



<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>

Université Claude BERNARD LYON I
UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux
SITE DE FORMATION MAIEUTIQUE DE BOURG EN BRESSE

EVALUATION DES CONNAISSANCES
DES PRIMIPARES CONCERNANT LES
CONTRACEPTIFS INTRA-UTERINS

Mémoire présenté et soutenu par

MOINE Laury

Née le 3 février 1990

En vue de l'obtention du diplôme d'état de Sage-femme

Promotion 2010-2014

Université Claude BERNARD LYON I
UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux
SITE DE FORMATION MAIEUTIQUE DE BOURG EN BRESSE

EVALUATION DES CONNAISSANCES
DES PRIMIPARES CONCERNANT LES
CONTRACEPTIFS INTRA-UTERINS

Mémoire présenté et soutenu par
MOINE Laury
Née le 3 février 1990
En vue de l'obtention du diplôme d'état de Sage-Femme
Promotion 2010-2014

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les femmes qui ont porté de l'intérêt à mon étude et ont répondu à mon questionnaire.

Je remercie ma guidante de mémoire, *Françoise Morel*, sage-femme enseignante, pour son soutien et ses conseils précieux lors de cette dernière année de formation.

Merci à toute l'équipe enseignante du site de formation maïeutique de Bourg en Bresse pour leur disponibilité, leurs conseils et leur aide pendant ces quatre années.

Je souhaite remercier ma *Maman*, mon *Papa* et mon frère *Jul* qui ont toujours cru en moi, qui m'ont soutenu et me soutiendront toujours.

Merci également à *Orlane* et *Pauline*, mes inséparables, pour ces quatre belles années et toutes celles à venir.

Enfin merci à *Jérémy* pour son soutien et sa patience.

SOMMAIRE

Abréviations	1
Introduction	2
Première partie : Le contraceptif intra-utérin	3
1 Définition	4
1.1 La contraception	4
1.2 La contraception par dispositif intra-utérin	5
1.2.1 Dispositif intra-utérin au cuivre ou DIU	5
1.2.2 Système intra-utérin hormonal au lévonorgestrel ou SIU	6
2 Modalités d'utilisation	7
2.1 L'insertion	7
2.1.1 Le choix d'un dispositif intra-utérin	7
2.1.2 Le déroulement de la consultation	9
2.1.3 Le coût d'un dispositif intra-utérin	12
2.1.4 Le suivi	12
2.2 L'efficacité, indice de Pearl	13
2.3 Les indications	14
2.3.1 Indications générales	14
2.3.2 Comme contraception d'urgence	14
2.3.3 Cas particulier de la nullipare	15
2.4 Les contre-indications	15
2.4.1 Absolues	15
2.4.2 Relatives	16
2.4.3 Transitoires	16
2.5 Le retrait du CIU	17
3 Complications	17
3.1 L'infection	17
3.2 La grossesse extra-utérine (GEU)	18
3.3 La perforation	19
3.4 L'expulsion	19
3.5 L'échec de contraception	20
3.6 La douleur	20
3.7 Le positionnement des fils	21
3.8 Les saignements anormaux	21
4 Abord législatif	23
Deuxième partie : L'enquête	24
1 Matériel et méthode	25
1.1 Objectifs et hypothèses de recherche	25
1.2 Matériel d'étude	26
1.2.1 Le questionnaire	26
1.2.2 La population étudiée	26
1.3 Procédure éthique	27
2 Résultats	28
2.1 Taux de participation	28
2.2 Identification de la population	28
2.2.1 Age	28
2.2.2 Niveau d'étude	29
2.2.3 Situation personnelle	29
2.3 La contraception en général	30
2.3.1 Connaissances sur la contraception	30
2.3.2 Le suivi gynécologique	33
2.3.3 Dernière contraception utilisée : choix et satisfaction	35

2.4	Le contraceptif intra-utérin ou stérilet	38
2.5	L'avis des femmes.....	50
2.5.1	L'avis des femmes sur le CIU	50
2.5.2	L'avis des femmes sur la contraception.....	52
Troisième partie : Discussion.....		54
1	Critiques de l'étude.....	55
1.1	Forces de l'étude	55
1.2	Limites de l'étude.....	55
1.3	Biais liés à la méthode	56
1.3.1	Biais de sélection	56
1.3.2	Biais de classification.....	56
2	Analyse des Résultats	57
2.1	Evaluation des connaissances	57
2.1.1	Influence des études sur la qualité des connaissances	57
2.1.2	Estimation des connaissances.....	57
2.1.3	Qualité des connaissances	58
2.2	Le point sur la contraception.....	62
2.2.1	Connaissances des différents modes de contraception	62
2.2.2	Suivi gynécologique de prévention régulier.....	63
2.2.3	Professionnel de santé responsable du suivi	64
2.2.4	Satisfaction du mode de contraception.....	65
2.2.5	Contraception d'urgence	67
2.2.6	Freins à l'utilisation du CIU	67
Conclusion.....		71
Références bibliographiques		
Bibliographie		
Annexes		

ABREVIATIONS

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien
AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Education en Santé
ASP : Abdomen Sans Préparation
CIU : Contraceptif Intra-Utérin
CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale
CSP : Code de la Santé Publique
DIU : Dispositif Intra-Utérin au cuivre
GEU : Grossesse Extra-Utérine
HAS : Haute Autorité de Santé
HCG : Hormone Gonadotrophine Chorionique
INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
IST : Infection Sexuellement Transmissible
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
LNG : Lévonorgestrel
Loi HSPT : Loi Hôpital-Santé-Patient-Territoire
MIP : Maladie Inflammatoire Pelvienne
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
RS : Rapport Sexuel
SIU : Système Intra-Utérin au Lévonorgestrel

INTRODUCTION

En France, une très grande majorité des femmes utilise une contraception. Nous assistons au développement et à la diffusion massive des différents modes de contraception. Pourtant le taux d'IVG reste stable et ne tend pas à diminuer. Nous savons qu'il existe des méthodes de contraception très efficaces et qui créent moins de problèmes d'observance. C'est le cas du DIU au cuivre et du SIU au Lévonorgestrel dont les indices de Pearl sont respectivement évalués, par l'OMS, à 0,6 et 0,2 grossesses pour 100 femmes.

