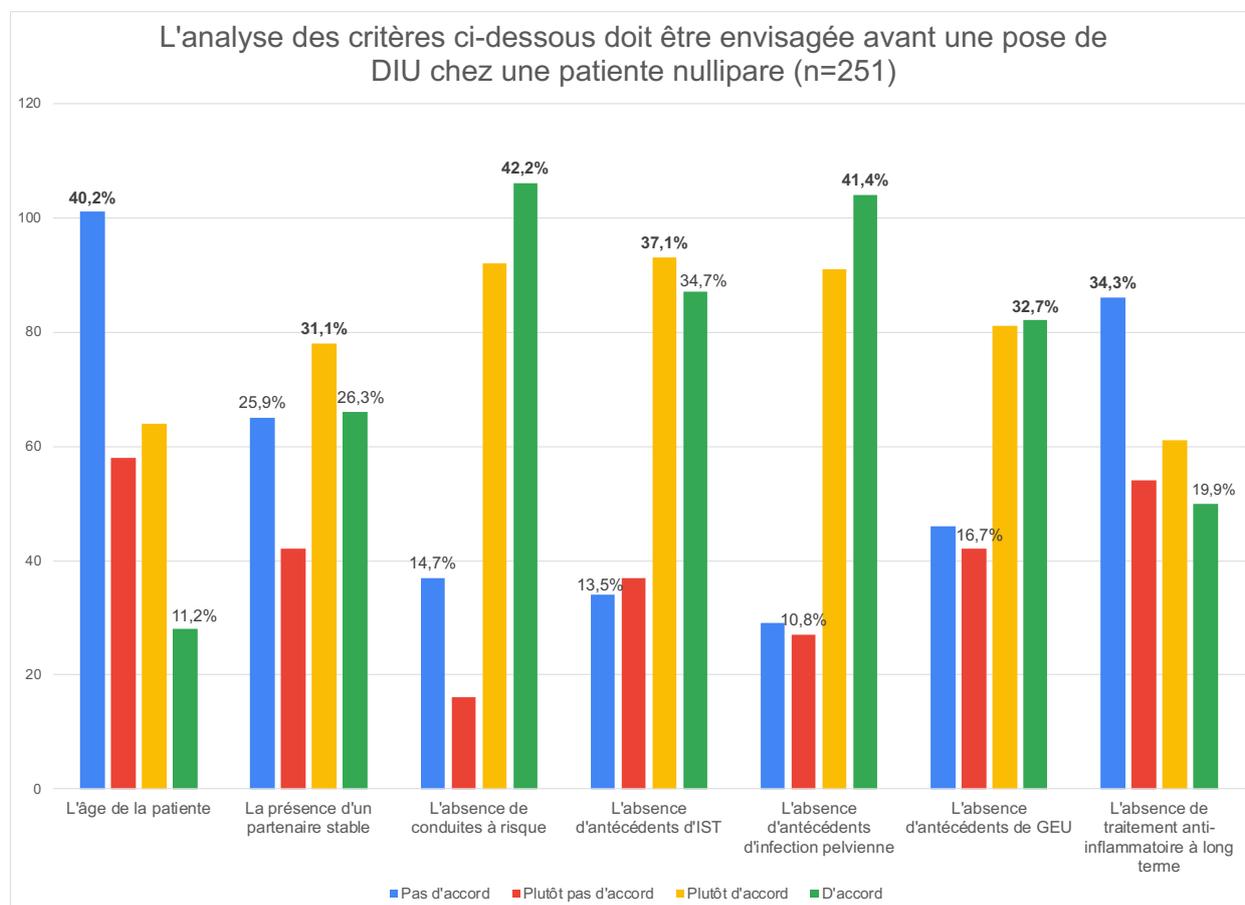


Figure 9 : Répartition de la population de SF en fonction de leurs avis concernant l'analyse de critères à envisager avant une éventuelle pose de DIU chez une patiente nullipare

Les différents critères présentés étaient :

- « L'âge de la patiente » : une majorité de sages-femmes (40,2%) n'est pas d'accord avec la prise en compte de ce critère avant une pose, contre 11,2% qui se considèrent d'accord avec cette analyse.
- « La présence d'un partenaire stable » : tout de même 57,4% sont d'accord ou plutôt d'accord pour prendre en compte ce paramètre avant de poser un DIU chez une patiente nullipare, contre presque 26% des sages-femmes qui précisent ne pas être d'accord.

- « L'absence de conduites à risque » : plus de 42% des sages-femmes sont d'accord pour dire qu'il est nécessaire de prendre en compte ce critère avant une pose. Presque 15% se positionnent contre.
- « L'absence d'antécédents d'IST » : presque 72% des participants sont d'accord ou plutôt d'accord avec la nécessité de prendre en compte l'absence d'antécédents d'IST avant une pose de DIU chez une patiente nullipare, contre 13,5% qui se positionnent dans la catégorie « pas d'accord ».
- « L'absence d'antécédents d'infection pelvienne » : globalement 41% des sages-femmes sont d'accord pour dire qu'il est nécessaire de prendre en compte ce paramètre. 10,8% ne sont plutôt pas d'accord.
- « L'absence d'antécédents de GEU » : 32,7% des praticiens se positionnent dans la catégorie « d'accord », contre 16,7% dans la catégorie « plutôt pas d'accord ».
- « L'absence de traitement anti-inflammatoire à long terme » : 34,3% des sages-femmes ne sont pas d'accord avec l'analyse de ce critère avant une pose de DIU chez une patiente nullipare. Néanmoins, quasiment 20% sont d'accord avec la nécessité de vérifier l'absence de traitement anti-inflammatoire à long terme chez ces patientes.

Nous avons ensuite demandé aux sages-femmes réalisant des consultations gynécologiques (n=251), si des patientes nullipares s'étaient déjà présentées auprès d'elles pour une prescription ou une pose de DIU suite à un refus de prescription ou de pose de la part d'un autre professionnel de santé. 74,1% des participants ont répondu « oui » à cette question.

Il leur a ensuite été demandé si eux-mêmes posaient des DIU chez les patientes nullipares. 86,9% ont répondu « oui » à cette question. Nous avons alors demandé à ces sages-femmes (n=218) combien en posaient-elles par mois (annexe 11). Globalement, elles en posent moins de 5 par mois (87,6%). Nous souhaitons alors savoir si elles favorisaient la pose d'un certain type de DIU plutôt qu'un autre pour ces patientes nullipares. 73,9% de ces participants, soit 161 sages-femmes, ont répondu « oui » à cette question.

Il a alors été demandé à ce pourcentage de sages-femmes (n=161) le ou les types de DIU qu'elles favorisaient. Leurs réponses sont visibles dans le graphique ci-dessous :

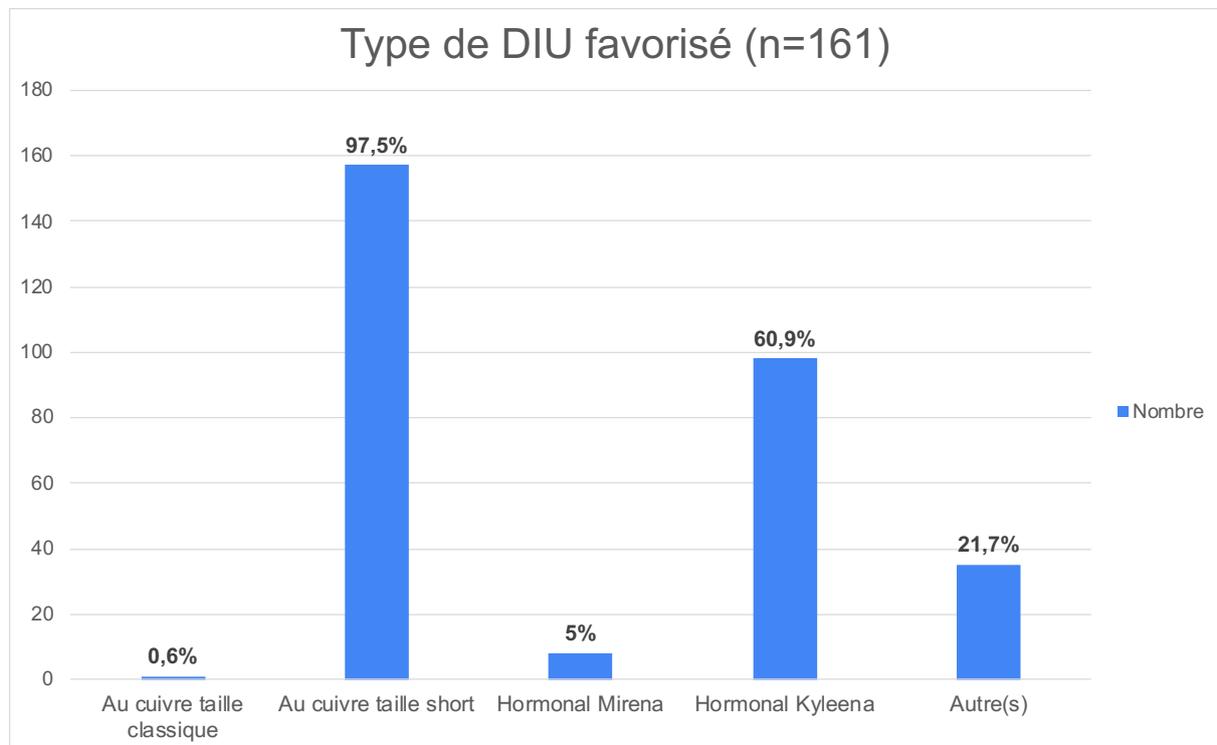


Figure 10 : Répartition de la population en fonction du type de DIU favorisé par les SF

97,5% d'entre-elles ont répondu favoriser les DIU au cuivre taille short. 60,9% favorisent les DIU hormonaux Kyleena®. 21,7% ont précisé employer d'autres DIU, tels que les DIU hormonaux Jaydess® (16,7%) ou encore les DIU au cuivre IUB Ballerine® (5%).

Nous avons souhaité avoir davantage d'informations concernant les raisons de ce favoritisme. La raison qui émerge principalement (dans plus de 63% des cas), notamment pour les sages-femmes qui ont cité le DIU au cuivre taille short et le DIU hormonal Kyleena®, est le fait d'un DIU de plus petite taille et donc qui serait plus adapté à l'hystérométrie d'une patiente nullipare. L'une des participantes précise même poser des DIU taille short à toutes les patientes souhaitant utiliser ce moyen contraceptif, ne trouvant pas de bénéfice à poser des tailles standards. Par ailleurs, plusieurs sages-femmes expliquent que proposer un DIU de petite taille permettrait de rassurer la patiente et d'éviter l'appréhension que la mise en place de cette contraception peut créer. Certaines expliquent que le choix d'un modèle short donne l'illusion d'une pose moins anxiogène ainsi que d'une meilleure tolérance.

Au contraire, une autre sage-femme explique favoriser les DIU de tailles standards peu importe la parité car ces derniers bougeraient moins et seraient mieux tolérés que les dispositifs de taille short. Une autre participante explique d'ailleurs avoir déjà posé un DIU Mirena® chez une patiente nullipare car cette dernière aurait expulsé un DIU Kyleena® ainsi qu'un DIU Jaydess®, la taille plus importante du dispositif Mirena® aurait ainsi permis une meilleure tolérance et efficacité. D'autres sages-femmes estiment que le DIU Mirena® est plus fiable, et que du fait de son ancienneté nous avons plus de recul sur ses effets.

Dans presque 9% des cas, lorsque les sages-femmes expliquent privilégier les DIU hormonaux Kyleena® ou Jaydess® ou bien les DIU au cuivre short ou IUB Ballerine®, les raisons d'inserteurs plus fins et de poses plus faciles sont évoquées. Dans ces mêmes cas, les participants expliquent que les patientes semblent moins algiques pendant la pose ainsi qu'après la pose. De plus, on retrouve fréquemment comme raison une meilleure tolérance et donc moins d'effets secondaires avec les DIU au cuivre taille short ou les DIU hormonaux Kyleena®. 4% des sages-femmes expliquent qu'il est tout simplement recommandé de poser un DIU au cuivre taille short ou hormonal Kyleena® ou Jaydess® aux patientes nullipares.

Un autre paramètre qui se démarque dans ces réponses est celui de la présence ou non d'hormones (plus de 12%). En effet, de nombreuses sages-femmes expliquent proposer plutôt des DIU au cuivre face à la demande grandissante de l'absence d'hormones dans le choix du mode de contraception, le DIU au cuivre permettant de plus une meilleure visibilité des cycles menstruels. Certaines précisent proposer davantage ce dernier sauf s'il existe une nécessité de corriger un déséquilibre hormonal, auquel cas elles proposeraient également les DIU hormonaux. En plus de ce DIU au cuivre, d'autres participants expliquent proposer les DIU hormonaux Kyleena® et Jaydess® qui ont un taux plus faible d'hormones par rapport au DIU Mirena®, toujours dans cette optique de consommation réduite d'hormones.

Enfin, quelques sages-femmes évoquent une préférence pour le DIU hormonal, ceux au cuivre entraînant potentiellement plus de risques de GEU et d'infections et donc à posteriori un risque de stérilité.

Enfin, il a été demandé aux sages-femmes de se positionner face à différentes propositions concernant la pose de DIU chez les patientes nullipares en comparaison avec les patientes primipares et multipares. Les résultats des items proposés se trouvent dans le graphique ci-dessous (annexe 12) :

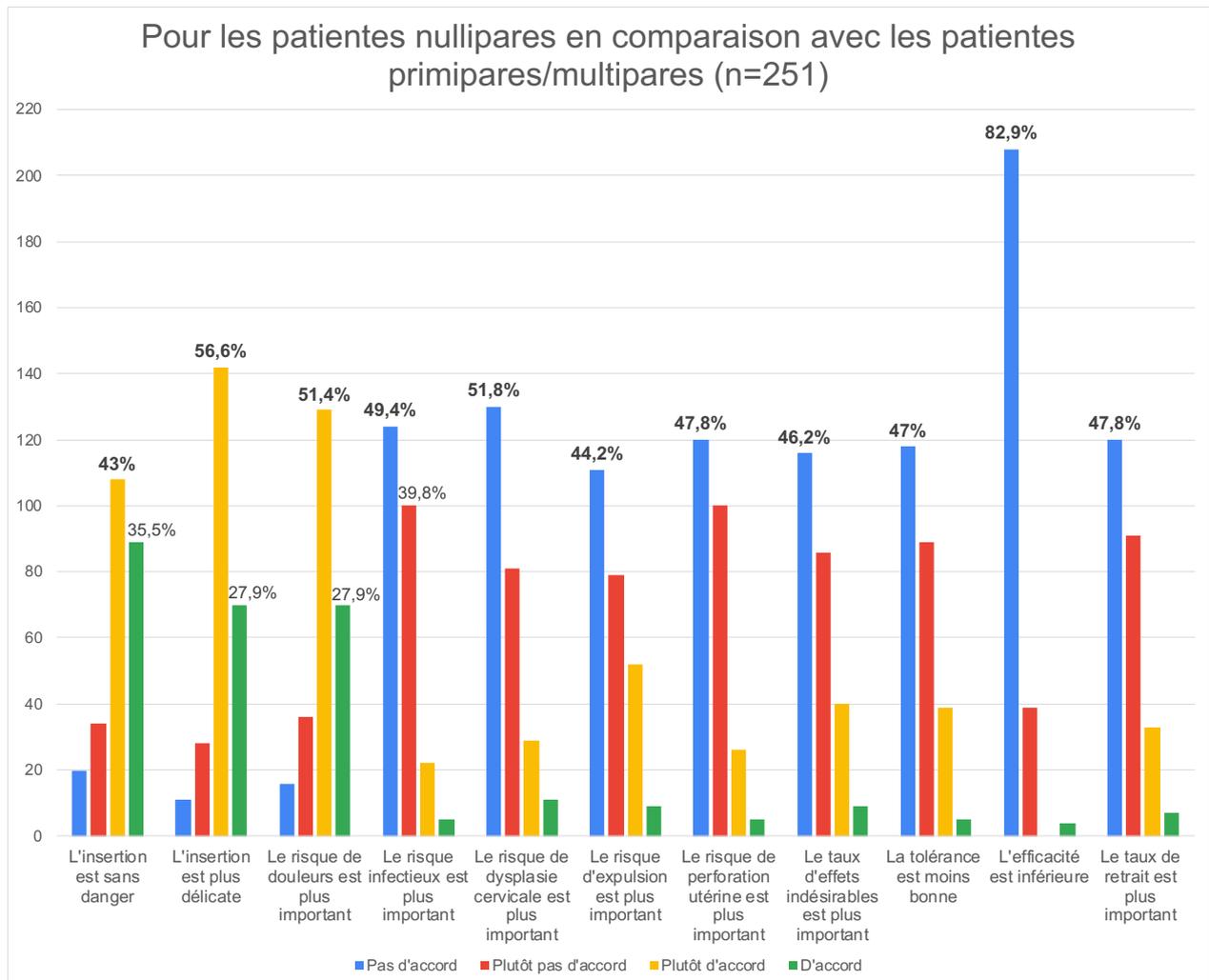


Figure 11 : Répartition de la population de SF en fonction de leurs avis vis-à-vis de différentes propositions au sujet de la pose de DIU chez les patientes nullipares en comparaison avec les patientes primipares ou multipares

Pour ces 3 propositions, les réponses ont majoritairement été positives :

- « L'insertion [chez les patientes nullipares] est sans danger » : 78,5% des sages-femmes ont répondu être d'accord ou plutôt d'accord avec cette proposition.
- « L'insertion [chez les patientes nullipares] est plus délicate » : 84,5% des participants expliquent être d'accord ou plutôt d'accord avec cette proposition.

- « Le risque de douleurs [chez les patientes nullipares] est plus important » : 79,3% des sages-femmes se situent dans la catégorie « d'accord » ou « plutôt d'accord ».

En revanche, pour ces 8 propositions, les réponses ont majoritairement été négatives :

- « Le risque infectieux [chez les patientes nullipares] est plus important » : 89,2% des sages-femmes ne sont pas d'accord ou plutôt pas d'accord avec cette proposition.
- « Le risque de dysplasie cervicale [chez les patientes nullipares] est plus important » : la tendance est là aussi plutôt négative avec 51,8% de participants qui se positionnent dans la catégorie « pas d'accord ».
- « Le risque d'expulsion [chez les patientes nullipares] est plus important » : 44,2% des sages-femmes ne sont pas d'accord avec cette proposition.
- « Le risque de perforation utérine [chez les patientes nullipares] est plus important » : 47,8% des participants expliquent ne pas être d'accord avec cette proposition.
- « Le taux d'effets indésirables [chez les patientes nullipares] est plus important » : 46,2% des sages-femmes ne sont pas d'accord avec cette proposition.
- « La tolérance [chez les patientes nullipares] est moins bonne » : 47% des participants se positionnent dans la catégorie « pas d'accord ».
- « L'efficacité [chez les patientes nullipares] est inférieure » : une très grande majorité des sages-femmes (82,9%) s'accordent pour dire qu'elles ne sont pas d'accord avec cette proposition.
- « Le taux de retrait [chez les patientes nullipares] est plus important » : 47,8% des sages-femmes expliquent ne pas être d'accord avec cette proposition.