D'autre part, depuis 2004, les recommandations de l'HAS autorisent la pose de dispositif intra-utérin chez la nullipare. Le contraceptif intra-utérin est même qualifié de méthode contraceptive de première intention. Malgré ces nouveautés, la pilule reste la méthode la plus utilisée, en France, chez les patientes nullipares. Tandis que chez les multipares, le CIU est utilisé en majorité.

Nous nous sommes donc interrogés sur les connaissances des femmes concernant les contraceptifs intra-utérins. Nous espérons ainsi identifier les freins à l'utilisation de ce moyen de contraception chez les femmes. Cette démarche peut s'inscrire dans l'idée de mieux connaître les attentes des femmes en matière de contraception, et d'essayer ainsi d'anticiper sur leurs craintes quant à la contraception par dispositif intra-utérin en les informant mieux.

Pour mener notre étude, nous avons procédé à la distribution d'un questionnaire aux primipares dans différentes maternités de la région Rhône-Alpes, afin d'évaluer leurs connaissances sur la contraception intra-utérine.

Dans la première partie de ce travail, nous présenterons les différents types de contraceptifs intra-utérins, ainsi que leurs modalités d'utilisation et leurs complications éventuelles. Puis, dans une seconde partie, nous exposerons les résultats relatifs à notre étude. Nous terminerons par une troisième partie consacrée à l'exploitation de ces résultats au travers d'une discussion, en essayant d'apporter des pistes d'amélioration.

Première partie :
Le contraceptif intra-utérin

1 DEFINITION

1.1 La contraception

Ce n'est qu'en 1967, avec la loi Neuwirth, que la contraception est autorisée en France. En effet, cette loi abolie celle de 1920 interdisant toutes méthodes contraceptives.

En février 1969, sont publiées les dispositions législatives relatives à la fabrication, à l'importation, à la prescription médicale et à la vente en pharmacie des contraceptifs.

Il faudra attendre une autre loi adoptée en décembre 1974 pour que la contraception soit véritablement libéralisée et remboursée par la Sécurité Sociale. (1)

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la contraception comme l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures visant à éviter ou à diminuer la probabilité de conception. Nous ajoutons à cette définition que la contraception regroupe l'ensemble des méthodes visant à éviter de façon réversible et temporaire la fécondation.

Nous pouvons schématiser les actions des méthodes contraceptives à trois niveaux :

- au niveau de l'ovulation, par le biais des pilules ;
- au niveau de la fécondation (méthodes « barrières » comme le préservatif) ;
- au niveau de l'implantation de l'œuf via un dispositif intra-utérin ou une pilule du lendemain.

Il existe différents modes de contraception :

- la contraception hormonale oestro-progestative,
- la contraception hormonale progestative,
- la contraception par contraceptif intra-utérin (au cuivre ou hormonal),
- la contraception locale (préservatif masculin ou féminin, spermicide, diaphragme),
- la contraception par méthode naturelle : retrait, abstinence périodique, courbe de température.

1.2 La contraception par dispositif intra-utérin

Le contraceptif intra-utérin ou CIU, plus communément appelé stérilet, est un dispositif contraceptif inséré dans la cavité utérine pour une durée moyenne de 5 ans. Ce système contraceptif assure une contraception à long terme réversible.

La contraception par CIU est utilisée chez 26% des femmes. La tranche d'âge ayant le plus recours à cette méthode est celle des 45-49 ans avec 43,2% (2).

Il existe deux catégories de contraceptifs intra-utérins :

- le CIU au cuivre ou dispositif intra-utérin, DIU ;
- le CIU hormonal connu aussi sous le nom de système intra-utérin hormonal, SIU.

Chaque CIU est basé sur le même modèle, un axe vertical raccordé à deux bras flexibles au pôle supérieur et à un ou deux fils en nylon au pôle inférieur.

1.2.1 Dispositif intra-utérin au cuivre ou DIU

Le DIU au cuivre a la forme d'un « T ». Il mesure 2,8 à 3,5 cm de long et 2,3 à 3,2 cm de large, tous modèles confondus (3).

Les deux bras du « T » sont en polyéthylène. L'axe vertical autour duquel s'enroule le fil de cuivre est radio opaque. En France, il existe différents modèles de DIU au cuivre en fonction de leur taille et de leur surface de cuivre variant de 375 à 380 mm². La surface minimale pour une bonne efficacité est supérieure à 250 mm².

Un fil de nylon se raccroche au support vertical et permet de s'assurer de la présence du DIU dans la cavité utérine par contrôle du fil dans le col, ce qui permet aussi son retrait.

Il existe des formes « short » plus adaptées que les formes « standard » aux nullipares (femmes n'ayant jamais accouché).

On trouve 3 générations de DIU au cuivre, seulement les 2^{ème} et 3^{ème} générations sont commercialisées en France :

- DIU de première génération : cette génération n'est plus commercialisée en France, composée d'un fil de cuivre de 200 mm²,
 - o en forme de « 7 » (Gravigarde®),
 - o ou de « T » (TCu 200®, GynÉT 200®).

- DIU de deuxième génération avec une augmentation de leur efficacité et de leur durée :
 - surface de cuivre plus grande (Multiload® CU-250),
 - noyau d'argent dans le fil de cuivre (Nova T®).

- DIU de troisième génération : surface de cuivre entre 375 et 380 mm² (Multiload Cu-375®), manchons de cuivre (Gyne T 380®), suppression de l'armature en plastique (Gynefix®),
 - autres exemples :
 - TT 380® (existe en forme standard et « short »),
 - NT 380® (existe en forme standard et « short »),
 - UT 380® (existe en forme standard et « short »),
 - Gynelle 375® (moins utilisé car plus douloureux à la pose et au retrait du fait de sa forme),
 - Monalisa Cu375®.

Dans les recommandations actuelles, le DIU est posé pour une durée de 5 ans.

Le DIU au cuivre provoque des modifications biochimiques et morphologiques au niveau de l'endomètre et de la glaire cervicale, nuisant ainsi au transport des spermatozoïdes.

On note également un effet contraceptif par toxicité du cuivre directement sur les spermatozoïdes. Le DIU a donc une action spermicide. (4)

Le DIU ne modifie pas le cycle hormonal, il bloque la fécondation. Son mode d'action doit être bien compris par la patiente.

1.2.2 Système intra-utérin hormonal au lévonorgestrel ou SIU

Commercialisé sous le nom de Mirena® en France, il forme un « T » et mesure 3,2 cm de long et 3,2 cm de large. Le SIU est mis en place pour cinq ans.

Ce SIU est constitué d'hormone progestative seule : le lévonorgestrel (LNG). Le réservoir hormonal est situé dans le bras vertical, il a une capacité de 52mg de LNG. La diffusion hormonale journalière est régulée par une membrane en polydiméthylsiloxane à un taux de 20 µg/24h (3).

Le SIU agit à différents niveaux par l'action locale de l'hormone LNG délivrée. Il provoque une atrophie endométriale puissante responsable le plus souvent d'aménorrhée. La glaire cervicale est épaissie, la rendant imperméable au passage des spermatozoïdes. On note aussi un blocage inconstant de l'ovulation. (5)

Comme pour le DIU au cuivre, le SIU au LNG provoque une modification hystérochimique empêchant la nidation.

2 MODALITES D'UTILISATION

2.1 L'insertion

2.1.1 Le choix d'un dispositif intra-utérin

Lors de la présentation des différentes méthodes de contraception, il est important de prendre le temps. Il faut présenter chaque moyen de contraception afin d'éclairer au mieux le choix de la patiente. Une consultation de contraception est en général rythmée par la méthode BERCER proposée par l'OMS (6) :

- **Bienvenue** : c'est un temps de présentation entre le professionnel et sa patiente, les objectifs sont clairement expliqués, le professionnel doit instaurer un climat de confiance et garantir la confidentialité de ces entretiens.
- **Entretien** : c'est un temps de recueil d'informations concernant la patiente, ses besoins, ses souhaits, ses appréhensions et doutes, ce temps permet une décision partagée la plus adaptée possible.
- **Renseignements** : ce temps répond aux questions, l'information donnée doit être claire, hiérarchique et faite sur mesure. L'adaptation à chaque patiente est primordiale. Le professionnel doit être sûr que ses explications sont comprises (mode d'emploi, efficacité, contre-indications, avantages, inconvénients, risques même exceptionnels, coût).
- **Choix** : ce temps correspond à la décision finale qui doit être prise par la patiente elle-même. Ce choix est basé sur une réflexion à partir des habitudes de vie et des facteurs de risques de la patiente, ainsi que de sa situation de couple, de ses préférences (et éventuellement celles de son partenaire).

- **Explication** : ce temps de discussion permet l'approfondissement des explications sur la méthode retenue. Une démonstration peut être faite (apprentissage de manipulation par exemple). Le praticien donne la liste des effets secondaires, la conduite à tenir et les possibilités de rattrapage en cas de problème. Il indique également à la patiente les raisons médicales nécessitant une consultation d'urgence.
- **Retour** : ce dernier point ne fait pas parti de la consultation initiale, il correspond aux consultations de suivi qui permettent de réévaluer la méthode (utilisation, tolérance, adaptation, efficacité, satisfaction). Cette consultation peut également être l'opportunité pour la patiente de discuter d'un changement de méthode. Cette phase prend en compte toutes modifications de situation personnelle, affective et sociale. Il est à noter qu'au-delà de 35-40 ans, la réévaluation est obligatoire en raison de l'augmentation, avec l'âge, des risques cardio-vasculaires et cancéreux.

Concernant le CIU, les femmes sont, en règle générale, impressionnées par ce moyen de contraception. En effet, de nombreuses idées fausses persistent, le CIU appelé stérilet rendrait stérile, par exemple.

Malgré cette appréhension, rien n'empêche de présenter le CIU à toute femme désireuse d'une contraception. Le choix d'un CIU nécessite un temps de réflexion, un climat de confiance entre le professionnel et sa patiente. Finalement, il n'est pas rare que de nombreuses femmes optent pour cette méthode.