III. Discussion

3 Discussion

3.1 Forces et limites de l'étude

3.1.1 Les points forts

Aux premiers abords, nous aurions pu décider d'interroger uniquement les sages-femmes libérales, en supposant qu'elles étaient davantage prédisposées à effectuer des consultations gynécologiques de prévention. Néanmoins, nous avons tout de même décidé d'interroger toutes les sages-femmes, peu importe le milieu médical dans lequel elles exerçaient, afin d'obtenir une variété de réponses plus large et plus représentative des pratiques globales des sages-femmes.

Par ailleurs, il s'agit d'une étude quantitative descriptive, qui permet une analyse des pratiques actuelles et limite les biais de mémoire.

3.1.2 Les points faibles

- Biais de sélection : Ce questionnaire a été transmis aux Conseils départementaux de l'Ordre des Sages-Femmes de la région Auvergne-Rhône-Alpes, afin qu'il soit relayé à toutes les sages-femmes (tout milieu d'exercice confondu) de la région. Néanmoins, du fait du faible taux de réponses initial, nous avons décidé de contacter individuellement par mail toutes les sages-femmes libérales de la région, étant donné qu'elles étaient les seules dont les coordonnées étaient communiquées sur le site internet de l'Ordre National des Sages-Femmes. Par ailleurs, nous pouvons supposer que les sages-femmes libérales réalisent globalement plus de consultations gynécologiques donc sont plus à même de pouvoir répondre à la problématique de cette étude. En effet, en milieu hospitalier, les gynécologues ont encore une place majoritaire dans le suivi gynécologique des femmes. En revanche, les sages-femmes libérales ont la possibilité de diversifier leur activité notamment sur le plan gynécologique, d'autant plus que les patientes présentent souvent des difficultés à trouver des disponibilités rapides chez les gynécologues. Par ailleurs, d'après la DREES, l'effectif des sages-femmes installées en libéral dans la région Auvergne-Rhône-Alpes augmente chaque année (10). Ainsi pour

augmenter leur activité, il faut qu'elles puissent se démarquer de leurs collègues en proposant diverses consultations comme les consultations gynécologiques. Il était donc assez probable qu'il y ait majoritairement plus de sages-femmes libérales qui participent à cette étude, comme nous avons pu le voir ici (87,2%).

- Biais de diffusion : Certains Conseils départementaux ont refusé de transmettre ce questionnaire, du fait de nombreuses sollicitations, privilégiant ainsi les demandes des étudiants de leur département, ou n'ont tout simplement pas répondu à cette demande de transmission. Ainsi, dans ces départements, seules les sages-femmes libérales ont été directement contactées par mail. Par ailleurs, tous les départements ayant relayé l'information n'ont pas transmis le lien du questionnaire aux sages-femmes au même moment. Or ce dernier a été clôturé le 30 décembre 2020. En fonction de la date de réception du lien par les sages-femmes, ces dernières n'ont pas toutes eu le même délai pour y répondre.
- Biais de compréhension : Les sages-femmes ont répondu à ce questionnaire en ligne. Ainsi, en cas d'incompréhension au sujet de questions ou d'items, il n'était pas possible pour elles de demander davantage d'informations. C'est d'ailleurs le cas de certaines sages-femmes qui, en conclusion, ont précisé avoir eu des difficultés à répondre à certaines questions car la distinction entre le DIU hormonal et le DIU au cuivre n'était pas faite. Par ailleurs, les réponses à chaque question étaient obligatoires pour poursuivre le questionnaire, il est donc possible que certaines réponses aient été choisies par défaut. Du fait de ces circonstances, certaines incohérences ont pu être retrouvées parmi les réponses.
- Biais de formulaire : De part la longueur du questionnaire, et le fait qu'il soit informatisé, il est possible que certains participants aient répondu au hasard pour gagner du temps en cliquant sur des propositions aléatoirement. Par ailleurs, pour certaines questions, les praticiens devaient sélectionner leurs réponses parmi une liste de propositions, les résultats étaient alors susceptibles d'être influencés par celles-ci.

Au fil du questionnaire, les sages-femmes ont pu remarquer qu'il s'agissait globalement d'une analyse de leurs pratiques. Or, l'évaluation des pratiques professionnelles nécessite pour le praticien de faire le point sur sa manière d'exercer et de remettre en question ses pratiques. Ceci peut être ressenti comme un jugement, entraînant alors un non-renvoi du questionnaire.

Enfin, l'une des faiblesses de cette étude est liée au contexte sanitaire particulier de cette année 2020. En effet, le questionnaire a été envoyé aux sages-femmes pendant la période de la COVID-19, durant laquelle l'exercice de la profession était soumis à davantage d'anxiété et de complexité. On peut alors supposer que le faible taux de participation (10,7%) était en partie lié à ce contexte de crise sanitaire, les sages-femmes n'ayant pas nécessairement le temps de répondre à une enquête.

3.2 Influence de l'échantillon sur les pratiques observées

Premièrement, nous avons essayé de déterminer si la population de sages-femmes ayant participé à cette étude était représentative de la population de sages-femmes de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Nous avons pour cela comparé deux de nos critères, l'âge et le milieu médical d'exercice, avec ceux de la population générale. Il en ressort que concernant l'âge, la différence est statistiquement significative ($p\text{-value} = 0,001$), tout comme pour le milieu médical d'exercice ($p\text{-value} = 3,02^{E-56}$). Ainsi, notre population étudiée est statistiquement différente de la population générale. Cela peut être expliqué par le fait que la grande majorité des participants étaient des sages-femmes libérales (87,2%), or dans la population régionale, seulement 34% des sages-femmes exercent en libéral (que ce soit à temps plein ou en activité mixte) (10). Par ailleurs, la majorité des sages-femmes ayant répondu à ce questionnaire étaient âgées de moins de 39 ans (62,1%), ce qui correspond à un pourcentage plus élevé que celui de la population régionale (50,8%) (10). De plus, un nombre moins important de sages-femmes âgées de plus de 50 ans ont participé à cette étude (16,4%) par rapport à la population de la région Auvergne-Rhône-Alpes (27,4%) (10). Ainsi, on retrouve donc un biais de sélection dans cette étude.

Nous avons décidé de proposer, dans ce questionnaire, trois intervalles d'années d'obtention du diplôme d'État de Sage-Femme :

- Avant 2010
- Entre 2010 et 2013
- À partir de 2014

En effet, les sages-femmes ont vu leurs compétences s'élargir avec la loi HPST du 21 juillet 2009 (9). Ainsi, celles diplômées avant 2010 n'étaient donc pas formées aux pratiques gynécologiques et notamment à la pose de DIU. La formation en école maïeutique s'étalant sur 4 ans, on peut supposer que si la mise en place de la formation gynécologique dans les études s'est faite directement suite à ce texte de loi, soit dès l'année scolaire 2010-2011, les sages-femmes diplômées en 2014 ont dû avoir une formation gynécologique complète sur leurs 4 ans d'études. Pour les sages-femmes ayant été diplômées entre 2010 et 2013, ces dernières ont en théorie au moins bénéficié d'une partie de cette formation gynécologique pendant la fin de leurs études maïeutiques.

Dans notre enquête, 52,2% des sages-femmes ont été diplômées avant l'année 2010, donc n'ont pas reçu de formation gynécologique pendant leurs études. Si l'on considère un second groupe comprenant les sages-femmes ayant reçu au minimum une partie de formation, donc l'association du groupe « en 2010-2013 » avec celui « à partir de 2014 », le pourcentage est de 47,8%. Ainsi, on retrouve dans notre étude une différence quantitative peu importante entre les sages-femmes ayant bénéficié d'une formation gynécologique pendant leurs études et celles n'en ayant pas bénéficié.

Nous avons pu constater que 71,7% des sages-femmes interrogées ont introduit les consultations gynécologiques dans leur pratique entre 2014 et 2020, donc tout de même plusieurs années après la loi HPST du 21 juillet 2009 (9). Ainsi, il est possible que l'introduction de ces nouvelles compétences dans la pratique en elle-même des sages-femmes ait pris du temps, notamment si certaines ont choisi d'effectuer des formations complémentaires avant de débiter des consultations gynécologiques.

D'ailleurs, parmi les sages-femmes interrogées, 74,1% ont en effet répondu avoir réalisé une formation complémentaire de gynécologie depuis l'obtention de leur diplôme. Pour la majorité (57,7%), ces formations étaient courtes (<3j). En comparant ces valeurs avec celles de l'année d'obtention du diplôme et donc d'une formation plus ou moins importante pendant les études, on se rend compte que 95,4% des sages-femmes ayant eu leur diplôme avant 2010 ont réalisé une formation complémentaire par la suite, contre 50,8% des sages-femmes ayant au moins eu une formation partielle. Statistiquement ($p\text{-value}=7,9E^{-16}$), il semblerait donc que le fait de ne pas avoir bénéficié d'une formation gynécologique pendant les études influence le fait d'effectuer une formation complémentaire après avoir été diplômée.

Si l'on s'intéresse plus précisément aux sages-femmes ayant eu au moins une formation partielle pendant leurs études de maïeutique, 17,1% d'entre elles ont été diplômées entre 2010 et 2013 donc ont eu une formation plus ou moins complète, contre 30,7% qui ont eu leur diplôme à partir de 2014 donc qui à priori ont eu une formation adéquate. Or, 79,1% des sages-femmes n'ayant eu qu'une formation partielle pendant leurs études ont effectué une formation complémentaire après leur diplôme, contre 35,1% des sages-femmes qui ont eu une formation complète pendant leurs études. Il semblerait donc là aussi que les sages-femmes n'ayant pas eu de formation complète pendant leurs 4 années d'études ressentent davantage le besoin d'effectuer une formation gynécologique complémentaire après avoir été diplômées.

3.3 La place du DIU dans les conduites à tenir des sages-femmes

Nous avons ensuite demandé aux participants, parmi une liste de contraceptifs, celui ou ceux qu'ils proposeraient en première intention à une patiente primipare ou multipare, puis à une patiente nullipare. On s'aperçoit alors qu'il existe une disparité importante. Les sages-femmes ont tendance à proposer aux patientes nullipares beaucoup plus de pilules oestro-progestatifs (96% pour les nullipares contre 88% pour les primipares/multipares), ainsi qu'un peu plus d'implants, de patchs, d'anneaux vaginaux et de préservatifs masculins. Mais surtout, la différence la plus marquante est celle concernant les DIU. En effet, 94% des sages-femmes citent les DIU dans leur panel de méthodes contraceptives pour des patientes primipares ou multipares, contre seulement 79,3% pour des patientes nullipares.

Nous avons alors voulu savoir s'il existait un lien entre l'année d'obtention du diplôme d'État de sage-femme et la proposition du DIU en 1^{ère} intention aux patientes nullipares. Sur les 251 sages-femmes effectuant des consultations de gynécologie, 131 ont été diplômées avant 2010, donc n'ont pas bénéficié de formation gynécologique pendant leurs études. Parmi ces sages-femmes, 95 proposent des DIU en 1^{ère} intention aux patientes nullipares soit 72,5%. En revanche, 120 sages-femmes ont été diplômées après 2010 (soit entre 2010 et 2013, soit à partir de 2014), et ont donc bénéficié au moins partiellement d'une formation gynécologique pendant leurs études. Parmi ces sages-femmes, 104 proposent des DIU en 1^{ère} intention aux patientes nullipares soit 86,7%. Si l'on étudie ces statistiques, on s'aperçoit que cette différence est significative ($p\text{-value}=0,005$) : le fait de ne pas avoir eu de formation gynécologique pendant les études influence défavorablement le fait de proposer des DIU en 1^{ère} intention aux patientes nullipares.

3.4 Aspects pratiques de la pose du DIU

Nous nous sommes ensuite davantage centrés sur le DIU en lui-même, et avons constaté que 11,2% des sages-femmes interrogées ne posaient pas de DIU. Sur cette proportion de sages-femmes qui ne pose pas de DIU ($n=28$), environ 54% d'entre-elles ont été diplômées avant 2010, contre environ 46% après 2010. Statistiquement, il n'existe pas de lien significatif entre le fait de ne pas avoir eu de formation gynécologique pendant les études maïeutiques et le fait de ne pas poser de DIU ($p\text{-value} = 0,87$). Cela peut potentiellement s'expliquer par le fait que de nombreuses sages-femmes ayant été diplômées avant l'année 2010 ont réalisé une formation gynécologique complémentaire par la suite (95,4%).

Nous avons ensuite voulu savoir quelles étaient les raisons de l'absence de cette pose de DIU chez ces professionnels ($n=28$). 60,7% estiment que la raison principale est l'absence ou l'insuffisance d'aisance dans la réalisation de ce geste. Mais le résultat le plus marquant est que 17,9% ($n=5$) estiment que la raison principale est le fait qu'une sage-femme ne soit pas habilitée à réaliser ce geste technique. Or, depuis la loi HPST du 21 juillet 2009, les sages-femmes ont l'autorisation de réaliser des consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, comprenant notamment l'insertion, la surveillance et le retrait de contraceptifs

intra-utérins (9,11). Ainsi, tout de même 11 ans après l'entrée en vigueur de cette loi, certaines sages-femmes ne se considèrent toujours pas habilitées à poser un dispositif intra-utérin. Nous avons ainsi voulu savoir si dans notre population, il existait un lien entre le fait de ne pas avoir eu de formation gynécologique pendant les études de maïeutique et le fait de ne pas se sentir comme professionnel habilité à poser un DIU. Sur ces 17,9% de sages-femmes (n=5), 40% ont été diplômées avant 2010 (n=2), contre 60% après 2010 (n=3). Parmi ces dernières, une sage-femme a été diplômée entre 2010 et 2013 et deux à partir de 2014. Dans notre étude, il semble donc qu'avoir bénéficié d'une formation gynécologique pendant les études maïeutiques n'augmente pas le fait de se sentir habilité à poser des DIU. Il n'existe donc pas de lien significatif entre ce ressenti et l'année d'obtention du diplôme d'État de sage-femme. Statistiquement, cette théorie est confirmée (p-value = 0,63). Néanmoins, ce résultat questionne, car il aurait été plus logique que ce soit une majorité de sages-femmes n'ayant pas eu de formation pendant leurs études qui se considèrent comme professionnels non habilités à poser un DIU. Ainsi, nous pouvons nous interroger sur la qualité de la formation gynécologique initiale dont bénéficient les étudiantes sages-femmes. Cependant, il est important de rappeler qu'ici, les effectifs restent très faibles, et ne sont donc pas représentatifs de la population générale.

Nous avons pu observer que parmi les sages-femmes ne posant pas de DIU (n=28), environ 54% ont été diplômées avant 2010, et 46% après 2010, pourtant 100% d'entre elles ne sont pas à l'aise face à la réalisation de ce geste technique. Ainsi, même si majoritairement, dans notre étude, les sages-femmes n'ayant pas eu de formation gynécologique pendant leurs études sont plus nombreuses à ne pas poser de DIU et donc plus nombreuses à ne pas se sentir à l'aise face au geste technique en lui-même, le fait de ne pas se sentir à l'aise face à la pose d'un DIU n'est pas influencé par l'année d'obtention du diplôme (p-value = 1).

Ainsi, statistiquement, dans notre étude, les sages-femmes ayant été diplômées avant l'année 2010 et semblant plus demandeuses d'une formation gynécologique complémentaire par la suite, ne posent pas moins de DIU (p-value = 0,87), ne se sentent pas moins habilitées à réaliser ce geste technique (p-value = 0,63) et ne se sentent pas moins à l'aise face à cette pratique (p-value = 1). Nous pouvons supposer que, vraisemblablement, les sages-femmes intéressées par cette pratique mais n'ayant pas eu de formation pendant leurs études trouvent tout de même le moyen de se former par la suite.

De plus, la totalité des sages-femmes ne posant pas de DIU adressent leurs patientes demandeuses de cette contraception à un autre professionnel. Ainsi, elles semblent suivre la méthode BERCER (12), en respectant donc le choix de la patiente concernant la méthode contraceptive que cette dernière a pu sélectionner.

3.5 Formations et ressources pour la pose de DIU

Il est également important de noter que sur les sages-femmes ayant eu une formation plus ou moins complète pendant leurs études et n'ayant pas réalisé de formation complémentaire par la suite (n=59), presque 90% d'entre-elles posent tout de même des DIU. Ainsi, nous pouvons supposer que les formations pendant les études de maïeutique ont su s'adapter et apporter des connaissances théoriques et pratiques suffisantes pour une grande partie des jeunes diplômés.

C'est pourquoi nous avons voulu avoir davantage d'informations au sujet de la formation initiale dont bénéficient les étudiantes sages-femmes. Nous nous sommes aperçus que 28% des sages-femmes interrogées estimaient que leur formation initiale théorique était insuffisante. Parmi elles, 80,3% sont des sages-femmes qui ont été diplômées avant 2010 donc n'ont pas eu de formation gynécologique pendant leurs études. Ce résultat est plutôt cohérent car ce manque de formation peut avoir créé un manque d'informations au sujet du DIU.

Par ailleurs, 44,2% des sages-femmes interrogées estimaient que leur formation initiale pratique au sujet du DIU était insuffisante. Si l'on s'intéresse de plus près à ce pourcentage, on se rend compte que 69,4% de ces sages-femmes ont été diplômées avant 2010 donc n'ont pas eu de formation gynécologique pendant leurs études. Ce résultat semble donc là aussi logique car du fait de l'absence de formation, ces sages-femmes n'ont pas bénéficié de travaux pratiques. En revanche, tout de même 30,6% des sages-femmes ayant eu au moins une partie de formation initiale pendant leurs études, pensent que la formation pratique est insuffisante. Parmi elles, nous retrouvons plus précisément 17,1% de sages-femmes diplômées entre 2010 et 2013, ce qui reste tout de même cohérent étant donné qu'elles n'auraient peut-être pas eu le temps de pratiquer suffisamment pendant leur formation partielle. Néanmoins, 13,5% de sages-femmes diplômées après 2014 ont ce même ressenti, ce qui reste tout de même important étant donné

qu'elles sont supposées avoir bénéficié d'une formation complète. On s'aperçoit que ces chiffres sont globalement plus importants lorsqu'il s'agit de la formation pratique, même pour les sages-femmes ayant normalement eu une formation complète pendant leurs études. On peut alors se questionner sur la qualité de la formation actuelle au sujet de la pose de DIU dont les étudiantes sages-femmes bénéficient, notamment du point de vue pratique. Il serait intéressant de savoir si, en répondant à cette question, les sages-femmes ont uniquement pris en compte les travaux pratiques réalisés en école de maïeutique ou également leur pratique réelle pendant leurs stages. Ainsi, la formation initiale nécessiterait-elle la mise en place de davantage de travaux pratiques afin que les sages-femmes se sentent plus à l'aise avec ce geste technique ? Ou faudrait-il mettre en place un plus grand nombre de stages permettant la réalisation de consultations gynécologiques afin de permettre une plus grande pratique réelle, comme par exemple en cabinet de sages-femmes libérales, de gynécologues libéraux ou bien en CPEF ? Si l'on compare cela avec les réponses obtenues dans cette étude, on se rend compte que presque 68% des sages-femmes ayant indiqué que leur formation initiale pratique n'était pas suffisante sont celles qui ne posent pas de DIU. Cependant, la réalisation de stages plus centrés sur la gynécologie serait-elle suffisante ? Car il ne faut pas oublier le fait que les professionnels qui forment les étudiantes sur les lieux de stages peuvent faire partie de ceux qui refusent les poses de DIU aux patientes nullipares pour diverses raisons. Ainsi, l'apprentissage des étudiantes serait en partie basé sur le leur.