Une angoisse liée à la taille, l'emballage ou le matériel de pose persiste. Il est donc important de dédramatiser et de montrer à la patiente les détails du matériel utilisé. (7)

On comprend avec le schéma suivant que le type de CIU choisi doit être relativement adapté à la morphologie de la patiente. En effet, l'utérus d'une femme nullipare et celui d'une femme multipare ne sont pas de la même forme. Les deux utérus ont la même longueur axiale estimée à 7 cm. Mais, chez la nullipare, la cavité utérine est rétrécie et le canal cervical occupe une place plus importante. Alors que chez la multipare, la cavité utérine, ayant déjà été distendue, apparaît plus grande. Les mesures divergent peu au niveau de la mesure du fond utérin. (8)

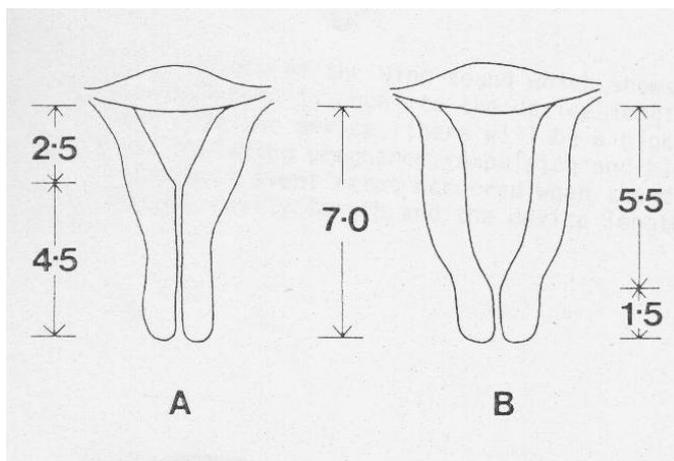


Schéma 1 : Caractéristiques comparées de l'utérus de la nullipare (A) et de la multipare (B) (d'après GRAHAM et SIMCOCK) (8)

En ce qui concerne le choix pour le modèle au cuivre ou le modèle hormonal, les effets indésirables, la parité, les désirs de la patiente sont à prendre en compte.

Le DIU au cuivre se déclinant sous forme standard ou short, il est facile de l'adapter à la taille de l'utérus d'une patiente. Il est possible de poser la forme short sans contrainte chez la nullipare.

Le SIU au Lévonorgestrel n'est commercialisé en France que sous une taille standard ce qui peut rendre sa pose plus délicate notamment chez les nullipares. Mirena® devrait être commercialisé prochainement en modèle « short ». En revanche ce SIU paraît intéressant chez les femmes souffrant de règles abondantes et douloureuses (3).

Une fois la décision prise par la patiente, cette dernière rentre chez elle avec une ordonnance, elle doit aller chercher son DIU ou son SIU dans une pharmacie et prendre un nouveau rendez-vous pour la pose du dispositif. Ce laps de temps lui permet également de repenser son choix.

2.1.2 Le déroulement de la consultation

- Avant la pose

Dans de nombreux ouvrages, on trouve la notion de prélèvement bactériologique vaginal obligatoire, avant la pose du CIU, à la recherche de Chlamidia Trachomatis notamment. En cas d'infection cervicale, la pose doit être annulée et l'infection traitée. (9)

L'antibioprophylaxie n'est actuellement pas recommandée en routine par l'OMS et sa prescription en systématique reste contestée.

Néanmoins, les conditions d'asepsie prévues au moment de la pose doivent être scrupuleusement respectées. (10)

- Le moment de la pose

La pose du CIU peut s'effectuer à différents moments du cycle :

- soit pendant les cinq premiers jours des règles, ce moment est en général un bon indicateur d'absence de grossesse, de plus on considère le col comme légèrement ouvert, mais on peut noter à cette période un risque d'expulsion plus grand ;
- soit dans les suites immédiates d'une fausse couche ou d'une interruption volontaire de grossesse (11), le risque d'expulsion est augmenté mais les bénéfices évalués sont supérieurs aux risques ;
- soit lors du post-partum immédiat dans les 48 heures qui suivent l'accouchement chez les patientes n'allaitant pas (d'après l'OMS mais rarement pratiqué) (12).

En réalité, il est possible de poser un CIU à n'importe quel moment du cycle, en s'assurant bien évidemment de l'absence de grossesse avec le dosage de l'HCG plasmatique avant la pose. Il paraît également préférable d'insérer un CIU à n'importe quel moment du cycle plutôt que de conseiller à la patiente de revenir au moment opportun et de risquer une grossesse.

- La prémédication

Un traitement peut être proposé une heure avant la pose d'un CIU : composé de misoprostol (Cytotec® 400 mg) associé à un anti-inflammatoire non stéroïdien (100 mg de diclofenac par exemple) (13). Toutefois le misoprostol n'a pas d'AMM pour la gynécologie d'autant qu'aucune évaluation ne permet d'affirmer que ce traitement (misoprostol + AINS) limite les douleurs liées à l'insertion ainsi que le risque d'expulsion.

- La pose (7, 9)

Le moment de la pose du CIU est un temps particulièrement appréhendé par les patientes. Cette consultation doit s'installer dans une atmosphère de confiance, il est recommandé de beaucoup parler avec la patiente, ne pas hésiter à l'« inonder » de questions sur des sujets positifs.

Juste avant la pose, un toucher vaginal bi-manuel consciencieux est réalisé. Il permet de s'informer sur la position, la taille et la flexion de l'utérus. Toute douleur suspecte à la palpation doit remettre en cause la pose. (9)

La pose du CIU se réalise sur une patiente détendue, en position gynécologique. Le professionnel de santé doit être correctement installé également.

Les gants utilisés par le praticien sont préférentiellement stériles. La préparation du CIU avant la pose doit se réaliser dans des conditions stériles rigoureuses.

Un speculum de taille adaptée est ensuite mis en place, le col et les parois vaginales sont soigneusement nettoyés à l'aide d'une pince montée de compresses imbibées d'antiseptique type povidone iodée (Bétadine®), ou chlorhexidine en cas d'allergie, pendant au moins 1 minute.