Sur la totalité des sages-femmes ayant répondu à ce questionnaire, 86,9% pensent qu'une formation plus soutenue pendant les études de maïeutique sur le thème du DIU serait nécessaire. 32% estiment qu'une formation plus soutenue uniquement du point de vue pratique serait intéressante. Parmi elles, ce sont majoritairement les sages-femmes ayant eu une formation complète pendant leurs études qui ont choisi cette proposition (presque 49%), ce qui est bien cohérent avec nos résultats ci-dessus, où visiblement la formation initiale pratique mériterait d'être approfondie même en ayant bénéficié d'une formation gynécologique initiale. Par ailleurs, 65,6% des sages-femmes estiment que la formation à la fois pratique et théorique est insuffisante, et on se rend compte que ce sont en très grande majorité les sages-femmes ayant été diplômées avant 2010 et qui n'ont donc pas eu de formation pendant leurs études qui ont choisi cette proposition (plus de 69%), avec en second les sages-femmes ayant eu une formation partielle, puis enfin celles ayant eu une formation complète, ce qui est un résultat très cohérent.

Statistiquement, il semblerait que le fait de ne pas avoir bénéficié de formation gynécologique pendant les études influence le fait d'être demandeur d'une formation plus soutenue (p -value = $1,25^{E-8}$).

Ainsi, nous avons voulu savoir si les sages-femmes avaient effectué une formation complémentaire sur la pose de DIU après leurs études : 63,7% en ont en effet effectué une. En s'intéressant plus précisément à ce groupe de praticiens, on se rend compte qu'environ 94% des sages-femmes qui ont effectué une formation complémentaire à ce sujet posent des DIU, contre environ 6% qui n'en posent pas. Statistiquement, on s'aperçoit que le fait d'avoir effectué une formation complémentaire sur la pose de DIU influence le fait de poser des DIU (p -value = 0,001). Néanmoins, ce dernier pourcentage de sages-femmes peut interpeller car en effet, 10 sages-femmes ayant répondu à ce questionnaire ne posent pas de DIU malgré le fait d'avoir suivi une formation complémentaire sur la pose. On se rend compte que sur ces 6% ($n=10$), 20% des sages-femmes ont été diplômées après 2010 (soit 2 d'entre-elles) et 80% avant 2010 (soit 8 d'entre-elles). Ainsi, on peut supposer que le manque de formation initiale peut être contraignant pour ces dernières, même si elles ont réalisé une formation complémentaire. D'ailleurs, 5 d'entre-elles ont choisi le fait de ne pas se sentir à l'aise face à ce geste technique comme raison principale à leur absence de pose, c'est également le cas des 20% de sages-femmes ayant été diplômées après 2010. Les 3 sages-femmes restantes ayant été diplômées avant 2010 ont choisi comme raison principale une durée de consultation trop courte, une absence de matériel adapté, ou encore le fait qu'une sage-femme ne soit pas habilitée à réaliser ce geste technique.

De plus, presque 83% des sages-femmes ayant participé à cette étude ($n=208$) déclarent utiliser des ressources afin de s'informer régulièrement des actualités concernant les DIU. En très grande majorité, les recommandations des autorités de santé sont consultées par ces professionnels (86,5%), tout comme les revues médicales et journaux médicaux pour plus de 65%. 160 sages-femmes ont également précisé utiliser une ou plusieurs des ressources suivantes : les conférences (44%), les visites des firmes pharmaceutiques (42%), ainsi que les sources internet (25%) comme le site Formagyn. Parmi ces 160 sages-femmes, 95% utilisent ces ressources en association avec les recommandations des autorités de santé et/ou les revues médicales et journaux médicaux, contre 5% qui les utilisent seules avec dans ce cas-là en tête de liste les visites des firmes pharmaceutiques et/ou conférences. Il est ici important de préciser

que l'information véhiculée par les firmes pharmaceutiques et laboratoires ne devrait plus être considérée comme une ressource de première ligne du fait du manque d'objectivité des données diffusées. En définitive, on observe donc que les sages-femmes utilisent majoritairement l'association de plusieurs ressources mises à leur disposition.

3.6 Prescription du DIU chez les patientes nullipares

Nous nous sommes ensuite centrés sur la prescription du DIU chez les patientes nullipares. En effet, en 2004, l'ANAES informait que les DIU étaient considérés comme une méthode contraceptive de 1^{ère} intention et qu'ils n'étaient pas uniquement destinés aux multipares (6). En 2013, la HAS affirmait dans ses recommandations que le DIU était à proposer à toutes les femmes, quelle que soit leur parité (nullipares comprises) (7). Nous nous sommes alors demandé si, du fait de ces recommandations, 100% des sages-femmes interrogées se positionneraient favorablement à la prescription d'un DIU chez les patientes nullipares. Or, dans notre étude, environ 81% d'entre-elles se positionnent favorablement et plus de 15% dans la catégorie « plutôt favorable ». En revanche, 3,6% (n=9) se positionnent dans la catégorie « défavorable » ou « plutôt défavorable » à la prescription du DIU chez ces dernières. En s'intéressant plus précisément aux catégories de sages-femmes ayant répondu négativement, on s'aperçoit qu'environ 89% de ces 9 sages-femmes (n=8) ont été diplômées avant 2010 et n'ont donc pas eu de formation gynécologique pendant leurs études. On peut donc supposer ici que le fait de ne pas avoir eu de formation influence le fait de prescrire des DIU. Néanmoins, sur ces 8 sages-femmes, 7 posent des DIU et 100% d'entre-elles ont effectué une formation complémentaire de gynécologie dont 7 précisément sur la pose de ces dispositifs. Ces sages-femmes devraient donc être informées de ces recommandations, néanmoins elles ne semblent pour autant pas favorables à la pose de DIU chez cette population de patientes. On peut donc s'interroger sur les raisons qui les empêchent de proposer des DIU aux patientes nullipares. S'agit-il d'anciennes croyances ancrées dans l'esprit des sages-femmes dont elles auraient des difficultés à se défaire ?

Une des sages-femmes se positionnant défavorablement à ce sujet a été diplômée entre 2010 et 2013 donc a tout de même eu une formation partielle pendant ses études. Cette dernière n'a pas effectué de formation gynécologique complémentaire et donc pas de formation centrée sur la pose du DIU, ce qui peut s'expliquer par le fait qu'elle aurait peut-être reçue une formation partielle qu'elle considérerait comme suffisante. Néanmoins, elle a précisé ne pas trouver la formation théorique et pratique initiale suffisante. Elle explique alors s'informer via les recommandations des autorités de santé notamment, donc devrait en théorie se positionner favorablement à l'utilisation du DIU chez les patientes nullipares. En s'intéressant à la raison de cette absence de pose, on s'aperçoit que cette sage-femme a choisi comme raison principale le fait de ne pas trouver qu'elle ou que les sages-femmes de manière générale soient habilitées à poser des DIU, et explique ne pas se sentir à l'aise à l'idée de placer un corps étranger dans un utérus sain. Néanmoins, même si cette sage-femme ne pose pas de DIU et n'est pas favorable à leur utilisation chez des patientes n'ayant jamais accouché, elle les propose tout de même à ces dernières en première intention, donc respecte les recommandations des autorités de santé et semble ainsi utiliser à bon escient la méthode BERCER conseillée (12). Il faut tout de même soulever que cette situation ne concerne qu'une des sages-femmes interrogées et n'est donc pas représentative de la population générale.

Nous avons ensuite demandé aux sages-femmes dans quel(s) cas est-ce qu'elles posaient des DIU aux patientes nullipares. On s'aperçoit alors que malgré les recommandations des autorités de santé (6,7), 39% des sages-femmes ne proposent pas en 1^{ère} intention le DIU aux patientes nullipares. Suite à cette question, une importante contradiction apparaît dans les réponses. En effet, au début du questionnaire, nous avons demandé aux sages-femmes parmi une liste de contraceptifs, lequel ou lesquels elles proposeraient en 1^{ère} intention aux patientes nullipares. 199 participants, soit 79,3% avaient choisi dans leur panel de méthodes le DIU. Or, il a été demandé ici à ces mêmes sages-femmes, si elles proposaient le DIU aux nullipares en 1^{ère} intention, en 2nde intention, en contraception d'urgence ou jamais. Seulement 153 sages-femmes soit 61% répondent le proposer en 1^{ère} intention. Cette différence majeure interroge. Certaines sages-femmes proposent le DIU dans leurs panels de contraceptifs d'emblée aux patientes nullipares, mais ont-elles tendance à plutôt orienter ces dernières vers une autre contraception ? Ou s'agit-il d'un manque de compréhension face à cette question, où les sages-femmes auraient perçu la notion de « 1^{ère} intention » comme « le » contraceptif proposé « en premier » ? On

retrouve donc un biais important pour cette question. Néanmoins, malgré ce biais, statistiquement, on obtient la même conclusion que pour la question en début d'étude : le fait d'avoir été diplômée avant 2010 et donc de ne pas avoir eu de formation gynécologique pendant les études influence défavorablement le fait de proposer des DIU en 1^{ère} intention aux patientes nullipares dans notre étude (p-value = $6,27^{E-07}$).

Nous avons ensuite demandé aux sages-femmes de partager leur avis concernant l'analyse de différents critères à éventuellement envisager avant une pose de DIU chez une patiente nullipare. Premièrement, nous mentionnions l'âge des patientes, et notamment chez ces patientes nullipares leur potentiel jeune âge. Ici, 40,2% des sages-femmes ne sont pas d'accord avec le fait de prendre en compte l'âge de la patiente avant une éventuelle pose de DIU. Si l'on prend également en compte les sages-femmes qui ne sont plutôt pas d'accord, on obtient un total de 63,3%. En effet, l'OMS considère qu'avant 20 ans, les avantages de cette méthode contraceptive l'emportent sur les risques théoriques ou avérés (13). Néanmoins, le jeune âge d'une patiente nullipare est souvent corrélé à l'absence de partenaire stable et ainsi à l'augmentation de conduites à risques, critères qui ont tendance à alarmer les praticiens. En effet, 57,4% des sages-femmes interrogées sont d'accord ou plutôt d'accord pour prendre en compte la présence d'un partenaire stable avant une pose de DIU chez une patiente nullipare. De même, plus de 42% d'entre-elles sont d'accord pour dire qu'il est nécessaire de vérifier l'absence de conduites à risque avant cette pose, et en prenant en compte les sages-femmes « plutôt d'accord » avec ce critère, nous obtenons un total de quasiment 79%. D'après la HAS, il n'est pas recommandé de poser un DIU lorsque la femme a un risque accru d'infections sexuellement transmissibles (7). De plus, le CNGOF considère les partenaires multiples comme une contre-indication relative aux DIU (14). Néanmoins, il est important de faire la distinction entre ne pas avoir un partenaire stable et entretenir des conduites à risque. Très souvent associés, ils ne sont pourtant pas indissociables l'un de l'autre, même si effectivement, le multipartenariat (≥ 2 partenaires sexuels dans l'année) est un facteur de risque d'IST (15). Cependant, tout dépend de l'utilisation systématique ou non du préservatif pendant les rapports. Il serait ici intéressant de connaître la conduite à tenir dont font preuve ces sages-femmes. En effet, si une patiente présente des conduites à risque, contre-indiquent-elles directement les DIU peu importe le type de conduites ? Par exemple, si une patiente précise avoir déjà oublié occasionnellement d'utiliser un préservatif, alors qu'elle n'a pas de partenaire stable, la sage-

femme lui contre-indique-t-elle le DIU de la même manière que pour une patiente qui aurait eu plusieurs partenaires sexuels dans l'année sans port de préservatifs ? Effectuent-elles des prélèvements vaginaux à la recherche d'infections sexuellement transmissibles pour vérifier leur absence avant une pose ? Refont-elles un point d'éducation et de prévention des comportements à risque ? Même si la HAS ne recommande pas de poser un DIU lorsque la femme a un risque accru d'infections sexuellement transmissibles, elle précise également qu'en présence de facteurs de risque infectieux (IST ou pratique sexuelle à risque d'IST), des tests diagnostiques portant sur le Chlamydia Trachomatis et le Neisseria Gonorrhoea sont recommandés avant la pose (7). L'OMS le confirme en indiquant que certaines femmes à risque accru d'IST (ayant une très forte probabilité individuelle), ne devraient généralement pas se voir poser un DIU avant d'avoir effectué un dépistage et, le cas échéant, suivi un traitement. Mais elle précise également que, dans ces circonstances, bien des femmes présentant un risque accru d'IST peuvent en général commencer à utiliser un DIU (13).

Par ailleurs, presque 72% des participants sont d'accord ou plutôt d'accord pour dire qu'il est nécessaire de prendre en compte l'absence d'antécédents d'IST avant une pose de DIU chez une patiente nullipare. D'après le CNGOF, l'antécédent d'IST est tout de même une contre-indication relative au DIU (14). D'après la HAS, ce critère ne fait pas partie des contre-indications absolues à la pose d'un DIU, qu'il soit au cuivre ou hormonal, mais comme cité plus haut, ne recommande pas de poser un DIU lorsque la femme a un risque accru d'infections sexuellement transmissibles (7). Ainsi, l'important n'est pas l'antécédent d'IST en lui-même mais plutôt les conduites à risque qui ont entraîné ce portage d'infection. Il faut donc être vigilant lors de l'interrogatoire médical sur la persistance ou non de ces conduites à risque.

Concernant l'absence d'antécédents d'infections pelviennes, globalement 41% des sages-femmes sont d'accord pour dire qu'il est nécessaire de prendre en compte ce paramètre. Si l'on prend en compte les sages-femmes plutôt d'accord avec cette analyse, on obtient un résultat total de 78%, donc très majoritaire face aux réponses négatives. Or, tout comme pour l'antécédent d'IST, ce critère n'est pas une contre-indication absolue à la pose de DIU s'il ne s'agit pas d'une infection en cours (7).

Ainsi, il semble donc qu'il y ait une certaine crainte concernant les notions d'IST et d'infection pelvienne. Nous pouvons supposer que les sages-femmes sont peut-être plus craintives à l'idée de poser un DIU chez une patiente nullipare car cette dernière pourrait avoir potentiellement des conduites à risque du fait de son potentiel jeune âge. Comme le précise la HAS : il existe des « risques d'infections sexuellement transmissibles dus au comportement sexuel des classes d'âge plus jeunes, avec notamment des risques de salpingites pouvant être responsables de stérilité tubaire » (7). Néanmoins, tout cela dépend en grande partie de l'éducation thérapeutique de la patiente et n'est absolument pas propre aux patientes jeunes. Certes, le DIU ne protège pas des IST, mais tout comme les autres contraceptions telles que la pilule oestro-progestative. Or, cette dernière arrive pourtant, dans notre étude, en première position des contraceptions prescrites en première intention chez les patientes nullipares. Serait-ce une appréhension plutôt liée au geste qui, en effet, contrairement à la prise d'une pilule, fait craindre le fait de faire remonter dans la cavité utérine une infection sexuellement transmissible en même temps que le dispositif, entraînant alors plus de risques d'infections génitales hautes ? Nous en revenons alors encore à la nécessité d'une éducation thérapeutique stricte avec une information exhaustive dès le début du suivi de la patiente, ainsi que de la nécessité de s'assurer régulièrement que les connaissances acquises soient toujours présentes.

De plus, 65% des sages-femmes sont d'accord ou plutôt d'accord pour dire que l'absence d'antécédents de GEU est un critère à prendre en compte avant une pose de DIU. Or, d'après la HAS, avant une pose de DIU, toute GEU doit être écartée (7). Néanmoins, l'antécédent en lui-même de GEU n'est pas considéré comme une contre-indication à la pose d'un DIU.

Concernant la prise d'un traitement anti-inflammatoire à long terme, 34,3% des sages-femmes ne sont pas d'accord avec l'analyse de ce critère avant une pose de DIU chez une patiente nullipare. Si l'on associe ce pourcentage avec celui des praticiens se positionnant dans la catégorie « plutôt pas d'accord », on obtient un total de 55,8%, ce qui correspond à un peu plus de la moitié des participants. Les sages-femmes semblent tout de même avoir plus de mal à se mettre d'accord au sujet de ce critère. Et en effet, il est plus difficile de trouver dans les recommandations officielles une réponse concrète au sujet de cette notion. En 2003, la revue Prescrire explique que le risque d'interaction entre les AINS et les DIU est suspecté depuis de nombreuses années, mais qu'il semble s'agir d'une hypothèse ancienne, selon laquelle le mécanisme d'action des DIU passerait par un effet inflammatoire local dans l'utérus, effet que

les AINS pourraient diminuer. Elle conclut en précisant que l'utilisation d'un DIU ne doit pas faire obstacle à la prescription d'un AINS, si nécessaire (16). En 2014, le médecin Martin Winckler explique également dans un de ses articles qu'il est parfaitement possible d'associer le DIU avec un traitement anti-inflammatoire, sans risque de diminution d'efficacité de la méthode contraceptive (17). Néanmoins, il n'est pas fait mention d'une durée de traitement. Or, dans la notice du DIU au cuivre UT380® Standard mise à jour en février 2021, le Vidal précise que les AINS peuvent être utilisés en traitement court et que dans ce cas-là ils n'influencent pas l'efficacité contraceptive du DIU, mais cite dans ses contre-indications relatives la prise d'un traitement anti-inflammatoire au long cours (18). Ainsi, il semblerait qu'il soit tout de même nécessaire de faire preuve de prudence lorsqu'un DIU au cuivre est associé à la prise d'un traitement anti-inflammatoire au long cours.

3.7 Pose du DIU chez les patientes nullipares

Nous nous sommes ensuite interrogés sur la pose en elle-même du DIU chez les patientes nullipares. Le postulat de ce mémoire était le suivant : pourquoi encore aujourd'hui certaines patientes nullipares se voient refuser une pose de DIU par les professionnels ? Comme nous l'avons cité précédemment, un mémoire réalisé en 2018 « Nulliparité et dispositif intra-utérin : motivations et expériences des nullipares », montre que 39,2% des patientes interrogées ont dû changer de praticien pour pouvoir bénéficier d'une pose de DIU (1). Nous avons alors demandé aux sages-femmes ayant participé à notre étude si des patientes nullipares s'étaient déjà présentées auprès d'elles pour une prescription ou une pose de DIU suite à un refus de prescription ou de pose de la part d'un autre professionnel de santé. Une très grande majorité d'entre-elles, 74,1%, ont répondu « oui » à cette question. Néanmoins, nous n'avons pas d'information au sujet du type de profession. S'agissait-il d'un médecin traitant, d'un gynécologue ou bien d'une autre sage-femme ? Il aurait été intéressant d'avoir cette donnée supplémentaire.