Une pince de Pozzi peut être utile afin de maintenir le col si l'endocol est coudé ou si l'insertion présente une résistance. Une traction légère peut permettre l'alignement de l'utérus dans le bon axe. Ce geste peut provoquer un malaise vagal chez certaines patientes. Il faut donc être vigilant et ne pas hésiter à réconforter les patientes.

La pratique d'une hystérométrie à l'aide de l'hystéromètre fourni avec le dispositif permet de déterminer la direction et la profondeur de l'utérus. Elle est vivement conseillée. Il est très important de ne jamais forcer lors de l'insertion de l'hystéromètre ou du tube inserteur dans l'utérus afin d'éviter toute perforation utérine.

Tout le matériel fourni dans l'étui du dispositif est placé dans des emballages stériles.

Les CIU ont les bras ouverts dans le sachet stérile (sauf le Gynelle® qui se pose en un temps), il convient donc de les rentrer dans le tube inserteur à l'aide d'une traction sur les fils ou à l'aide du mandrin (ou poussoir). L'extrémité du dispositif se trouve ainsi au bout du tube inserteur.

Une bague située sur le tube inserteur se règle à la profondeur adaptée, mise en évidence grâce à l'hystéromètre. Cette mesure est en général de 7 centimètres.

Une fois ces réglages effectués, l'ensemble préparé est inséré dans le canal cervical et poussé jusqu'à ce que la bague soit en contact avec le col.

Il faut ensuite maintenir fixe le mandrin et tirer vers soi le tube inserteur jusqu'à la partie supérieure de la marque noire du poussoir. Les bras du dispositif sont ainsi libérés. Dans un second temps, il faut repousser l'ensemble inserteur et poussoir fixe jusqu'à ce que la bague vienne de nouveau au contact du col. A ce moment-là, les branches du CIU sont plaquées sur le fond utérin. Le dispositif est ensuite intégralement libéré par une traction vers soi du système inserteur. Il ne reste plus qu'à couper les fils, après vérification de la bonne position

du CIU, à 2 ou 3 cm de l'orifice externe du col. La coupe des fils se fait avec des ciseaux spécifiques permettant une coupe perpendiculaire des fils (une coupe en biais pouvant blesser le partenaire lors des rapports sexuels).

- Après la pose (7)

Tout de suite après la pose, la patiente doit être informée des risques de saignements, pendant 1 à 3 jours, liés à la pince de Pozzi ou au franchissement du col par un corps étranger.

Les douleurs peuvent également gêner la patiente dans les heures suivant la pose. Ces douleurs de type contractions peuvent être traitées par des AINS ou antispasmodiques. Après la pose d'un CIU, la survenue de malaise vagal est fréquente, il faut donc s'en méfier au moment du lever de la patiente.

Le praticien remet à la patiente une carte ou un livret (fourni avec le dispositif) dans lequel il note la date de pose ainsi que la date approximative de retrait du dispositif.

2.1.3 Le coût d'un dispositif intra-utérin

Le coût d'un DIU au cuivre est estimé à 30,50€, celui d'un SIU, à 125,15€ (prix publics indicatifs pratiqués en métropole en 2013).

La part de remboursement de la sécurité sociale est à hauteur de 65%. (14)

Le DIU est délivré gratuitement :

- en pharmacie à toute mineure d'au moins 15 ans assurée sociale ou ayant-droit,
- dans les CPEF (centre de planification et d'éducation familiale) sans condition d'âge pour les mineures souhaitant garder le secret et pour les non assurées-sociales.

2.1.4 Le suivi

La contraception par CIU est une méthode dont la patiente n'a pas à se soucier une fois mise en place. En effet, c'est un professionnel médical qui pose et retire le dispositif.

A la suite de la pose d'un CIU, une consultation de contrôle est programmée 1 à 3 mois après afin de vérifier :

- le bon positionnement du CIU,
- la tolérance par la patiente (douleur, métrorragie, règles anormales),

- l'absence de signes cliniques d'infection.

Il n'est pas rare que lors de cette consultation, la patiente demande à ce que les fils du dispositif soient raccourcis. Une échographie pelvienne peut également être demandée mais elle n'est pas systématique, elle rassure le professionnel et la patiente sur le positionnement fundique du dispositif.

La suite du suivi sera annuelle, comme cela est classiquement réalisé.

Les éventuels signes d'alerte de consultation en urgence sont :

- les douleurs,
- les leucorrhées inhabituelles,
- les métrorragies,
- les aménorrhées avec un DIU au cuivre.

2.2 L'efficacité, indice de Pearl

L'indice de Pearl évalue l'efficacité d'un système contraceptif. Il correspond au nombre de grossesses "accidentelles" sur un an d'utilisation de la méthode contraceptive pour 100 femmes. Il s'exprime en pourcentage année femme (15).

L'indice de Pearl du DIU est estimé entre 0,6 (utilisation optimale) et 0,8 (pratique courante). Celui du SIU est égal à 0,2 avec un taux d'échec cumulatif de 0,7% à 5 ans (16, 17).

Il n'y a pas de différence significative d'efficacité contraceptive entre le DIU au cuivre de surface supérieure à 250 mm² et le SIU au lévonorgestrel (18).

Le DIU au cuivre est efficace immédiatement après sa pose et pour une durée estimée entre 4 et 10 ans en fonction des types de dispositifs utilisés.

Il est recommandé de poser le SIU dans les sept premiers jours du cycle, on estime qu'à ce moment là une protection post-coïtale est assurée. En cas d'insertion plus tardive, il est fortement conseillé d'associer un autre moyen contraceptif, type préservatif masculin, dans les sept jours suivant l'insertion. Le SIU hormonal est efficace pendant une durée de 5 ans.