Nous avons alors voulu savoir s'il existait un lien entre l'année d'obtention du diplôme d'État de sage-femme et la pose de DIU chez les patientes nullipares. Dans cette étude, sur les 251 sages-femmes effectuant des consultations gynécologiques, 86,9%, soit 218 participantes,

posent des DIU chez les patientes nullipares. Parmi ces sages-femmes, 112 ont été diplômées avant 2010, donc n'ont pas bénéficié de formation gynécologique pendant leurs études. Parmi elles, 85,5% posent des DIU chez les patientes nullipares. De plus, 106 sages-femmes ont été diplômées après 2010 (soit entre 2010 et 2013, soit à partir de 2014), et ont donc bénéficié au moins partiellement d'une formation gynécologique pendant leurs études. Parmi ces dernières, 88,3% précisent poser des DIU chez les patientes nullipares. Ainsi, dans notre population, on se rend compte que la différence de pose de DIU chez les nullipares en fonction de l'année d'obtention du diplôme est très faible. Statistiquement, cette observation est confirmée (p -value = 0,5), il n'existe pas de lien significatif entre le fait d'avoir eu une formation complète pendant les études et le fait de poser des DIU chez les patientes nullipares. Ainsi, il semblerait donc que même si les sages-femmes diplômées avant 2010 proposent moins de DIU en 1^{ère} intention aux patientes nullipares, elles ne semblent pas contre une pose de DIU chez ces patientes si ces dernières le demandent. À noter que parmi les sages-femmes qui posent des DIU de manière générale, une très faible partie, seulement 2,7%, n'en posent pas chez les nullipares. Il semblerait alors que, globalement, si les sages-femmes posent des DIU, elles réalisent ce geste quelle que soit la parité de la patiente. Il aurait tout de même été intéressant de savoir pour quelles raisons ce faible pourcentage ne pose spécifiquement pas de DIU chez les patientes nullipares.

Par ailleurs, nous avons vu précédemment que le fait de ne pas avoir bénéficié d'une formation gynécologique pendant les études avait plutôt tendance à favoriser la réalisation d'une ou de plusieurs formations gynécologiques complémentaires après avoir été diplômé. Les sages-femmes ont pu préciser quel(s) type(s) de formation(s) elles avaient pu réaliser ($n=186$) : des formations courtes de moins de 3 jours, des formations de 3 à 7 jours, et/ou des formations longues de plus de 7 jours ou des diplômes universitaires. Elles pouvaient alors choisir plusieurs réponses, ce qui a été le cas pour 17,7% ($n=33$) d'entre-elles qui ont donc effectué plusieurs types de formations. Nous nous sommes alors demandé s'il existait un lien entre le fait d'avoir réalisé plusieurs types de formations complémentaires et le fait de poser des DIU chez les patientes nullipares. Sur ces 186 sages-femmes ayant réalisé une ou des formations complémentaires, 86,6% posent des DIU chez les patientes nullipares. Parmi elles, plus de 80% ont réalisé un type de formation, alors que presque 20% de sages-femmes ont réalisé plusieurs types de formations complémentaires. Parmi les 13,4% de praticiens qui ne posent pas de DIU

chez les patientes nullipares, plus de 82% ont réalisé un seul type de formation complémentaire et presque 17% en ont réalisé plusieurs. Statistiquement, on observe que le fait d'avoir réalisé plusieurs types de formations gynécologiques complémentaires n'a pas de lien avec le fait de poser davantage de DIU chez les patientes nullipares dans notre étude (p -value = 0,08). Néanmoins, nous ne pouvons pas savoir si ces sages-femmes ont réalisé plusieurs formations d'un même type. Certaines l'ont précisé en commentaire, mais nous n'avions pas ces données pour tous les participants. Or, il serait intéressant de savoir si statistiquement, il existe un lien entre le fait d'avoir réalisé plusieurs formations, peu importe le type, et le fait de poser des DIU chez les patientes nullipares.

De plus, nous avons constaté que dans notre étude, les participantes étaient majoritairement âgées de moins de 39 ans (62,1%), contre normalement 50,8% dans la population de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Ainsi, nous nous sommes demandé si ce biais pouvait influencer le nombre de réponses positives à la question « vous-même, posez-vous des DIU chez les patientes nullipares ? ». Or, même si dans notre étude nous retrouvons un plus grand nombre de sages-femmes qui posent des DIU chez les patientes nullipares dans le groupe des moins de 39 ans (64,2%), la différence n'est pas statistiquement significative (p -value = 0,08). Ainsi, le fait d'avoir retrouvé un nombre plus important de poses chez les sages-femmes âgées de moins de 39 ans n'est pas lié au fait qu'il y ait davantage de sages-femmes de cette tranche d'âge qui ait participé à cette étude.

Nous nous sommes ensuite interrogés sur les différents types de DIU qui pouvaient être proposés aux patientes nullipares, c'est pourquoi nous avons demandé aux sages-femmes si elles favorisaient un ou plusieurs types de ces dispositifs chez ces patientes. Ainsi, 73,9% d'entre-elles ont précisé qu'en effet, elles privilégiaient un certain type ou plusieurs types de DIU chez les patientes nullipares. Presque l'intégralité des sages-femmes favorisant certains DIU ont précisé qu'il s'agissait notamment du DIU au cuivre taille short (97,5%). 5% favorisent également l'IUB Ballerine® au cuivre, le plus petit dispositif intra-utérin sur le marché actuellement. Un grand pourcentage favorise également des DIU hormonaux de petite taille : 60,9% pour le Kyleena® et 16,8% pour le Jaydess®. Ainsi, au total, 97% des sages-femmes privilégient des DIU de taille short pour les patientes nullipares. En effet, les dispositifs de petite taille ont notamment été mis en place pour une meilleure adaptation à la hauteur utérine des nullipares (19). On retrouve notamment les DIU hormonaux Kyleena® et Jaydess®, ainsi

que les DIU au cuivre short et IUB Ballerine®. La Revue Genesis précise en outre qu'il convient d'utiliser des DIU de petite taille chez les patientes nullipares car la pose semblerait plus facile et moins douloureuse (20). Les sages-femmes interrogées semblent donc, en très grande majorité, privilégier des DIU spécialement adaptés aux patientes nullipares. Néanmoins, une des participantes avait évoqué le fait d'avoir dû poser un DIU de taille standard à une patiente nullipare qui avait expulsé deux dispositifs de taille short. On pourrait alors se demander si, en réalité, ces derniers sont vraiment adaptés à toutes les patientes nullipares. Il serait alors idéal d'effectuer une hystérométrie pour pouvoir sélectionner un DIU spécialement adapté à l'utérus de la patiente. La HAS précise en effet que la pose doit être précédée si possible d'une hystérométrie afin d'évaluer la hauteur de l'utérus (7), mais le moment précis n'est pas indiqué : doit-elle être réalisée lors de la consultation de prescription ou juste avant la pose ? En pratique, l'hystérométrie est souvent réalisée quelques secondes avant la pose du DIU, ainsi, le type de DIU a été sélectionné préalablement sans prise en compte de cette mesure. On peut donc s'interroger sur cette pratique, ne serait-il pas plus judicieux d'effectuer une hystérométrie lors de la consultation de prescription ? Néanmoins, cela supposerait de réaliser 2 passages à travers le col de l'utérus à plusieurs jours d'intervalle, causant alors potentiellement 2 fois plus de douleurs et 2 fois plus de risques infectieux.

Par ailleurs, on s'aperçoit que le DIU hormonal Kyleena® est davantage favorisé par rapport au DIU hormonal Jaydess®, on peut supposer que cela est dû à la durée d'action : 5 ans pour le Kyleena® contre 3 ans pour le Jaydess®. Outre la taille du DIU, si l'on s'intéresse davantage à sa composition, on s'aperçoit que 55,5% des sages-femmes favorisent des DIU au cuivre, contre 44,5% des DIU hormonaux. La différence n'est alors pas probante, même si les DIU au cuivre sont tout de même davantage privilégiés. Or, d'après les commissions de transparence des DIU Mirena® (21), Kyleena® (22) et Jaydess® (23), le DIU au levonorgestrel est indiqué en 2^{ème} intention après le stérilet au cuivre, notamment en cas de ménorragies fonctionnelles ou de saignements abondants, quelle que soit la parité (24). C'est ce qui est également retrouvé dans les RCP de l'ASNM de ces trois dispositifs (25–27). L'ANAES explique cela par le fait que le DIU hormonal présente un coût plus élevé ainsi qu'une moins bonne tolérance du fait de l'aménorrhée qu'il peut procurer, c'est pourquoi il ne doit être utilisé qu'en cas de bénéfice complémentaire (6).

Cette notion de seconde intention des DIU hormonaux n'a été évoquée que par peu de participants. En effet, sur les 161 sages-femmes ayant précisé privilégier un ou plusieurs types de DIU pour les patientes nullipares, 98,1% d'entre elles mentionnent les DIU au cuivre. Environ 70% l'associent avec les DIU hormonaux dans leur panel et 28% des sages-femmes ne privilégient que les DIU au cuivre. Lorsqu'il leur est demandé la raison de ce choix, seulement 1,2% (n=3) de ces 28% précisent qu'elles privilégient le DIU au cuivre car il s'agit tout simplement des recommandations.

Enfin, nous avons demandé aux sages-femmes de comparer différents critères concernant la pose de DIU chez les patientes nullipares et les patientes primipares ou multipares. 78,5% d'entre elles estimaient que « l'insertion chez la nullipare est sans danger », ce qui correspond tout de même à une grande majorité. Cependant, il est important de noter que cette proposition a pu être mal comprise. En effet, nous nous demandions si pour ces participants, l'insertion du DIU chez les patientes nullipares présentait plus de dangers par rapport à celle chez les patientes ayant déjà accouché. Néanmoins, la tournure de la proposition a pu interroger : qu'entendons-nous par « danger » ? S'agit-il des risques tels que des risques de douleurs, d'infection, d'expulsion ? Ainsi, il y a pu y avoir un biais de confusion pour cette proposition. De plus, 84,5% estimaient que l'insertion d'un DIU chez une patiente nullipare était plus délicate et 79,3% que le risque de douleurs était plus important. En effet, la plupart des études s'accordent pour dire que l'insertion chez une patiente nullipare est plus douloureuse (28–31), c'est pourquoi la HAS préconise l'utilisation d'antalgiques avant la pose, notamment chez une femme nullipare, dans la mesure où son risque de douleurs est décrit comme plus élevé que chez la femme multipare (6,7). Néanmoins, de nombreuses études montrent qu'aucun antalgique ne réduit réellement la douleur de la pose, que ce soit les AINS type Ibuprofène (30,32) ou les blocs para-cervicaux de lidocaïne (33). Le retour qui est fréquemment fait au sujet de cette situation est que la tonicité importante du col utérin chez les patientes nullipares complique la pose, entraînant la nécessité d'utiliser une pince Pozzi, causant alors plus de douleurs. C'est pourquoi certains praticiens ont parfois recours à des alternatives aux antalgiques comme des séances de relaxation ou d'hypnose avant et pendant la pose, afin de détourner l'attention de la patiente du geste technique. D'autres professionnels, comme Philippe Desseignet, détournent l'attention de la patiente en l'impliquant dans le geste (34). En effet, ce gynécologue essaye de ne pas utiliser de pince Pozzi en améliorant l'axe utéro-vaginal

grâce à une vessie pleine et effectue les poses de DIU sous échographie, cela lui permet lors de l'introduction de l'hystéromètre et de l'inserteur de ne pas entrer en contact avec le fond utérin, ce qui a tendance à entraîner une contraction douloureuse de l'utérus. De plus, il fait maintenir la sonde d'échographie par la patiente, ce qui polarise son attention sur le geste et moins sur la douleur. Néanmoins, même si cette méthode semble être intéressante, les sages-femmes qui posent des DIU n'ont pas toutes à leur disposition un appareil d'échographie, ainsi en pratique cette technique ne pourrait pas être utilisée par tous. De plus, dans notre étude, presque 76% des sages-femmes qui ne posent pas de DIU aux patientes nullipares ont répondu être d'accord ou plutôt d'accord avec le fait que le risque de douleurs est plus important chez une patiente n'ayant jamais accouché. On peut alors supposer que ce risque de douleur est aussi une des raisons pour lesquelles ces sages-femmes ne posent pas de DIU chez les patientes nullipares. Cette notion de peur de la douleur semble donc persister et être un obstacle à l'utilisation de cette méthode contraceptive, ce qui ne devrait pas être le cas, d'autant plus avec la mise en place de techniques d'accompagnement comme celles que nous avons évoqué précédemment. Le temps d'explications au sujet de la pose du DIU au préalable, lors de la consultation de prescription et juste avant la pose, ainsi que la visualisation de la taille réelle d'un DIU, restent essentiels, l'apport d'informations semblant être un bon moyen pour limiter l'angoisse liée à la pose.

Nous avons ensuite pu observer que 89,2% des sages-femmes sont d'accord ou plutôt d'accord avec le fait que le risque infectieux n'est pas augmenté chez une patiente nullipare par rapport à une patiente ayant déjà accouché. En 2013, les auteurs d'une revue ont conclu qu'aucune étude n'avait démontré d'association entre l'utilisation des DIU et les infections génitales hautes sauf pendant les 20 premiers jours après l'insertion (35). C'est le contact sexuel avec une personne porteuse d'une IST qui est responsable de l'infection, que la femme soit porteuse d'un DIU ou pas et qu'elle soit nullipare ou pas (20). Ainsi, le risque infectieux n'aurait donc pas de lien avec la parité de la patiente. D'après l'ANAES, ce risque de maladie inflammatoire pelvienne, donc d'infection génitale haute, pourrait être plus élevé pour les femmes ayant des facteurs de risque infectieux : certaines IST, une infection génitale haute en cours ou récente, un âge <25 ans donc potentiellement des patientes nullipares, ainsi que des partenaires multiples(6). On en revient là encore au fait que très fréquemment, le jeune âge des patientes et donc la nulliparité est considéré comme très lié aux comportements à risques. De plus, dans

notre étude, presque 79% des sages-femmes interrogées considéraient le fait de vérifier l'absence de conduites à risque avant une pose de DIU comme nécessaire. Ainsi, on peut supposer que comme les sages-femmes semblent en très grand nombre vérifier ce critère, elles sont presque toutes d'accord pour dire que le risque infectieux n'est pas augmenté chez une patiente nullipare car elles ont pris leurs précautions en vérifiant l'absence des facteurs de risque avant la pose. Néanmoins, il est intéressant de noter que le contexte d'urgence devrait logiquement augmenter le risque infectieux lors de la pose (rapport non protégé, pas de possibilité d'avoir les résultats de prélèvements vaginaux à la recherche d'IST avant la pose du fait du contexte urgent), c'est peut-être pour cela que seulement 33,9% des sages-femmes interrogées dans notre étude proposeraient le DIU au cuivre en contraception d'urgence aux patientes nullipares. Tout cela souligne la nécessité d'un interrogatoire précis au moment de la prescription et juste avant la pose, d'un respect rigoureux des conditions d'asepsie au moment de la pose, ainsi que d'une éducation thérapeutique sérieuse et régulière au sujet des conduites à risque et du port du préservatif quel que soit le mode de contraception choisi par la patiente et quel que soit son âge. La HAS rappelle tout de même que les risques de maladies inflammatoires pelviennes en cas de port de DIU restent rares (7).

De même, plus de 84% des sages-femmes étaient d'accord ou plutôt d'accord pour dire que le risque de dysplasie cervicale n'était pas plus important chez les patientes nullipares. Les dysplasies cervicales correspondent au développement de cellules anormales à la surface du col de l'utérus et sont une conséquence possible de l'infection à Papillomavirus (HPV). Il s'agit de lésions précancéreuses, qui peuvent ou non évoluer vers un cancer du col de l'utérus. Ainsi, le risque de dysplasie cervicale et donc de cancer du col de l'utérus est notamment lié aux IST, donc aux conduites à risques et donc à l'absence de port de préservatifs pendant les rapports. Or, comme expliqué ci-dessus, c'est le contact sexuel avec une personne porteuse d'une IST qui est responsable de l'infection, que la femme soit porteuse d'un DIU ou pas et qu'elle soit nullipare ou pas (20). Ainsi, là encore, si la patiente nullipare a reçu des informations adaptées et applique les conseils des professionnels de santé, il n'y a pas de raisons qu'elle soit plus à risque de dysplasie cervicale en étant porteuse d'un DIU qu'une patiente primipare ou multipare.

Concernant le risque d'expulsion retrouvé chez les nullipares, presque 76% des sages-femmes sont d'accord ou plutôt d'accord pour dire qu'il n'est pas augmenté par rapport aux patientes primipares ou multipares. En effet, d'après une étude américaine réalisée en 2014, les taux globaux d'expulsion de DIU sont de 6% et ne sont pas significativement différents selon l'âge ou la parité (36). En 2015, l'OMS confirme que le risque d'expulsion est faible chez toutes les utilisatrices de DIU et que les différences selon la parité paraissent peu significatives sur le plan clinique, mais précisent que les jeunes utilisatrices de DIU au cuivre pourraient être plus exposées à une expulsion du dispositif que les utilisatrices plus âgées (13). De même, l'étude américaine citée ci-dessus a constaté que les utilisatrices de DIU au cuivre étaient plus susceptibles de subir une expulsion et donc un échec de contraception que les utilisatrices du système intra-utérin au levonorgestrel (36). Il y aurait donc plus une notion d'âge et de type de DIU que de parité concernant ce risque d'expulsion. Ainsi, si les patientes jeunes sont plus à risque de subir une expulsion de leur DIU, cela ne serait à priori pas en lien avec leur parité.

Par ailleurs, nous avons interrogé les praticiens au sujet de la perforation utérine, l'une des complications les plus redoutées chez les professionnels. D'après le CNGOF, le risque de perforation utérine est estimé à 1/1000 (19). Dans la mesure où la cavité utérine est plus petite chez les patientes nullipares, il est légitime de se poser la question d'un risque plus élevé chez ces dernières. Dans notre étude, plus de 87% des sages-femmes interrogées estimaient qu'il n'y avait pas plus de risques de perforation utérine chez une patiente nullipare par rapport à une patiente ayant déjà accouché. En effet, une étude américaine menée en 2014 a constaté que les perforations utérines étaient peu fréquentes dans tous les groupes d'âges, y compris chez les adolescentes, et que l'on ne retrouve pas plus cette complication chez les patientes nullipares (36). Ainsi, il s'agit d'un incident très redouté alors que sa fréquence est très faible.