2.3 Les indications

2.3.1 Indications générales

L'indication de pose de CIU est assez large finalement. Toute femme ayant une vie sexuelle stable, un appareil génital sain et désireuse d'une contraception peu contraignante et fiable sur le long terme est une bonne candidate au CIU. Certaines conditions sont à respecter, il faut écarter tout risque infectieux, risque de grossesse extra-utérine (GEU), ou contre-indications. Cette contraception est considérée comme méthode de première intention. De plus, elle exonère les femmes des contraintes liées à l'observance de la prise de contraceptif.

Concernant le DIU au cuivre, depuis les nouvelles recommandations de l'ANAES de 2004, la tendance actuelle est de le libéraliser de plus en plus.

Une des principales recommandations de l'ANAES est la suivante :

« privilégier le D.I.U. au cuivre > 250 mm² compte tenu de la moins bonne tolérance (aménorrhée) et du coût supérieur du S.I.U au lévonorgestrel (LNG), sauf en cas de ménorragies fonctionnelles. Le S.I.U. au LNG est adapté aux femmes ayant des saignements abondants avec les D.I.U. au cuivre. » (6).

Pour le DIU au cuivre, aucun risque de cancer ni de risque cardio-vasculaire n'est établi.

C'est d'ailleurs une bonne méthode de contraception pour les femmes chez qui les œstrogènes sont contre-indiqués. On le proposera également aux femmes allaitantes.

Du fait de ses dimensions plus importantes, le SIU au LNG est volontiers proposé aux femmes ayant accouché au moins une fois. L'indication principale est la contraception mais on peut également voir le SIU au LNG prescrit dans les indications de ménorragies fonctionnelles après avoir recherché et éliminé les causes organiques possibles.

2.3.2 Comme contraception d'urgence

Le DIU au cuivre peut être utilisé comme contraception d'urgence dans un délai de 120 heures soit 5 jours après un rapport sexuel à risque. Cette méthode est considérée comme excellente et supérieure aux autres méthodes post-coïtales. (19)

2.3.3 Cas particulier de la nullipare

Depuis 2004, les recommandations de l'ANAES (6) autorisent la pose de DIU aux femmes nullipares. Dans ce cas, il est conseillé de poser un DIU au cuivre en modèle short afin de s'adapter au mieux à la taille de l'utérus d'une nullipare.

On note également qu'avant 20 ans, l'OMS considère que les avantages de cette méthode contraceptive sont supérieurs aux risques théoriques ou avérés. Il est nécessaire néanmoins de rappeler les risques d'expulsion chez les nullipares et les risques d'infections sexuellement transmissibles (IST) dues au comportement sexuel des tranches d'âge plus jeunes, ces IST pouvant être responsables de salpingites dont le risque principal est la stérilité tubaire. (20)

Le modèle de SIU au LNG short n'étant pas encore commercialisé en France, sa pose n'est, pour l'instant, pas recommandée. Ce mode de contraception est considéré comme contraception de deuxième intention après le DIU au cuivre. (21)

2.4 Les contre-indications

2.4.1 Absolues

Les contre-indications absolues d'après D. Serfaty sont (3, 19) :

- la grossesse ;
- l'infection pelvienne aigue, récente ou récidivante ;
- l'antécédent de GEU (mais pas de consensus) ;
- l'anomalie ou malformation importante de la cavité utérine ;
- le fibrome sous-muqueux ;
- les polypes endo-utérins ;
- les hémorragies génitales non diagnostiquées ;
- le cancer génital ou suspicion ;
- la valvulopathie à risque d'endocardite ;
- les traitements immunosuppresseurs ;
- la maladie de Wilson (si DIU au cuivre) (pas de consensus) ;
- l'hypersensibilité au cuivre (si DIU au cuivre) (pas de consensus) ;
- le post partum (entre 48h et 4 semaines d'après l'OMS).

La liste des contre-indications se complète avec celle concernant les micro-progestatifs contenus dans le SIU au LNG :

- les accidents thromboemboliques veineux évolutifs ;
- les tumeurs sensibles aux progestatifs ;
- le cancer du sein et cancer de l'endomètre ;
- la pathologie ou les antécédents de pathologie hépatique sévère, tant que les paramètres hépatiques ne sont pas normalisés ;
- l'hypersensibilité à l'un des constituants.

2.4.2 Relatives

Les contre-indications relatives d'après D. Serfaty sont (3, 19) :

- la nulliparité (pas de consensus), en général il s'agit d'une contre-indication liée au risque infectieux potentiel, or depuis 2004, cette contre-indication est levée pour les DIU au cuivre ;
- le haut risque de salpingite (pas de consensus) ;
- l'antécédent de salpingite (pas de consensus) ;
- la sténose cervicale ;
- la dysménorrhée, les ménorragies, l'anémie si DIU au cuivre ;
- les traitements anti-inflammatoires au long cours (pas de consensus) ;
- les coagulopathies, les traitements anti-coagulants.

2.4.3 Transitoires

Ces contre-indications sont valables jusqu'à guérison d'après D. Serfaty (3) :

- les vaginites ;
- les cervicites ;
- la dysplasie cervicale ;
- le diabète non équilibré.

2.5 Le retrait du CIU

Il est recommandé de retirer le CIU au moment des menstruations ou juste après, à cette période le col est légèrement ouvert. Le retrait est en règle générale indolore et se réalise par simple traction à condition que les fils soient visibles et accessibles sous speculum. (19)

Lorsque les fils sont introuvables, il est indispensable de réaliser une échographie ou radiographie pelvienne afin de s'assurer de la présence intra-utérine du dispositif radio-opaque.

Le retrait, en cas d'absence de fil, se fait avec l'aide d'instruments spécialisés (sonde de Novak, pince de Terrhun, extracteur de Rozenbuam, Retrievette). Il ne faut pas hésiter à réaliser une hystérocopie en cas de retrait difficile, au bloc opératoire, sous anesthésie.