De même, plus de 80% des sages-femmes interrogées ne pensent pas qu'il y ait plus d'effets indésirables chez une patiente nullipare donc qu'elles tolèrent tout aussi bien ces dispositifs que les patientes ayant déjà accouché, et qu'ainsi le taux de retrait n'est pas plus important. D'après de nombreuses études, les principaux effets indésirables retrouvés avec cette contraception sont les saignements prolongés dans le cas du DIU au cuivre, les pertes de sang anarchiques dans le cas du DIU hormonal, ainsi que les douleurs peu importe le type de dispositif. D'après une étude réalisée en 2013 au Danemark, il semblerait que les femmes porteuses d'un DIU au cuivre aient été plus nombreuses à demander un retrait de leur dispositif du fait d'un flux menstruel

trop abondant (37). Une étude de 2014 révèle que sur les 12 premiers mois d'utilisation, le taux de retrait était le même quel que soit l'âge, en revanche, après un suivi 37 mois, les jeunes femmes âgées de 13 à 19 ans étaient plus susceptibles de demander le retrait de leur dispositif que celles âgées de 25 à 35 ans (36). Au surplus, en 2015, M. Abraham a réalisé une étude à partir de l'étude américaine « Choice », et met également en évidence que l'âge inférieur à 20 ans n'est pas associé à un taux d'abandon précoce (avant 12 mois) (38). Néanmoins, cette auteure a tout de même observé une différence de taux de retrait en fonction du type de DIU et de la parité dans son étude. En effet, les participantes nullipares utilisant le DIU au cuivre étaient plus susceptibles d'interrompre leur contraception que les participantes primipares ou multipares. Cette conclusion n'a pas été observée chez les utilisatrices du DIU hormonal. Cependant, bien qu'il ait été émis ici l'hypothèse d'une disparité dans les taux de poursuite entre les jeunes femmes nullipares et les jeunes femmes primipares ou multipares, M. Abraham a constaté seulement de petites différences et en a conclu que l'effet global de la nulliparité était faible. Les résultats de cette étude ont donc prouvé que les patientes nullipares ne constituent pas un groupe à haut risque de retrait de DIU. Ainsi, il ne devrait pas exister de crainte chez les sages-femmes d'une plus mauvaise tolérance de DIU chez les nullipares par rapport aux patientes ayant déjà accouché.

Pour finir, plus de 98% des sages-femmes interrogées sont d'accord ou plutôt d'accord pour dire que l'efficacité du DIU chez les patientes nullipares n'est pas inférieure à celle retrouvée chez les patientes primipares ou multipares. Effectivement, aucune étude ne prouve une différence d'efficacité en lien avec la parité.

Conclusion

Conclusion

À travers cette étude, nous souhaitons analyser la pratique des sages-femmes au sujet de la pose de DIU chez les patientes nullipares. Même si notre panel n'était pas représentatif de la population générale de sages-femmes en France, des observations et constats intéressants ont pu être réalisés.

Il semblerait qu'une grande majorité de sages-femmes soit favorable à l'utilisation de ces dispositifs chez des patientes n'ayant jamais accouché, et même si elles sont moins nombreuses à les proposer d'emblée en 1^{ère} intention, elles n'hésitent pas à en poser pour répondre aux demandes des patientes. Dans ce cas-là, elles favorisent surtout des DIU de petite taille, adaptés à la hauteur utérine des patientes nullipares, et contrairement aux recommandations favorisent autant les dispositifs hormonaux qu'au cuivre. Par ailleurs, nombreuses sont celles qui ont précisé toujours sélectionner une méthode contraceptive, et notamment ici un type de DIU, en collaboration avec les patientes, en fonction des attentes et souhaits de ces dernières, sans jamais imposer un contraceptif plus qu'un autre. D'ailleurs, si la patiente s'oriente vers un DIU et que ces sages-femmes ne se sentent pas à l'aise avec ce geste technique, elles respectent ce choix et l'adressent systématiquement à un autre professionnel pour la pose.

Globalement, notre étude nous a montré que les sages-femmes semblent bien informées au sujet de ces dispositifs ainsi que sur l'absence de sur-risques lors de l'utilisation chez les patientes nullipares. Elles s'accordent presque toutes sur l'efficacité de cette contraception chez ces dernières, au même niveau que lors de son utilisation chez celles ayant déjà accouché.

Même si la plupart des sages-femmes semblaient favorables à l'utilisation de ces dispositifs chez les patientes nullipares, nous nous demandions si l'année d'obtention du diplôme et donc le fait d'avoir bénéficié d'une formation gynécologique pendant les études maïeutiques influençait leur avis. D'après nos résultats, c'est en effet le cas : ces sages-femmes ont tendance à moins proposer les DIU en 1^{ère} intention aux patientes nullipares. Mais malgré le fait qu'elles aient obtenu leur diplôme alors que l'autorisation de réaliser des consultations gynécologiques n'était pas encore d'actualité, elles se sentent globalement toutes aussi habilitées à réaliser une pose de DIU que des sages-femmes ayant été formées avec ce droit de pose, et semblent décrire une aisance semblable à ces dernières. Elles insistent tout de même sur la nécessité d'une

formation gynécologique soutenue pendant les études, notamment du point de vue pratique, et réalisent alors davantage de formations complémentaires par la suite, qui à priori ont un effet positif sur le taux de pose chez les nullipares. Même si elles n'ont pas bénéficié d'une formation initiale adéquate au sujet de la pose des DIU, elles semblent réussir à se former et à se maintenir au courant de l'actualité de cette méthode contraceptive via différentes ressources. Ainsi, il semblerait que la formation gynécologique initiale n'influence pas vraiment la pose de DIU chez les patientes nullipares mais plutôt la facilité à proposer cette contraception de prime abord à ces dernières, et que ce soit les formations complémentaires qui forment réellement au geste technique en lui-même.

Finalement, on retrouve seulement un taux très faible de sages-femmes ne posant pas de DIU spécifiquement chez les patientes nullipares dans notre étude (2,7%). Globalement, soit les sages-femmes ne posent pas du tout de DIU parce qu'elles ne se sentent pas à l'aise avec ce geste technique ou parce que cela va à l'encontre même de leurs convictions, soit elles en posent à toutes les patientes, quelle que soit leur parité.

La réalisation de formations complémentaires pourrait donc être une solution adéquate pour pallier cette absence de pose de DIU. Néanmoins l'accès à ces formations n'est pas toujours évident (plan de formation avec budget limité, priorisation d'autres formations en fonction de leur activité...). Nous pouvons alors supposer, en fin de compte, que l'absence de pose de DIU pourrait être la conséquence d'un manque de temps et de possibilités pour se former.

Nous nous apercevons alors, en mettant en parallèle cette étude avec celles que nous avons évoqué en préambule, que les mentalités des professionnels à ce sujet semblent se modifier au fil du temps. Cette évolution des pratiques semble d'ailleurs concomitante avec l'évolution des connaissances des jeunes femmes au sujet des méthodes contraceptives et des conduites à risques, notamment grâce aux campagnes de prévention, aux actions d'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle au sein des établissements scolaires ainsi qu'à l'accès facilité à l'information via internet. Il n'est alors pas étonnant que les femmes nullipares soient bien plus informées qu'auparavant de cette possibilité d'obtenir un DIU comme contraception, et ne devraient alors pas, de nos jours, se retrouver face à des refus.

Il aurait été intéressant de savoir de quel type de professionnel médical provenait le refus de pose de DIU chez les patientes nullipares dont ont été témoins les sages-femmes interrogées. Ainsi, d'autres études descriptives auraient-pu être réalisées, à la fois chez les gynécologues et les médecins généralistes, pour déterminer si le refus de pose chez les patientes nullipares est davantage une problématique axée sur un type de profession médicale, ou s'il s'agit d'une problématique pluri-professionnelle.

Il est néanmoins essentiel de rappeler que la population de cette étude n'est pas représentative de la population générale. Ainsi, les conclusions tirées lui sont propres et ne peuvent être généralisées. Toutefois, il serait intéressant que ces dernières fassent l'objet d'une étude nationale, auprès de toutes les sages-femmes du territoire, quel que soit leur milieu d'exercice. Cela permettrait également de recenser la part réelle d'activité gynécologique pratiquée dans les différents milieux d'exercice médical.

Finalement, même si la mentalité des praticiens autour de ce sujet semble se modifier avec le temps, il n'en reste pas moins qu'encore aujourd'hui, la nulliparité est fréquemment associée aux comportements à risques, engendrant un certain frein à la proposition du DIU chez cette population. Or, il est important de rappeler qu'aucun moyen contraceptif autre que le préservatif ne permet de protéger des infections sexuellement transmissibles, ainsi le DIU ne devrait pas être moins proposé qu'une autre contraception sous prétexte d'un risque plus important. De même, le mode de vie peut influencer considérablement l'efficacité de la contraception, comme celle d'une pilule contraceptive. Ainsi, avec un taux de recours à l'IVG en France à son niveau le plus élevé depuis 1990, le choix d'une méthode contraceptive à longue durée d'action chez les patientes nullipares telle que les dispositifs intra-utérins devrait s'en trouver renforcée.

Références bibliographiques

Références bibliographiques

1. Exbrayat P. Nulliparité et dispositif intra-utérin : motivations et expériences des nullipares. [Mémoire]. [Site de formation maïeutique de Bourg-en-Bresse]: Université Claude Bernard Lyon 1 - UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux; 2018.
2. Drees. Interruptions volontaires de grossesse : une hausse confirmée en 2019. sept 2020;(1163):7.
3. Birgisson NE, Zhao Q, Secura GM, Madden T, Peipert JF. Preventing Unintended Pregnancy: The Contraceptive CHOICE Project in Review. J Womens Health. 1 mai 2015;24(5):349-53.
4. Merki-Feld GS, Caetano C, Porz TC, Bitzer J. Are there unmet needs in contraceptive counselling and choice? Findings of the European TANCO Study. VOL 23, NO 3, 183–193. The European Journal of Contraception&Reproductive Health Care. 22 mai 2018;183-93.
5. Petit M. Dispositif intra-utérin et nulliparité : représentations et évaluation des pratiques chez les gynécologues médicaux libéraux de la région Rhône-Alpes [Mémoire]. [Site de formation maïeutique de Bourg-en-Bresse]: Université Claude Bernard Lyon 1 - UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux; 2014.
6. ANAES. Recommandations pour la pratique clinique - Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme - Version longue. 2004.
7. HAS. Document de synthèse - Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. 2013.
8. HAS. Document de synthèse - État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [Internet]. 2013. Disponible sur: https://prod-web.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2 clics-5.pdf [Consulté le 10 avril 2020]
9. Légifrance. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 22, 2009 p. 77.
10. DREES. Effectifs des sages-femmes par mode d'exercice, zone d'activité 1, sexe et tranche d'âge [Internet]. 2018. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3751> [Consulté le 16 mars 2021]
11. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Suivi gynécologique et contraception [Internet]. Ordre des sages-femmes. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/le-suivi-gynecologique-de-prevention-et-les-consultations-en-matiere-de-contraception/> [Consulté le 14 mars 2021]

12. Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille. Guide contraception - Pour une prescription adaptée. 2005.
13. Organisation Mondiale de la Santé. Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives [Internet]. 2015. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789241549158> [Consulté le 23 janvier 2021]
14. CNGOF. Fiche d'information des patientes sur le dispositif intra-utérine (stérilet) [Internet]. 2017. Disponible sur: https://cngof.net/Publications-CNGOF/Fiches-info-patientes/2017/cngof_info_17-DIU_.pdf [Consulté le 21 mars 2021]
15. HAS. IST : la HAS recommande un dépistage systématique de l'infection à Chlamydia trachomatis chez les jeunes femmes [Internet]. 2018. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2879454/fr/ist-la-has-recommande-un-depistage-systematique-de-l-infection-a-chlamydia-trachomatis-chez-les-jeunes-femmes [Consulté le 21 mars 2021]
16. Prescrire. Contraception : pas d'interaction établie entre AINS et stérilet. 01/01/2003. 1 janv 2003;23(235):76.
17. Martin Winckler. La légence du DIU et des anti-inflammatoires [Internet]. Winckler's Webzine. 2014. Disponible sur: <http://martinwinckler.com/spip.php?article590> [Consulté le 21 mars 2021]
18. Vidal. CCD UT380 Standard disp IU avec kit de pose [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/parapharmacie/ccd-ut380-standard-disp-iu-avec-kit-de-pose-201485.html> [Consulté le 23 février 2021]
19. CNGOF. Gynécologie médicale (première partie). 2014.
20. Revue Genesis, Bouvier Damien. DIU chez les nullipares : avantages/risques. 19/06/2017 [Internet]. 19 juin 2017; Disponible sur: <https://www.revuegenesis.fr/diu-chez-les-nullipares-avantagesrisques/> [Consulté le 15 février 2021]
21. HAS. Commission de la transparence Mirena [Internet]. 2017. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-15139_MIRENA_PIC_REEV_Avis3_CT15139.pdf [Consulté le 21 mars 2021]
22. HAS. Commission de la transparence Kyleena [Internet]. 2017. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-16479_KYLEENA_PIS_INS_Avis3_CT16479.pdf [Consulté le 21 mars 2021]
23. HAS. Commission de la transparence Jaydess [Internet]. 2013. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-13150_JAYDESS_PIC_INS_Avis2_CT13150.pdf [Consulté le 21 mars 2021]

24. HAS. Contraception : de la consultation initiale au suivi médical [Internet]. 2020. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-06/contraception_de_la_consultation_initiale_au_suivi_medical.pdf [Consulté le 21 mars 2021]
25. ANSM. Résumé des caractéristiques du produit Mirena [Internet]. 2012. Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0206241.htm> [Consulté le 25 mars 2021]
26. ANSM. Résumé des caractéristiques du produit Kyleena [Internet]. 2018. Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0318044.htm> [Consulté le 25 mars 2021]
27. ANSM. Résumé des caractéristiques du produit Jaydess [Internet]. 2013. Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0224926.htm> [Consulté le 25 mars 2021]
28. HAS. Fiche Mémo HAS - Contraception chez la femme adulte et l'adolescente en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG). 2015.
29. Galli S. DIU chez les nullipares, enquête qualitative : projet, pose et vécu [Internet] [Thèse]. [Nice]: Faculté de médecine de Nice; 2017. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01630320> [Consulté le 21 mars 2021]
30. Bednarek PH, Creinin MD, Reeves MF, Cwiak C, Espey E, Jensen JT. Prophylactic ibuprofen does not improve pain with IUD insertion: a randomized trial. *Contraception*. 1 mars 2015;91(3):193-7.
31. Trignol-Viguiier N, Blin E, Marret H. Dispositif intra-utérin et nulliparité. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 1 juin 2014;42(6):432-7.
32. Hubacher D, Reyes V, Lillo S, Zepeda A, Chen P-L, Croxatto H. Pain from copper intrauterine device insertion: Randomized trial of prophylactic ibuprofen. *Am J Obstet Gynecol*. nov 2006;195(5):1272-7.
33. Mody SK, Kiley J, Rademaker A, Gawron L, Stika C, Hammond C. Pain control for intrauterine device insertion: a randomized trial of 1% lidocaine paracervical block. *Contraception*. 1 déc 2012;86(6):704-9.
34. Desseignet P. Pose d'un dispositif intra-utérin sans douleur [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.gynecologie-pratique.com/journal/article/0014342-pose-dun-dispositif-intra-uterin-sans-douleur> [Consulté le 30 mars 2021]
35. Carr S, Espey E. Intrauterine Devices and Pelvic Inflammatory Disease Among Adolescents. *J Adolesc Health*. 1 avr 2013;52(4, Supplement):S22-8.

36. Aoun J, Dines VA, Stovall DW, Mete M, Nelson CB, Gomez-Lobo V. Effects of age, parity, and device type on complications and discontinuation of intrauterine devices. *Obstet Gynecol.* mars 2014;123(3):585-92.
37. Kolding L, Majeed HG. Reasons for removal of intrauterine devices among women in general practice. *Ugeskr Laeger.* 25 mars 2013;175(13):884-6.
38. Abraham M, Zhao Q, Peipert J f. Young age, nulliparity, and continuation of long-acting reversible contraceptive methods. *Obstet Gynecol.* 01 2015;126(4):823-9.

Annexes

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire informatisé réalisé par l'intermédiaire du logiciel Google Forms.

| |
|--|
| <p style="text-align: center;"><u>ÉTUDE QUANTITATIVE SUR LE SUIVI</u> <u>GYNÉCOLOGIQUE DE PRÉVENTION RÉALISÉ PAR LES</u> <u>SAGES-FEMMES</u></p> |
|--|

Bonjour,

Je m'appelle Tiffany Alibert, je suis étudiante sage-femme en 5^{ème} année à l'école de Bourg-en-Bresse.

Dans le cadre de mon mémoire et en vue de l'obtention de mon diplôme d'État de Sage-Femme, je réalise une étude sur le suivi gynécologique de prévention réalisé par les sages-femmes et plus particulièrement sur la contraception.

Ce questionnaire, qui ne prendra que quelques minutes de votre temps, est anonyme et est destiné à toute sage-femme, peu importe le milieu médical dans lequel vous exercez.

Avant de débiter ce questionnaire, vous trouverez une note d'informations concernant votre participation à cette étude, plus particulièrement au sujet de vos droits et du traitement des données que vous partagerez.

Ce questionnaire est indispensable à la réalisation de mon mémoire. De ce fait, je vous remercie vivement pour votre participation, ainsi que pour le temps que vous y consacrerez.

Cordialement,

ALIBERT Tiffany

I. PROFIL DU PROFESSIONNEL DE SANTÉ

1. Vous avez : *

Une seule réponse possible.

- 20-29 ans
 30-39 ans
 40-49 ans
 50-59 ans
 60 ans ou plus

2. En quelle année avez-vous obtenu votre Diplôme d'État de Sage-Femme? *

Une seule réponse possible.

- Avant 2010
 En 2010-2013
 À partir de 2014

3. Dans quel milieu médical exercez-vous? (vous pouvez cocher plusieurs réponses notamment si vous travaillez dans plusieurs milieux médicaux à temps partiel) *

Plusieurs réponses possibles.

- Centre hospitalier / Clinique
 Activité libérale en cabinet seul(e)
 Activité libérale en cabinet avec d'autres collègues sages-femmes
 Maison médicale
 CPEF (centre de planification et d'éducation familiale)
 PMI (protection maternelle et infantile)
 Autre (merci de bien vouloir préciser ci-dessous)

Autre : _____

4. Assurez-vous des consultations de gynécologie? *

Merci de répondre "oui" même si vous n'en effectuez que de manière occasionnelle.

Une seule réponse possible.

- Oui *Passer à la question 5*
- Non *Passer à la section 4 (Fin du questionnaire (1)).*

Fin du questionnaire
(1)

Ce questionnaire s'arrête là pour vous. Merci beaucoup pour votre participation.

5. Depuis quelle année assurez-vous des consultations de gynécologie? *

Une seule réponse possible.

- Avant 2010
- Entre 2010 et 2013
- Entre 2014 et 2020

6. Avez-vous suivi une ou des formations complémentaires de gynécologie (Diplôme Universitaire, formation courte <3j...) depuis l'obtention de votre diplôme? *

Une seule réponse possible.

- Oui *Passer à la question 7*
- Non *Passer à la question 8*

7. Merci de bien vouloir préciser quel(s) type(s) de formation(s) vous avez suivi :
(plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- Formation courte (<3j)
- DU (diplôme universitaire) ou formation diplômante de longue durée
- Autre (merci de bien vouloir préciser ci-dessous)

Autre : _____

Passer à la question 8

II. CONTRACEPTION

8. Sur la totalité de votre activité, quel pourcentage est dédié à la contraception? *

Une seule réponse possible.