3 COMPLICATIONS

3.1 L'infection

Les fils des CIU ont quasiment toujours été incriminés dans les cas d'infections. En effet, autrefois, ils étaient composés de plusieurs brins et de ce fait, ils permettaient aux germes de remonter jusque dans l'utérus provoquant des infections pelviennes. Puis, la composition des fils a changé. Les opérateurs ont alors été mis en cause dans l'apparition d'infections, le CIU ne représentant plus un facteur de risque (22).

L'apparition d'une infection représente une des complications la plus grave et à laquelle on pense en premier avec un contraceptif intra-utérin. Le premier mois suivant l'insertion constitue la période où le risque infectieux est le plus élevé. De part son fonctionnement, le CIU est la méthode contraceptive la plus à même de provoquer des infections telle qu'une salpingite, une endométrite, une pelvipéritonite. Le taux d'infection se situe entre 0,1 à 2,5 pour cent de femme par an (tableau 1 page 26). (19)

Le risque infectieux est fortement lié au mode de vie sexuelle de la patiente. En effet, on note un taux d'infection plus important chez les femmes ayant de multiples partenaires sexuels. Ces infections peuvent avoir un impact important sur la fertilité des femmes. (19)

D'après l'OMS, la pose de CIU est autorisée chez les femmes ayant comme antécédent une maladie inflammatoire pelvienne type salpingite, à condition d'attendre minimum 3 mois après la fin de l'infection pelvienne pour poser le CIU. (12)

En cas de retrait de CIU, en particulier à cause de douleurs, suite à une suspicion de maladie inflammatoire pelvienne (MIP), il est indispensable d'éliminer tous les critères cliniques d'une infection. Si la patiente se plaint de douleurs constantes sans aucun autre symptôme, le CIU peut être retiré mais sa mise en culture n'a pas d'utilité diagnostic. En effet, il n'est pas rare que les CIU soient colonisés sans qu'il n'y ait pour autant une infection. (23)

Quoiqu'il en soit, il est important de respecter scrupuleusement les contre-indications au CIU, une aseptie rigoureuse au moment de la pose et un suivi régulier des femmes.

3.2 La grossesse extra-utérine (GEU)

Le risque important de GEU fait parti des nombreuses idées reçues concernant les CIU.

D'après l'OMS, ce risque est extrêmement faible, mais lorsque qu'une femme est enceinte alors qu'elle porte un CIU, la probabilité relative d'une GEU est alors augmentée. (12)

Pour J. Guillebaud :

« Toute utilisatrice de DIU avec un retard de règles et une douleur pelvienne est une GEU jusqu'à preuve du contraire. »

L'incidence de GEU chez les utilisatrices de DIU est de l'ordre de 0,02 pour 100 femmes par an alors qu'elle varie de 0,3 à 0,5 pour 100 femmes n'utilisant pas de contraception.

Il est important de prendre en compte 3 notions concernant les GEU sous CIU :

- il faut éviter la pose de CIU chez les patientes présentant un haut risque de GEU (rappelons les facteurs de risque de la GEU : antécédent d'infection génitale, antécédent de plastie tubaire, exposition au diéthylstilbestrol, consommatrice de tabac, antécédent de GEU) ;

- une information claire doit être donnée aux patientes lors de la présentation du CIU quant au risque de GEU ;
- devant toute femme porteuse de CIU, il faut toujours penser à la GEU d'autant plus si elle décrit un retard de règles, des douleurs pelviennes ou des métrorragies. (19)

3.3 La perforation

La perforation de l'utérus par le CIU est l'accident le plus redouté au moment de la pose, heureusement elle est rare.

Cette perforation est liée à certains facteurs favorisants comme : l'inexpérience et la maladresse du professionnel de santé, une sténose cervicale, une malformation utérine non renseignée, une déviation utérine, une fragilité utérine comme un utérus cicatriciel par exemple.

Il est possible et indispensable d'éviter ces perforations en choisissant le CIU le plus adapté à la morphologie utérine de la patiente. La pose doit être réalisée avec la plus grande douceur, notamment au moment de l'hystérométrie. Il ne faut jamais forcer. (19)

3.4 L'expulsion

L'expulsion concernerait environ 1 à 5% des patientes lors de la première année d'utilisation. Cette expulsion n'est pas grave en soi mais si elle est méconnue, elle expose à des risques importants de grossesses non désirées. (24)

L'expulsion du CIU peut passer inaperçue au moment des règles notamment chez les nullipares porteuses d'un DIU au cuivre. Elle s'accompagne de crampes et de contractions utérines.

On peut noter les éléments suivants comme étant en cause dans les cas d'expulsion :

- le type de DIU choisi, qui, s'il n'est pas adapté à la patiente sera plus facilement expulsé ou déplacé ;
 - la forme de l'utérus (présence de malformation, anté ou rétroversion) ;
 - le moment de l'insertion (au début des règles, l'activité contractile est importante et le col est ouvert) ;
 - l'habileté du professionnel qui pose le CIU (posé trop bas par peur d'une perforation).
- (9)

On peut également émettre l'hypothèse d'un taux d'expulsion plus important chez les grandes multipares ou chez les femmes présentant une béance cervicale.

3.5 L'échec de contraception

Il s'agit de la survenue d'une grossesse non désirée ou du risque de grossesse intra-utérine développée avec un CIU.

L'efficacité des CIU étant prouvée, le risque de grossesse est moindre.

Avec les DIU au cuivre de troisième génération, le risque de grossesse est inférieur à 1 pour 100 des femmes par an.