- <10%
- 10-25%
- 26-50%
- 51-75%
- >75%

9. D'une manière générale, pour une patiente PRIMIPARE ou MULTIPARE, parmi les contraceptifs suivants, lesquels leur proposez-vous en 1ERE INTENTION? (plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- Préservatifs masculins
- Préservatifs féminins
- Anneaux vaginaux
- Capes cervicales
- Diaphragmes
- Spermicides
- Patches
- Pilules oestro-progestatives
- Pilules micro-progestatives
- Implants progestatifs
- Dispositifs intra-utérins (DIU) qu'ils soient hormonaux ou au cuivre
- Progestatifs injectables

10. D'une manière générale, pour une patiente NULLIPARE, parmi les contraceptifs suivants, lesquels leur proposez-vous en 1ERE INTENTION? (plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- Préservatifs masculins
- Préservatifs féminins
- Anneaux vaginaux
- Capes cervicales
- Diaphragmes
- Spermicides
- Patches
- Pilules oestro-progestatives
- Pilules micro-progestatives
- Implants progestatifs
- Dispositifs intra-utérins (DIU) qu'ils soient hormonaux ou au cuivre
- Progestatifs injectables

III. DIU (DISPOSITIF INTRA-UTÉRIN)

Lorsque le terme DIU (dispositif intra-utérin) sera utilisé dans ce questionnaire, on entendra par ce terme un dispositif intra-utérin de manière générale, qu'il soit donc au cuivre ou hormonal.

11. Posez-vous des DIU? (merci de répondre "oui" même si vous n'en posez qu'occasionnellement) *

Une seule réponse possible.

- Oui *Passer à la question 12*
- Non *Passer à la question 13*

12. En moyenne, combien de DIU posez-vous par mois? *

Une seule réponse possible.

- <5/mois
 5-10/mois
 10-20/mois
 >20/mois

Passer à la question 16

13. Pour quelle(s) raison(s) ne posez-vous pas de DIU? *

Classez les raisons ci-dessous de la plus importante (1) à la moins importante (5).

Une seule réponse possible par ligne.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Durée de consultation trop courte pour envisager une pose de DIU | <input type="radio"/> |
| Absence de matériel adapté à la pose de DIU | <input type="radio"/> |
| Peu ou pas à l'aise face à la réalisation de ce geste | <input type="radio"/> |
| D'après vous, une sage-femme n'est pas habilitée à réaliser ce geste technique | <input type="radio"/> |
| Absence de demande de pose DIU de la part des patientes | <input type="radio"/> |

Passer à la question 14

14. Concernant la réalisation du geste de pose de DIU, je me sens : (plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- À l'aise
- Peu ou pas à l'aise par manque d'un enseignement théorique et de travaux pratiques car le suivi gynécologique n'était pas encore intégré aux études de maïeutique.
- Peu ou pas à l'aise car je n'ai pas réalisé de formation gynécologique complémentaire.
- Peu ou pas à l'aise malgré un enseignement théorique et des travaux pratiques pendant ma formation maïeutique.
- Peu ou pas à l'aise malgré une formation complémentaire réalisée.
- Peu ou pas à l'aise car j'exerce seul(e) et en cas de difficultés ou de doutes lors de la pose je ne pourrais pas demander l'avis/l'aide d'un confrère.
- Autre (merci de bien vouloir préciser ci-dessous)
- Autre : _____

Passer à la question 15

15. Si vous ne posez pas de DIU, adressez-vous vos patientes à un autre professionnel pour la mise en place du dispositif? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non, nous discutons ensemble d'un autre moyen de contraception adapté à la patiente et au couple.

Passer à la question 16

IV. FORMATIONS ET RESSOURCES POUR LA POSE DU DIU

16. Pensez-vous que votre formation initiale THÉORIQUE à propos du DIU est : *

Une seule réponse possible.

- | | | | | | |
|--------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| Insuffisante | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Suffisante |

17. Pensez-vous que votre formation initiale PRATIQUE à propos du DIU est : *

Une seule réponse possible.

| | | | | | |
|--------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| Insuffisante | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Suffisante |

18. Avez-vous suivi une formation complémentaire sur la pose de DIU après l'obtention de votre diplôme? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

19. Utilisez-vous des ressources (revues, recommandations, conférences...) afin de vous informer régulièrement des actualités concernant les DIU? *

Une seule réponse possible.

- Oui *Passer à la question 20*
 Non *Passer à la question 21*

20. Merci de bien vouloir préciser quel(s) type(s) de ressource(s) vous utilisez. (plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- Revues médicales / Journaux médicaux
 Recommandations des autorités de santé
 Conférences
 Visites de firmes pharmaceutiques
 Autre (merci de bien vouloir préciser ci-dessous)

Autre : _____

Passer à la question 21

21. Pensez-vous qu'une formation plus soutenue pendant les études maïeutiques sur le thème du DIU serait intéressante? *

Une seule réponse possible.

- Oui *Passer à la question 22*
 Non *Passer à la question 23*

22. Formation plus soutenue du point de vue : *

Une seule réponse possible.

- Théorique
 Pratique
 Théorique et pratique

Passer à la question 23

V. PRESCRIPTION DU DIU CHEZ LES PATIENTES NULLIPARES

23. Concernant l'utilisation du DIU chez la nullipare, vous y êtes : *

Une seule réponse possible.

| | | | | | |
|-------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| Défavorable | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Favorable |

24. À une nullipare, vous proposez le DIU : (plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- En 1ère intention
 En 2nd intention
 En contraception d'urgence
 Jamais

25. L'analyse des critères ci-dessous doit être envisagée avant une pose de DIU chez une nullipare : *

Une seule réponse possible par ligne.

| | Pas d'accord | Plutôt pas d'accord | Plutôt d'accord | D'accord |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| L'âge de la patiente | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| La présence d'un partenaire stable | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| L'absence de conduites à risque | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| L'absence d'antécédents d'IST (infections sexuellement transmissibles) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| L'absence d'antécédents d'infection pelvienne | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| L'absence d'antécédents de GEU (grossesse extra-utérine) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| L'absence de traitement anti-inflammatoire à long terme | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

VI. POSE DE DIU CHEZ LES PATIENTES NULLIPARES

26. Des patientes nullipares se sont-elles déjà présentées auprès de vous pour une prescription/pose de DIU suite à un refus de la part d'un autre professionnel de santé? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

27. Vous-mêmes, posez vous des DIU chez les patientes nullipares? *

Une seule réponse possible.

- Oui *Passer à la question 28*
 Non *Passer à la question 32*

28. En moyenne, combien de DIU posez-vous chez les patientes nullipares par mois? *

Une seule réponse possible.

- <5/mois
 5-10/mois
 10-20/mois
 >20/mois

Passer à la question 29

29. Favorisez-vous la pose d'un certain type de DIU chez les patientes nullipares? *

Une seule réponse possible.

- Oui *Passer à la question 30*
 Non *Passer à la question 32*

30. Quel(s) type(s) de DIU favorisez-vous? (plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- Au cuivre taille classique
 Au cuivre taille short
 Hormonal Mirena
 Hormonal Kyleena
 Autre (merci de bien vouloir préciser ci-dessous)

Autre : _____

Passer à la question 31

31. Pour quelle(s) raison(s)? *

Passer à la question 32

32. Selon vous, pour les patientes nullipares en comparaison avec les patientes primipares/multipares : *

Une seule réponse possible par ligne.

| | Pas d'accord | Plutôt pas d'accord | Plutôt d'accord | D'accord |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| L'insertion est sans danger | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| L'insertion est plus délicate | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Le risque de douleurs est plus important | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Le risque infectieux est plus important | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Le risque de dysplasie cervicale est plus important | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Le risque d'expulsion est plus important | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Le risque de perforation utérine est plus important | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Le taux d'effets indésirables est plus important | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| La tolérance est moins bonne | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| L'efficacité est inférieure | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Le taux de retrait est plus important | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

VII. CONCLUSION

33. Souhaitez-vous ajouter quelque chose ou avez-vous des remarques particulières par rapport à cette étude?

Fin du questionnaire (2)

Merci beaucoup pour votre participation à cette étude !

Bonne journée et bonne continuation,

ALIBERT Tiffany

Annexe 2 : Note d'informations préalables

Informations préalables au traitement des données

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de cette étude quantitative sur le suivi gynécologique de prévention réalisé par les sages-femmes dans plusieurs départements de la région Auvergne-Rhône-Alpes, nous vous informons que vos données feront l'objet d'un traitement aux fins de la recherche.

Le responsable du traitement est le Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse. L'établissement a désigné un Délégué à la Protection des Données (DPO) que vous pouvez joindre à l'adresse

*Délégué à la Protection des Données
Direction Générale, Centre Hospitalier Fleyriat,
900 route de Paris, 01440 VIRIAT*

Ou par courriel à dpo@ght01.fr pour toute question relative à la protection des données personnelles.

Les données à caractère personnel traitées par le Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse en tant que promoteur de la recherche serviront à renseigner l'ensemble des documents nécessaires à la validation de la recherche par les autorités compétentes. A ce titre, elles seront traitées par l'équipe de recherche et **pourront être communiquées à différents organismes** (CNIL, Comité de Protection des Personnes, Commission Nationale des Recherches Impliquant la Personne Humaine, CEREES).

Vos données sont réservées aux seules personnes ayant besoin d'en prendre connaissance dans le cadre de cette étude. Ils sont tous soumis dans l'exercice de leurs fonctions au **secret professionnel**.

Les informations seront conservées de façon dématérialisée et sous format papier afin d'effectuer les démarches nécessaires à cette recherche jusqu'à la publication de la recherche.

Dans le cadre de la recherche entreprise, vos données pourront être **analysées, croisées et publiées** sous la forme de statistiques anonymes.

Le traitement des données s'entend de la prise de connaissance, de la saisie, de l'analyse et de la communication d'informations vous concernant et constituant des données à caractère personnel.

La base juridique de ce traitement de données est l'exécution d'une étude réalisée par questionnaire informatique, prévue par l'article 5 de la Loi relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés du 6 janvier 1978 modifiée.

Les données personnelles traitées dans le cadre de la recherche sont :

- Votre **âge**
- **L'année d'obtention** de votre diplôme d'État de Sage-Femme
- Les **formations complémentaires** que vous avez pu réaliser
- La **durée** depuis laquelle vous exercez en tant que sage-femme
- Votre **secteur d'activité**
- Votre **type d'exercice**

Ces traitements sont conformes à la Loi relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée et ainsi qu'au règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (Règlement Général sur la Protection des Données).

Durée de conservation

Les données recueillies dans le cadre de la recherche seront **supprimées à l'issue de celle-ci**.

Dans le cadre du traitement de vos données il vous est rappelé que vous bénéficiez de droits que vous pouvez exercer directement en contactant le DPO de l'établissement :

Le droit d'accès à vos données (Article 15 RGPD) : Droit de demander la confirmation que des données à caractère personnel vous concernant sont ou ne sont pas traitées et, lorsqu'elles le sont, l'accès aux dites données à caractère personnel ainsi que des informations sur le traitement, les destinataires, la durée de conservation, les finalités du traitement et les lieux de stockage.

Le droit de communication d'une violation de données à caractère personnel (Article 34 RGPD) : Lorsqu'une violation de données à caractère personnel est susceptible d'engendrer un risque élevé pour vos droits et libertés, l'établissement s'engage à vous garantir une communication de la violation de vos données à caractère personnel dans les meilleurs délais.

Sous certaines conditions :

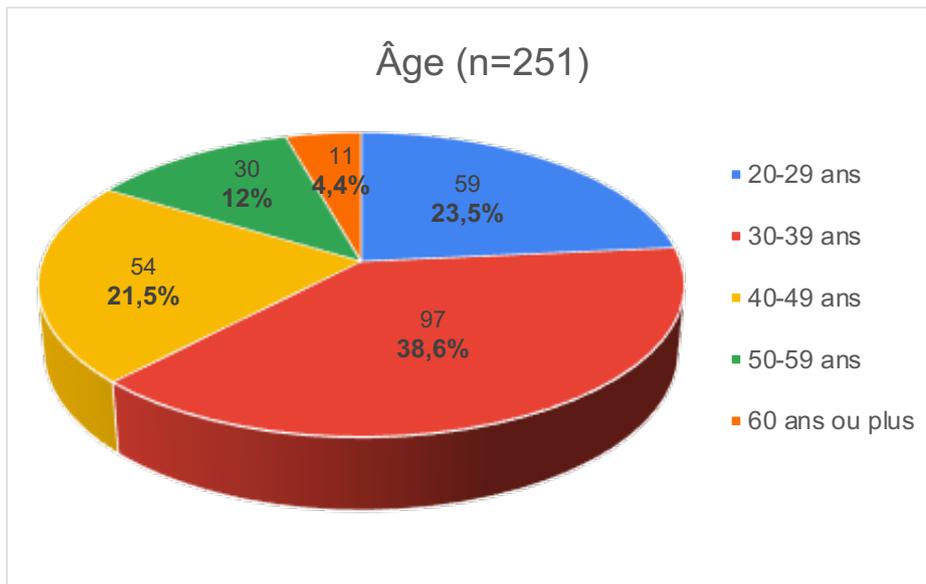
Le droit à l'effacement (Article 17 RGPD) : Droit de demander à l'établissement d'effacer, dans les meilleurs délais, les données à caractère personnel vous concernant lorsque les données à caractère personnel ne sont plus nécessaires au regard des finalités pour lesquelles elles ont été collectées, ou si vous vous êtes opposé au traitement de vos données comme prévu ci-dessous.

Le droit de rectification (Article 16 RGPD) : Droit de demander la rectification des données à caractère personnel vous concernant qui sont inexacts. Compte tenu des finalités du traitement, vous pouvez également demander que les données à caractère personnel incomplètes soient complétées, y compris en fournissant une déclaration complémentaire.

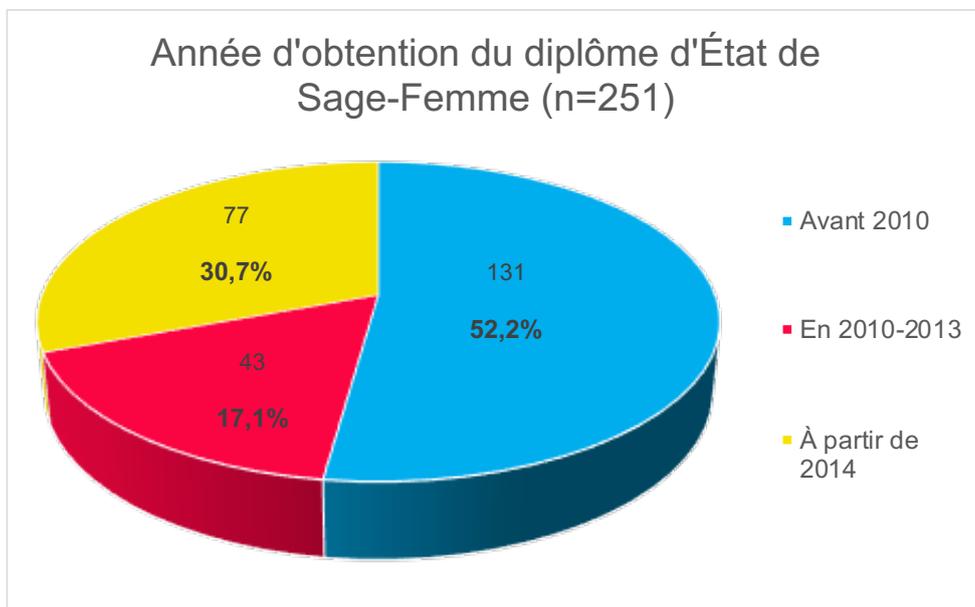
Le droit d'opposition au traitement sous réserve de motif légitime (Article 21 RGPD) : Droit de s'opposer à tout moment, pour des raisons tenant à sa situation particulière, à un traitement des données à caractère personnel vous concernant.

Vous avez également le droit de porter une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés si vos données ne sont pas traitées conformément à la réglementation concernant la protection des données personnelles.

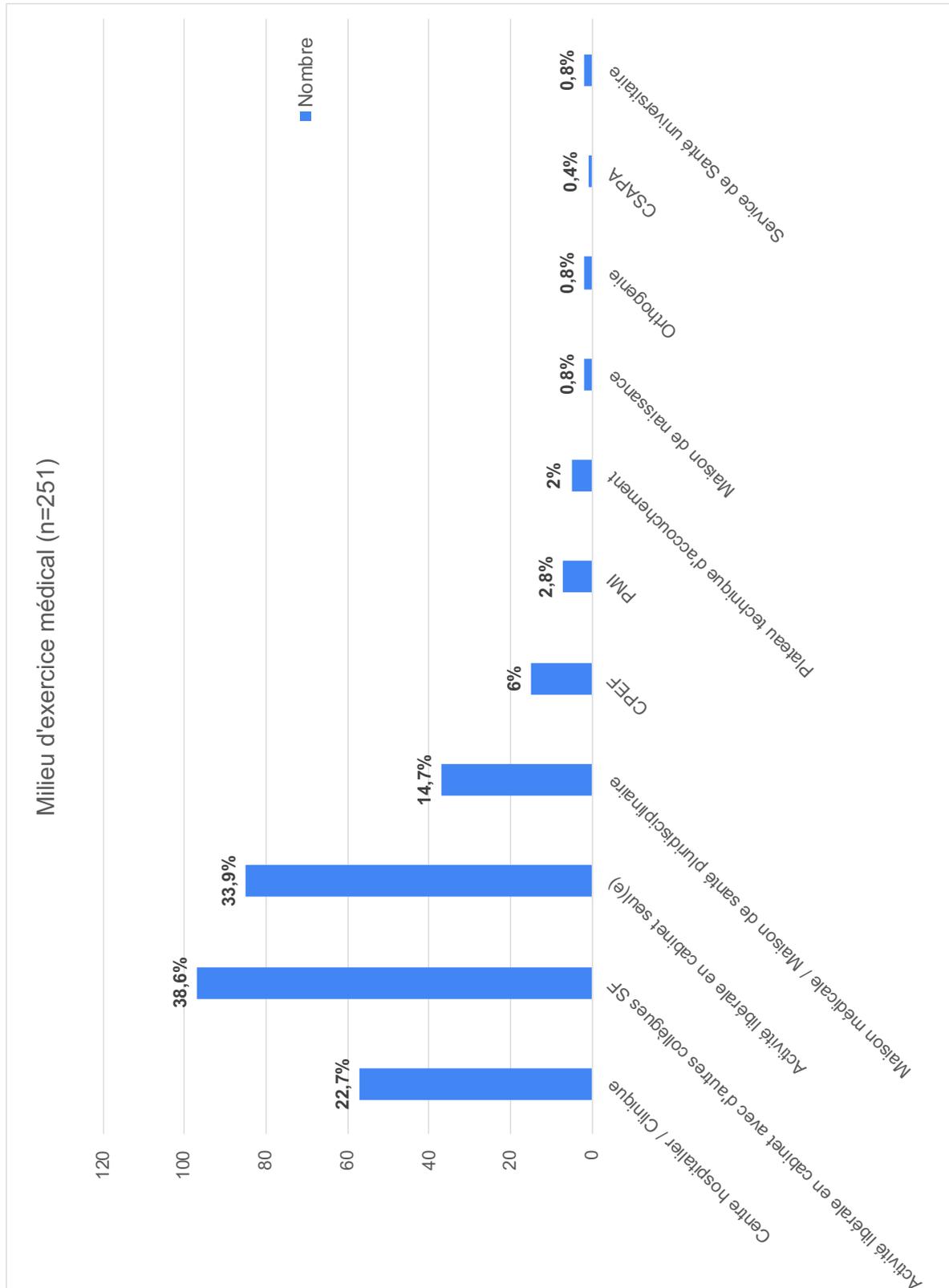
Annexe 3 : Répartition de la population selon l'âge des sages-femmes



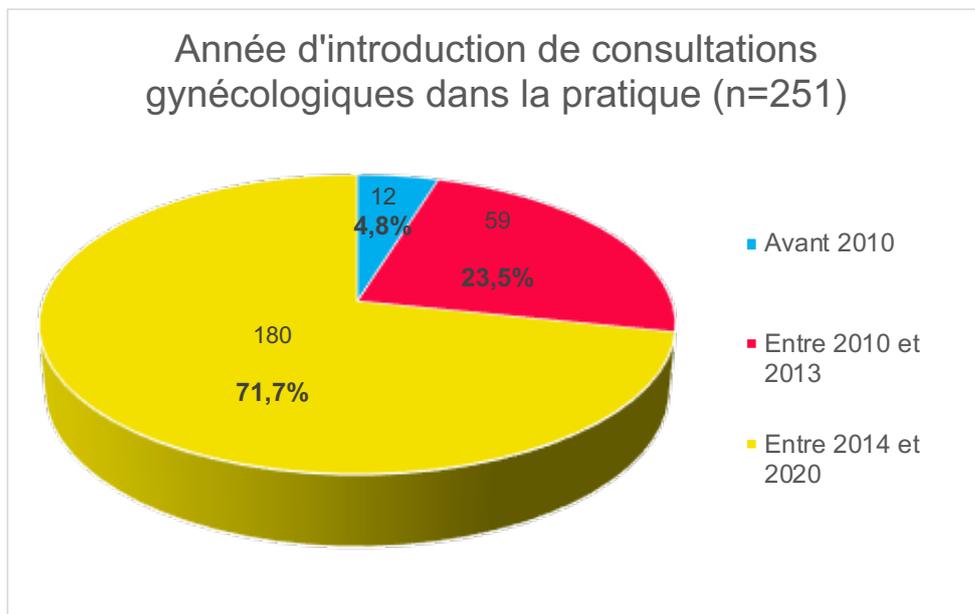
Annexe 4 : Répartition de la population selon l'année d'obtention du diplôme d'État de SF



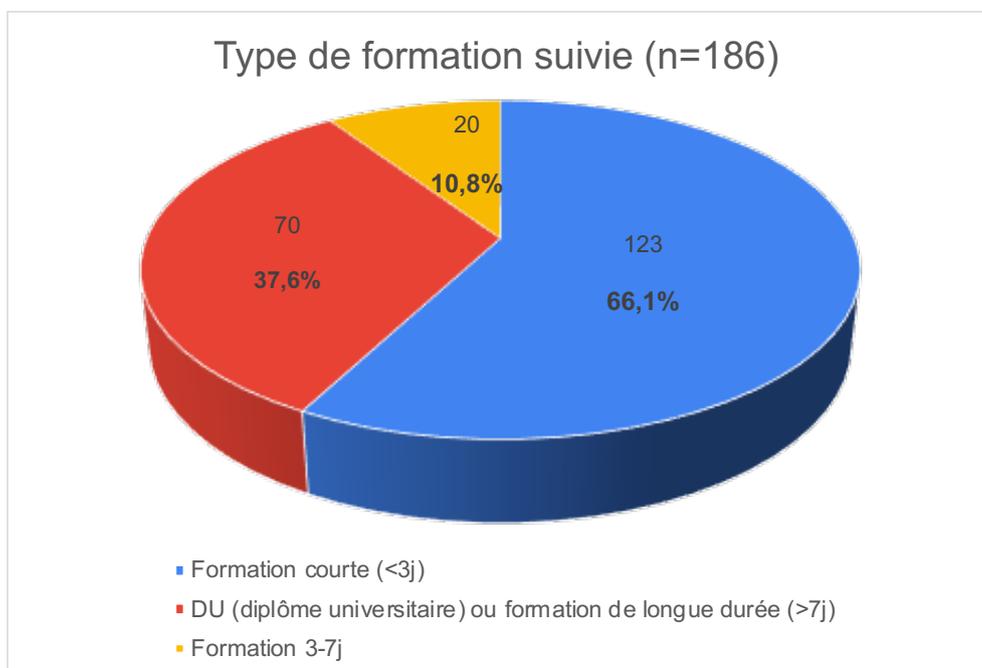
Annexe 5 : Répartition de la population selon le milieu d'exercice médical des SF



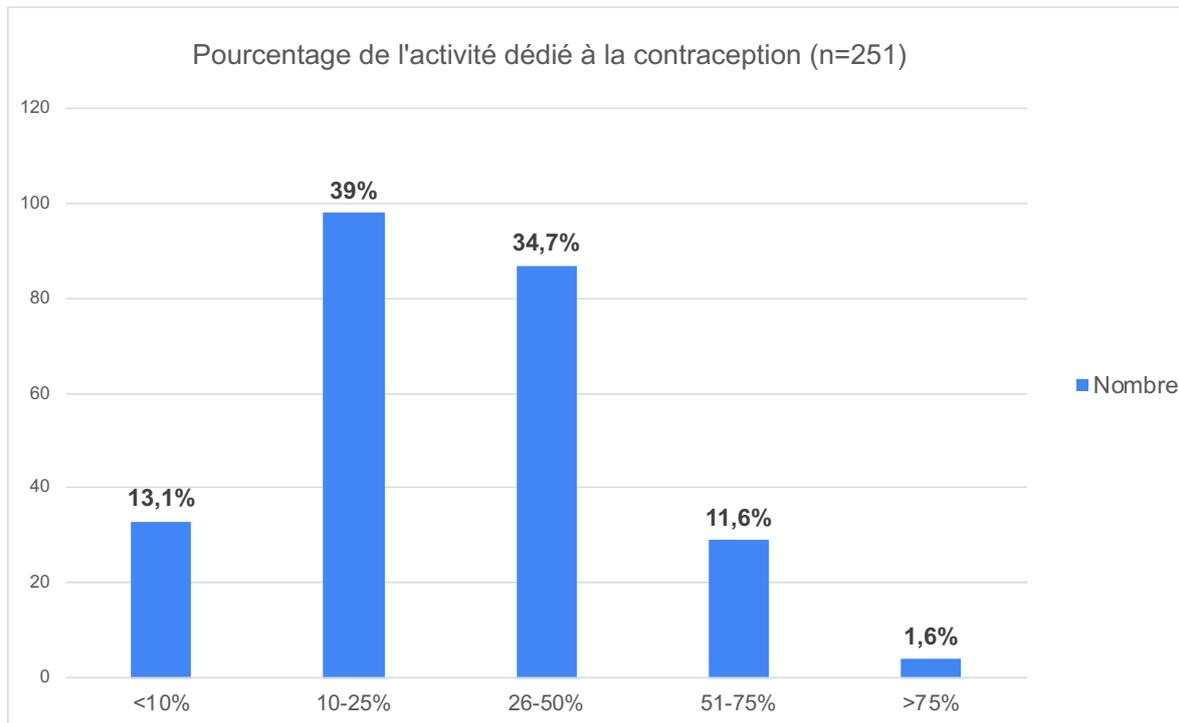
Annexe 6 : Répartition de la population selon l'année d'introduction des consultations gynécologiques dans la pratique des SF



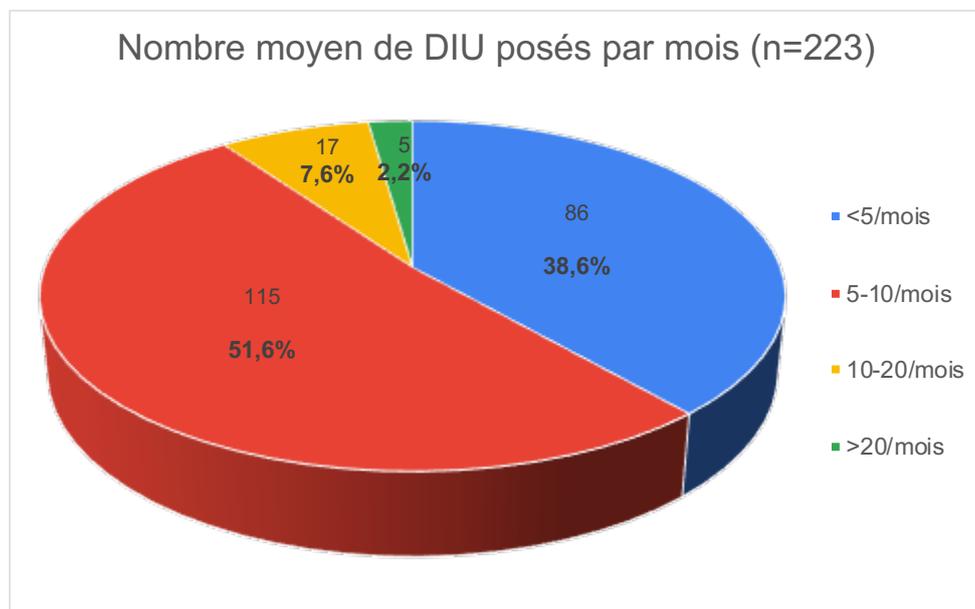
Annexe 7 : Répartition de la population par rapport au(x) type(s) de formation(s) suivie(s)



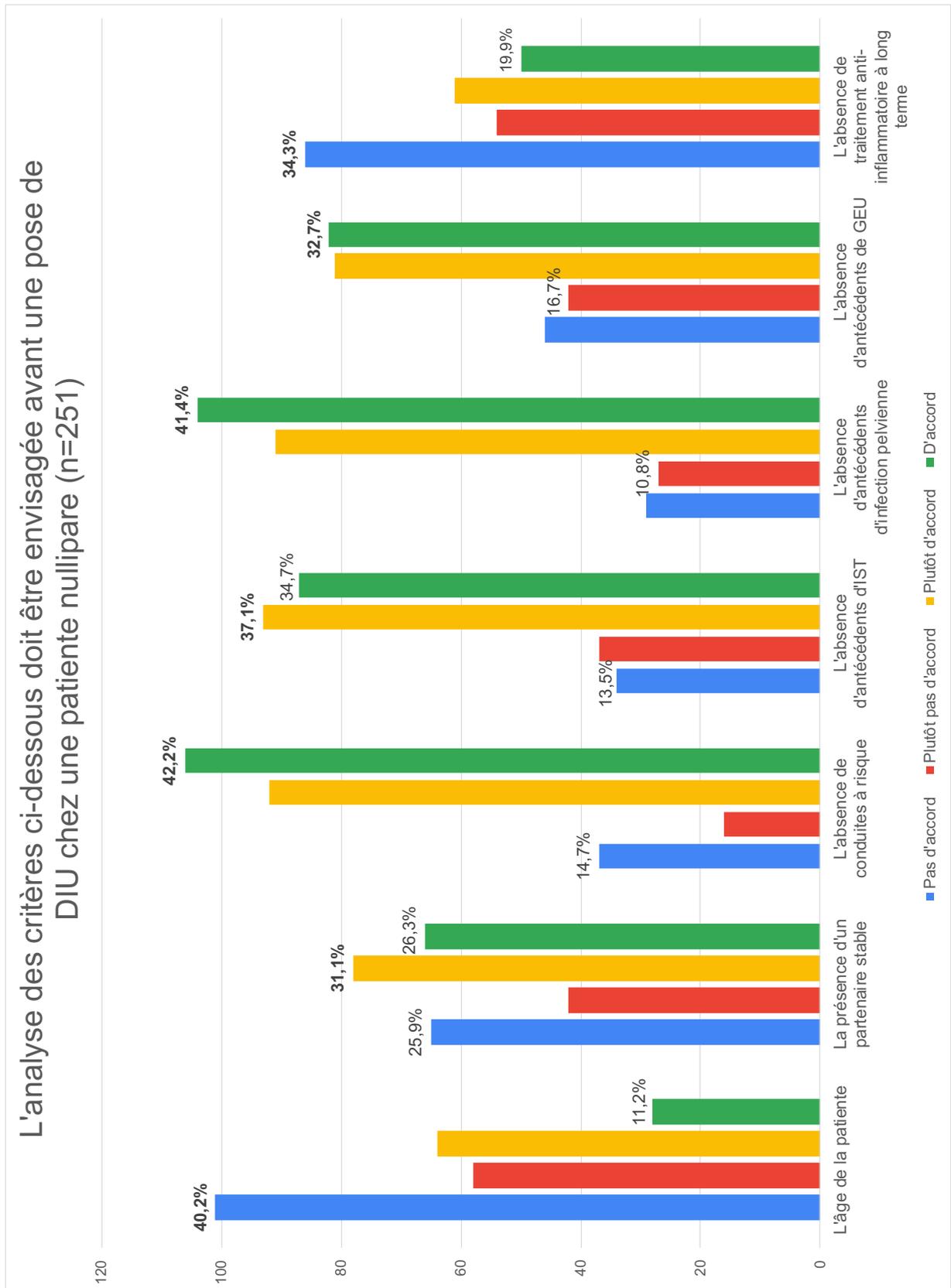
Annexe 8 : Répartition de la population de SF selon le pourcentage d'activité dédié à la contraception



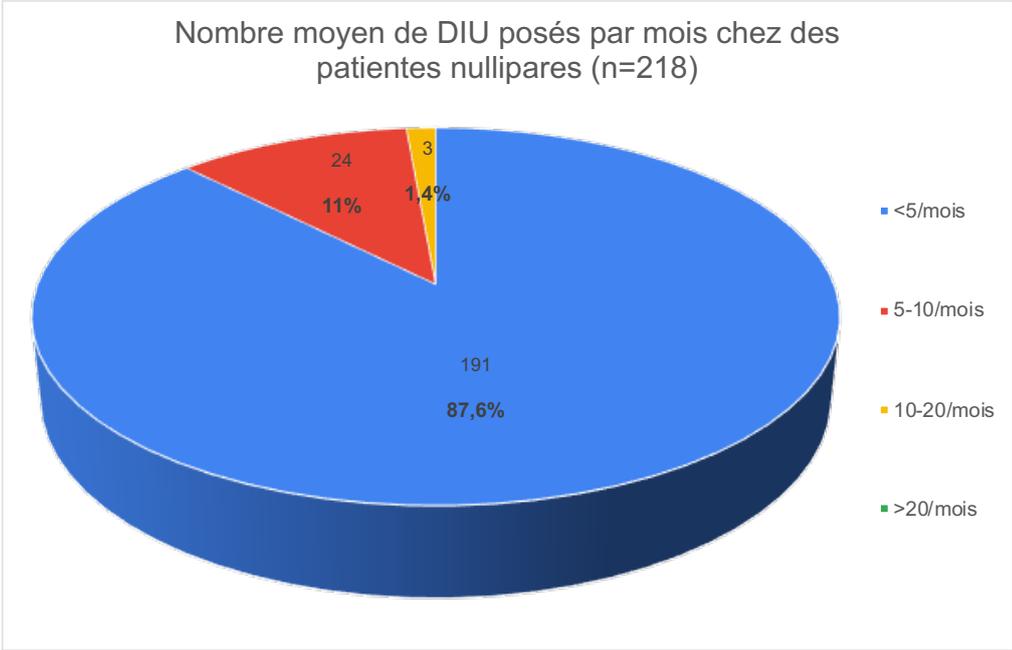
Annexe 9 : Répartition de la population en fonction du nombre moyen de DIU posés par mois



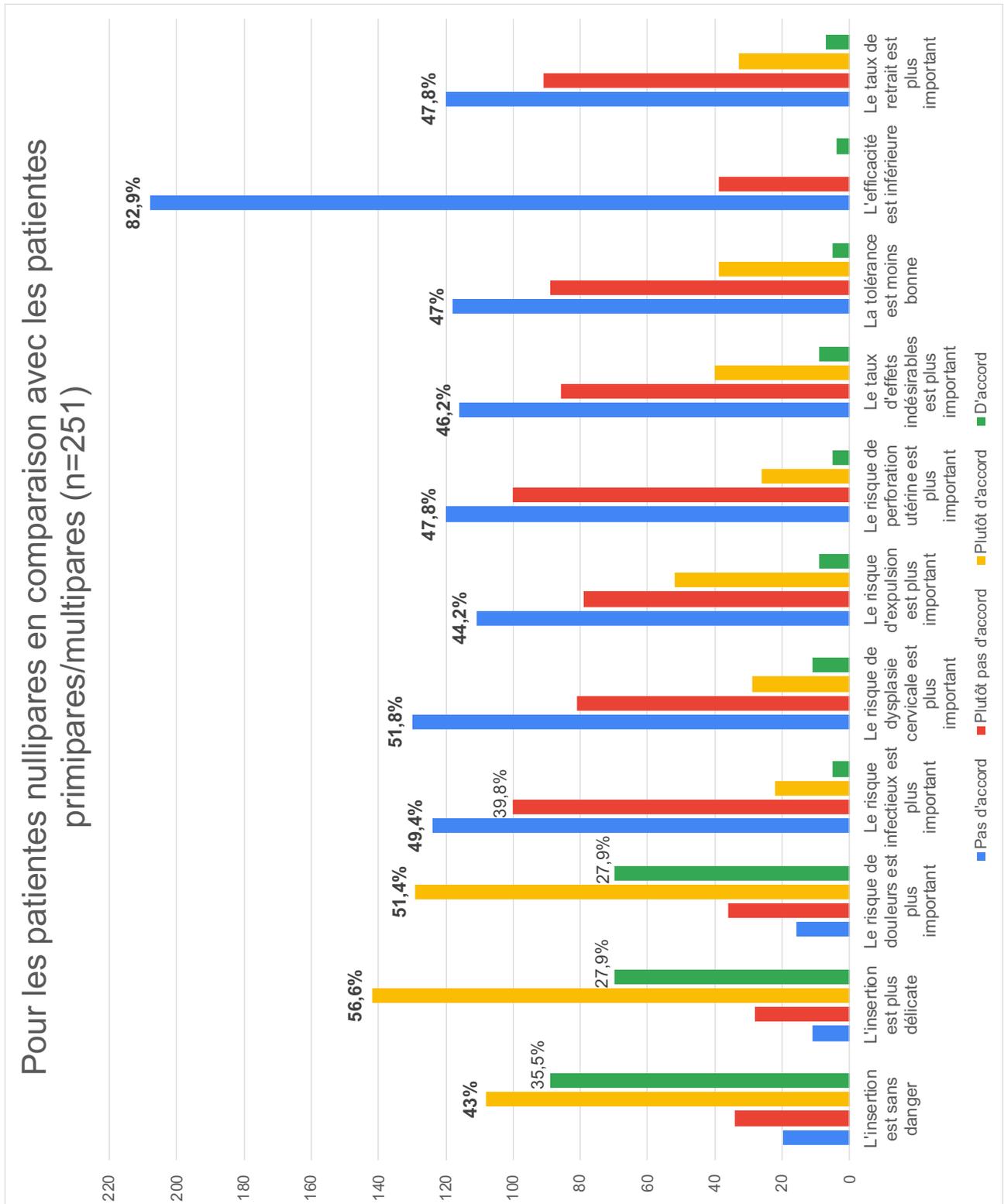
Annexe 10 : Répartition de la population de SF en fonction de leurs avis concernant l'analyse de critères à envisager avant une éventuelle pose de DIU chez une patiente nullipare



Annexe 11 : Répartition de la population de SF posant des DIU chez des patientes nullipares en fonction du nombre moyen de dispositifs posés par mois



Annexe 12 : Répartition de la population de SF en fonction de leurs avis vis-à-vis de différentes propositions au sujet de la pose de DIU chez les patientes nullipares en comparaison avec les patientes primipares ou multipares





PROTOCOLE DE RECHERCHE
Résultat de l'enquête exploratoire
Diplôme d'Etat de Sage-Femme
Faculté de médecine et de maïeutique Charles
Mérieux
Site Bourg en Bresse



| |
|--|
| Auteur : ALIBERT Tiffany |
| Directeur de recherche : Dr Véronique PROST (médecin au CPEF de Bourg-en-Bresse). |
| Titre provisoire : Évaluation / Analyse des pratiques professionnelles des sages-femmes concernant la pose de DIU chez les patientes nullipares dans les départements de l'Ain et du Rhône. |
| CONSTAT/JUSTIFICATION / CONTEXTE <ul style="list-style-type: none">- On entend encore fréquemment de nos jours que de nombreuses patientes nullipares se plaignent du refus de pose de DIU et sont parfois obligées de changer de professionnel pour que l'on réponde à leurs attentes.- De nombreux professionnels ne proposent pas d'emblée le DIU aux nullipares lors d'une consultation, ce qui réduit les possibilités des patientes, alors que cela pourrait être une méthode contraceptive qui leur convient.- D'après un <u>mémoire sur les motivations et expériences des nullipares concernant les DIU</u> (Pauline EXBRAYAT, 2018), il en ressort que presque 40% des patientes interrogées ont dues changer de praticien pour pouvoir se faire poser un DIU car on le leur refusait. Par ailleurs, de plus en plus de femmes se tournent vers le DIU notamment du fait d'un mauvais vécu de leur ancienne contraception. Il en ressort majoritairement que la contraception des femmes n'est pas adaptée à leur mode de vie, et qu'il existe alors une inobservance importante qui est une raison pour laquelle les femmes choisissent le DIU. Pour 1 femme sur 2, l'information sur le DIU ne provient pas des professionnels (que ce soit gynécologue, sage-femme ou médecin généraliste), mais d'autres sources comme de l'entourage, des recherches personnelles ou des interventions des centres de planification.- D'après <u>l'étude TANCO</u> (étude européenne quantitative en double aveugle en ligne de 2018), presque ¾ des femmes envisageraient un LARC (contraceptif réversible à action prolongée, DIU ou implant) si elles recevaient une information adaptée par les professionnels de santé.- <u>L'étude TANCO</u> a également permis de voir que les professionnels sous-estiment fortement les besoins et attentes des patientes.- D'après <u>l'étude CHOICE</u> (étude de cohorte américaine prospective sur 10 000 femmes en 2010) qui consistait à fournir gratuitement la contraception de leur choix aux patientes après leur avoir fourni une information détaillée, les auteurs se sont rendu compte que ¾ des femmes ont choisi un LARC.- Dans ses <u>recommandations de 2013</u>, la HAS (Haute Autorité de Santé) précise bien que les DIU doivent être proposés à toutes les femmes, quelle que soit la parité (nullipares comprises), dès lors que les contre-indications à la pose, les risques infectieux, le risque de GEU et les situations à risque ont été écartés.- D'après une <u>fiche mémo de l'HAS concernant la contraception chez la femme adulte et l'adolescente en âge de procréer</u> (hors post-partum et post-IVG), publiée en Janvier 2015 mais |

mise à jour en Juillet 2019 : « Les DIU [**au cuivre et au levonorgestrel**] peuvent être proposés aux femmes et aux adolescentes, quelles que soient la parité et la gestité (femmes multipares ou nullipares/nulligestes) ».

- D'après un mémoire sur « DIU et nulliparité : représentations et évaluation des pratiques chez les gynécologues médicaux libéraux de la région Rhône-Alpes » de 2014, on constate que 32% des gynécologues pensent que le DIU au cuivre ne peut pas être utilisé en première intention, 90% sont d'accord pour dire que l'indication principale de la pose de DIU au cuivre chez les nullipares est la contre-indication aux moyens hormonaux. **Seulement 61% des gynécologues estiment que la demande de la patiente est une indication suffisante pour la pose d'un DIU au cuivre chez une nullipare.** 5% des répondants estiment qu'aucune indication ne justifie la pose chez une nullipare malgré les recommandations de l'HAS. Il ressort de ce mémoire que malgré l'obligation de formation continue, la contre-indication formelle de la contraception intra-utérine chez la nullipare, longtemps appliquée, semble avoir fortement marqué les pratiques professionnelles des gynécologues libéraux, et perdure encore.

→ Il semblerait que de plus en plus de femmes choisissent ces méthodes à action prolongée notamment le DIU lorsqu'on leur propose.

→ Or peu de professionnels les proposent d'emblée aux nullipares, et certains refusent même la pose chez ces dernières malgré leur demande.

OBJECTIFS

- Objectif principal :
 - Analyser les pratiques professionnelles des sages-femmes concernant la pose de DIU chez les patientes nullipares.
- Objectif secondaire :
 - Analyser les freins et l'hétérogénéité des limites rencontrées par les sages-femmes interrogées, en fonction de l'année d'obtention de leur diplôme, des potentielles formations gynécologiques réalisées, mais aussi du type d'exercice (consultations exclusives, mixte) et du lieu d'exercice (CPEF, libéral, milieu hospitalier).
 - Déterminer s'il existe, d'après les sages-femmes, un type de DIU (cuivre, hormonal, taille) plus adapté qu'un autre pour les patientes nullipares.

HYPOTHESES

- **Méconnaissances** du DIU et des dernières recommandations (par exemple liée à l'année d'obtention du diplôme de sage-femme et donc à l'absence d'un enseignement théorique et de travaux pratiques lors de la formation, manque d'aisance pour la pose).
- Les sages-femmes **pensent que le DIU n'est pas un contraceptif adapté à une patiente nullipare**, et ne le proposent donc pas à la patiente d'emblée parmi le panel de contraceptif possibles. Elles pourraient avoir comme idée que ce n'est pas adapté car :
 - Insertion plus délicate, avec parfois échec d'insertion.
 - Risque de douleurs plus important à la pose.
 - Risque infectieux plus important pouvant notamment entraîner une stérilité secondaire.
 - Taux d'effets indésirables plus important chez les patientes nullipares (donc moins bonne tolérance).
 - Risque d'expulsion plus important.
 - Risque de perforation utérine plus important.
 - Représentation de la nulliparité souvent erronée : patiente jeune, conduites à risque (IST), partenaires multiples.

- Il semblerait que chez les gynécologues **l'ancienne contre-indication formelle de la contraception intra-utérine chez la nullipare** perdure encore. Peut-être est-ce également le cas chez les sages-femmes malgré l'introduction depuis quelques années dans la formation maïeutique d'un enseignement théorique et de travaux pratiques sur la pose de DIU.
- On retrouverait peut-être un **mauvais vécu** de la pose par la sage-femme elle-même (difficultés), qui feraient que cette dernière ne souhaiterait plus en poser. Ces mauvaises expériences vécues par les patientes et la sage-femme pourraient être par exemple du fait :
 - o D'une absence de prémédication, ce qui fait que la patiente arriverait plus anxieuse et que la pose serait plus douloureuse.
 - o D'une absence d'informations préalablement transmises à la patiente concernant notamment la procédure de la pose pour préparer la patiente plus sereinement.
 - o D'une absence d'utilisation de la méthode BERCER lors d'une primo-prescription de contraception, méthode recommandée depuis 2018 (grade I) pour donner une information détaillée et adaptée à la patiente sur la contraception de son choix.
- Peut-être que les sages-femmes exerçant dans un **secteur particulier** seraient plus nombreuses à poser des DIU chez des patientes nullipares, que ce soit pour une primo-contraception ou pour une contraception d'urgence du fait de la population rencontrée :
 - o Patientes jeunes, parfois mineures, qui se présentent seules « dans le secret » et pour lesquelles la survenue d'une grossesse inopinée, par oubli de pilule par exemple, engendrerait des conflits familiaux importants. On pourrait rencontrer notamment ces patientes dans un CPEF. Les sages-femmes prescriraient peut-être davantage de DIU pour éviter justement ces oublis de pilules.
 - o Patientes qui auraient plus de difficultés à accéder au milieu hospitalier pour une demande d'IVG par exemple, du fait de leur localisation (éloignement du centre hospitalier, elles pourraient par exemple plutôt aller voir des sages-femmes libérales), ou encore du fait de l'anonymat de leur visite (ne souhaitent pas se rendre en milieu hospitalier qui peut être très fréquenté et où elles risqueraient de rencontrer des personnes de leur entourage, elles se présenteraient donc éventuellement plus en CPEF ou chez une sage-femme libérale).
- De plus, la question se pose du **type de DIU** (hormonal ou au cuivre, différentes tailles) posé par les sages-femmes aux patientes nullipares. Peut-être qu'elles privilégient un type de DIU plutôt qu'un autre pour ces patientes. Par exemple, peut-être que certaines sages-femmes privilégient plutôt la pose du DIU hormonal chez les patientes nullipares car il permet de ne pas augmenter le volume des règles contrairement au DIU au cuivre, ce qui serait peut-être un avantage pour les patientes nullipares notamment jeunes. De plus, peut-être qu'il y aurait la notion chez les sages-femmes de la présence de la progestérone qui semblerait-il pourrait jouer un rôle dans le risque infectieux, en le diminuant par rapport au DIU au cuivre, via l'épaississement de la glaire cervicale.

METHODOLOGIE / SCHEMA DE LA RECHERCHE

- Étude **quantitative** par **questionnaire en ligne** qui serait envoyé aux sages-femmes des départements de l'Ain et du Rhône via le site de l'Ordre. Potentiel élargissement à la région Auvergne-Rhône-Alpes en fonction du nombre de réponses.
- Ce questionnaire comprendrait une **partie « informations »** sur le participant avec : âge, année d'obtention du diplôme de sage-femme, formations gynécologiques réalisées, type d'exercice, lieu d'exercice, exercice de la profession seul(e) ou en collaboration, réalisation ou

| |
|---|
| <p>non de suivi gynécologique (si la réponse est non, le questionnaire s'arrêterait alors).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ce questionnaire comprendrait notamment des questions à choix multiples avec une proposition de réponse « autre(s) » afin de bien cerner tous les freins et difficultés que ces sages-femmes peuvent retrouver dans leur pratique. |
| <p>CRITERES DE JUGEMENT</p> <ul style="list-style-type: none"> - Freins mis en évidence par les sages-femmes quant à la pose de DIU chez les nullipares. - Critères de difficultés mis en évidence par les sages-femmes quant à la pose de DIU chez les nullipares. - Hétérogénéités rencontrées dans les réponses des sages-femmes en fonction de l'année d'obtention de leur diplôme, des potentielles formations gynécologiques réalisées et du type d'exercice. - Avis majoritaire pour un type de DIU qui semblerait plus adapté qu'un autre pour les patientes nullipares d'après les sages-femmes. |
| <p>POPULATION CIBLE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cette étude porte sur des sages-femmes des départements de l'Ain et du Rhône pratiquant un suivi gynécologique, qu'elles travaillent en libéral, en milieu hospitalier, ou en CPEF / PMI. - +/- élargissement à toute la région Rhône-Alpes. |
| <p>CRITERES D'INCLUSION :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sage-femme exerçant en libéral (au moins à mi-temps) et pratiquant du suivi gynécologique - Sage-femme exerçant en milieu hospitalier (au moins à mi-temps) et pratiquant du suivi gynécologique - Sage-femme exerçant en CPEF/PMI (au moins à mi-temps) et pratiquant du suivi gynécologique |
| <p>CRITERES DE NON-INCLUSION</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sage-femme n'exerçant pas dans l'Ain ou le Rhône (<i>+/- la région</i>) - Autres professionnels de santé |
| <p>CRITERES DE SORTIE D'ETUDE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sages-femmes ayant renvoyé le questionnaire de façon incomplète (difficultés de réponses...) - Sages-femmes ayant renvoyé le questionnaire et indiquant ne pas pratiquer ou ne pratiquant plus de suivi gynécologique. |
| <p>NOMBRE DE SUJETS NECESSAIRES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Toutes les sages-femmes de l'Ain et du Rhône qui effectuent du suivi gynécologique (<i>ou de la région</i>). |
| <p>DUREE DE L'ETUDE</p> <p>Estimée à environ 3 mois +/- augmentée en fonction du taux de réponses.</p> |
| <p>LIEU DE LA RECHERCHE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Département de l'Ain et du Rhône : hôpitaux, cabinets libéraux, PMI, CPEF <p>+/- élargissement à la région Auvergne Rhône-Alpes.</p> |
| <p>RETOMBEEES ATTENDUES</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'un des buts de cette étude serait d'identifier les freins rencontrés par les sages-femmes face à la pose de DIU chez les patientes nullipares, pour modifier les pratiques futures (éventuellement mettre en place un document rappelant les recommandations), et notamment pour ma pratique personnelle, pour ne pas succomber à ces freins à l'avenir. - Un autre but serait d'étudier les disparités rencontrées notamment en fonction du secteur d'activité, du type d'activité, de l'année d'obtention du diplôme et des formations réalisées, afin d'observer dans quel cas est-ce qu'on retrouve plus de refus de pose ou de non-proposition de pose. - Enfin, observer si 7 ans après les recommandations au sujet de la pose de DIU chez les nullipares, il existe toujours autant de refus de pose ou si au contraire les recommandations |

sembleraient mieux assimilées par les sages-femmes, qui poseraient alors actuellement plus de DIU chez les nullipares. Pour cela, je me baserai sur les études et mémoires qui ont été faits à ce sujet peu de temps après les recommandations de 2013.

Aspects éthiques et réglementaires

- Assurer l'anonymat des questionnaires et des données utilisées
- Non récupération de données personnelles
- Conforme à la CNIL

Références bibliographiques

- Merki-Feld GS, Caetano C, Porz TC, Bitzer J. Are there unmet needs in contraceptive counselling and choice? Findings of the European TANCO Study. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care [Internet]. 23:3, 183-193. [Consulté le 20 novembre 2019]. Disponible sur: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13625187.2018.1465546?scroll=top&needAccess=true>
- Secura GM, Allsworth JE, Madden T, et al. The Contraceptive CHOICE Project: reducing barriers to long-acting reversible contraception [Internet]. American Journal of Obstetrics & Gynecology. 2010;203:115.e1-7. [Consulté le 24 novembre 2019]. Disponible sur : https://www.obgyn.wisc.edu/Media/Default/Education/Residency/Documents/Contraceptive_CHOICE_project_Secura.pdf
- HAS. Contraception chez la femme adulte et l'adolescente en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG). Fiche mémo. Janvier 2015. Mise à jour juillet 2019.
- HAS. Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. Document de synthèse. Mars 2013. Dernière modification novembre 2017.
- Petit M. Dispositif intra-utérin et nulliparité : représentations et évaluation des pratiques chez les gynécologues médicaux libéraux de la région Rhône-Alpes. Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de Sage-Femme. 2014.
- Exbrayat P. Nulliparité et dispositif intra-utérin : motivations et expériences des nullipares – Étude de 316 cas. Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de Sage-Femme. 2018.

Calendrier prévisionnel :

- **Rédiger la trame du questionnaire** avant l'été 2020, la faire **valider** et **tester**.
- **Envoyer** le questionnaire début septembre
- **Recueil** des résultats au fur et à mesure des retours des sages-femmes, avant fin novembre 2020.
- **Analyse** terminée début janvier 2021.
- **Discussion** terminée mi-février 2021.
- **Relecture et corrections** entre mi-février et mi-mars.
- **Rendu** mémoire mi-mars 2021.

Mots clés : Nulliparité – Dispositif intra-utérin – Sage-femme - Suivi gynécologique.

RÉSUMÉ

| | |
|--|-------------------------------------|
| Auteur : ALIBERT Tiffany | Diplôme d'État de Sage-Femme |
| Titre : Analyse des pratiques professionnelles des sages-femmes concernant la pose de DIU chez les patientes nullipares. | |
| <p>Introduction – Encore aujourd'hui, de nombreuses patientes se voient refuser une pose de DIU sous prétexte de leur nulliparité et sont parfois contraintes de changer de professionnels afin de répondre à leurs attentes. Or, en 2004, l'ANAES informait que le DIU était une méthode contraceptive de 1^{ère} intention pour toutes les femmes. En 2013, la HAS confirmait cela en précisant que le DIU était à proposer à toutes les femmes, quelle que soit leur parité.</p> <p>Objectif – L'objectif principal de cette étude est d'analyser les pratiques professionnelles des sages-femmes vis-à-vis de la pose de DIU chez les patientes nullipares.</p> <p>Méthode – Il s'agit d'une étude quantitative descriptive sous la forme d'un questionnaire informatisé envoyé à toutes les sages-femmes de la région Auvergne-Rhône-Alpes.</p> <p>Résultats – Les sages-femmes semblent bien informées au sujet des DIU ainsi que sur l'absence de surrisques lors de l'utilisation chez des patientes nullipares. Elles sont nombreuses à leur en poser et favorisent plutôt les dispositifs de petite taille, autant au cuivre qu'hormonaux. Celles qui ne le font pas évoquent surtout un manque d'aisance face au geste.</p> <p>Conclusion – Les sages-femmes semblent favorables à l'utilisation des DIU chez les patientes nullipares et s'accordent sur l'efficacité de cette contraception chez ces dernières. Même si elles ne leurs proposent pas toutes d'emblée en première intention, elles n'hésitent pas à en poser si la patiente le demande ou à l'adresser à un autre professionnel. Pour répondre à cette demande, de nombreuses sages-femmes réalisent des formations complémentaires pour gagner en aisance vis-à-vis de ce geste technique.</p> | |
| Mots clés : Nullipares – Dispositif intra-utérin – Sage-femme – Suivi gynécologique | |
| Title : Analysis of midwives' professional practices regarding IUD insertion in nulliparous patients. | |
| <p>Introduction – Even today, many patients are complaining about refusal to insert IUDs because of their nulliparity, and sometimes even being forced to change professionals in order to meet their expectations. Yet, in 2004, the National Agency for Health Accreditation and Evaluation stated that IUD was a first-line contraceptive method for all women. In 2013, the French National Authority for Health confirmed that and makes it clear that IUDs should be offered to all women, regardless of parity.</p> <p>Objective – The main objective of this study is to analyze the midwives' professional practices regarding IUD insertion in nulliparous patients.</p> <p>Method – It is a quantitative and descriptive study using an online survey sent to all the midwives in the Auvergne-Rhône-Alpes region.</p> <p>Results – Midwives appears to be well informed about IUD's and the absence of over-risks when using them in nulliparous patients. They are many to use it for those patients, and encourage the use of small devices, both copper and hormonal ones. Midwives who do not do it mention a lack of ease with the move.</p> <p>Conclusion – Midwives seems to encourage the use of IUDs in nulliparous patients and agreed on the effectiveness of this contraception for them. Even if some of them do not suggest immediately those devices, they do not hesitate to insert it if the patient ask for it or to refer the woman to another professional. To meet this demand, many midwives undertake supplementary background to become more comfortable with this technical procedure.</p> | |
| Key words : Nulliparous – Intrauterine device – Midwife – Gynecological follow-up | |