Dès la confirmation de la grossesse, et si la patiente désire poursuivre cette grossesse, il est conseillé de retirer le DIU si les fils sont accessibles à cause du risque infectieux. En pratique, le DIU est laissé en place à cause du trop grand risque de fausse couche lié au retrait.

3.6 La douleur

La douleur peut s'observer à différents moments. Pour pallier à ces douleurs, la Cochrane database considère la prise d'AINS possible et efficace. En revanche, cette utilisation à visée prophylactique, au moment de la pose ou du retrait, a produit des résultats mixtes et paraît injustifiée. (25)

Dans tous les cas, les AINS sont considérés comme le traitement de première intention en cas de douleurs avérées. (25)

Pour toutes les autres situations où la patiente est algique, il est impératif de rechercher une infection, une maladie inflammatoire pelvienne (MIP), une GEU et de les éliminer. (7)

Certaines douleurs sont expliquées par le déplacement du CIU à l'intérieur de la cavité utérine. Ces déplacements engendrent des contractions. (7)

3.7 Le positionnement des fils

- L'absence de fils à l'examen

Il est possible que les fils disparaissent lors du suivi du CIU. Il faut alors faire une recherche plus approfondie sur la position du CIU car il a pu être expulsé sans que la patiente ne s'en aperçoive, mais il a aussi pu se déplacer à l'intérieur de la cavité utérine, voire la perforer. Une échographie ou un abdomen sans préparation (ASP, radiographie) doivent être envisagés si la recherche des fils sous spéculum n'a rien donné. Si l'ASP ne révèle aucun CIU, la certitude d'expulsion est avérée.

Il faut également penser au dosage de l'HCG plasmatique afin d'éliminer une grossesse, surtout si un ASP est prévu.

- La gêne par les fils lors de rapports sexuels

Il n'est pas rare que le partenaire sexuel de la patiente se plaigne de picotements ou gênes lors des rapports sexuels, depuis la pose du CIU, liés aux fils. Lors de chaque visite de contrôle, le professionnel doit s'en inquiéter car souvent les patientes n'osent pas aborder le sujet. La solution est de recouper les fils au ras du col. (7)

3.8 Les saignements anormaux

Avec un DIU au cuivre, il est possible que les menstruations deviennent plus abondantes. On peut noter une augmentation du flux menstruel de 65% par rapport à une femme sans DIU (26).

La mise en place du DIU provoque des micro-traumatismes au niveau de la muqueuse endométriale auxquels s'ajoutent des phénomènes de vasodilatation, de modification de la perméabilité capillaire, de diminution de l'agrégabilité capillaire (par action de PgE2). Le volume des saignements est amené à diminuer avec le temps mais cet effet est néanmoins responsable de près de 20% d'abandon après 5 ans (27). Ces abandons peuvent constituer une bonne indication à la pose d'un SIU cette fois-ci.

La prise d'anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) est possible d'après une analyse de la Cochrane database (25). En effet, les AINS (type naproxène, suprofène, acide méfénamique, ibuprofène, indométacine, acide flufénamique, alclofénac et diclofénac) se montrent plutôt efficaces pour diminuer la perte de sang menstruel jugée abondante.

Un traitement par l'acide tranexamique ou Exacyl® est possible en cas de métrorragies.

Avec un SIU au LNG, les cycles peuvent être plus difficiles à repérer, des spotting peuvent apparaître ou une aménorrhée dès la pose peut être observée.

En revanche, tous saignements jugés anormaux par la patiente doivent l'amener à consulter en urgence afin de s'assurer qu'ils ne soient pas le témoin d'une infection ou d'une autre complication.

On pourrait utiliser le tableau suivant comme conclusion représentative des complications liées au CIU.

Auteurs	DIU	Nombre de femmes	Taux de retraits pour 100 femmes après 12 mois* d'utilisation, pour :					Taux de continuation
			Grossesses accidentelles	Expulsion	Douleurs/saignements	Infection	Autre raison médicale	
Cole et al. 1985	MLCu-375®	740	0,8	4,1	3,6		1,1	88,7
Kozuh et al. 1986	Nova T®	410	1,0	2,0	6,0	0,2	0,2	89,4
Luukkainen et al. 1983	Nova T®	918	0,8	5,8	11,9	2,5	0,9	76,1
Sivin et Stern 1979	TCu 200®	1 014	2,1	7,1	10,3		3,6	77,5
"	TCu 200®	1 851	3,1	7,1	11,5		2,8	70,8
"	TCu 380 A® **	1 679	1,0	7,1	14,2		3,0	69,7
Sivin et al. 1987	DIU-LNG®	1 124	0,2	6,0	10,9	1,0	3,4	73,5
Thiery et al. 1980	T Cu 200®	730	1,0	2,7	1,4	0,2	?	93,1
"	MLCu-375®	664	0,5	1,2	2,3	0,1	?	94,4
Wilson 1986	Nova T®	509	1,7	3,6	9,8	2,1	2,2	77,2
"	MLCu-375®	475	1,5	2,2	6,2	1,2	0,7	80,4
Van Kets et al. 1996	Gynefix®	1 039	0,1	0,4	1,5	-	0,1	95,2

* Taux cumulés selon la méthode de la *life-table*.
 ** TCu 380 A® : DIU de référence aux États-Unis (il n'existe pas en France). Ce DIU est très voisin du Gyne T®380 disponible en France. La seule différence est l'emplacement des manchons de cuivre sur les bras horizontaux. Ils sont distaux dans Gyne T®380 et au milieu des bras dans TCu 380 A®.

Tableau 1 : Performances des CIU d'après D. SERFATY

4 ABORD LEGISLATIF

D'après le Code de la Santé Publique (CSP), les compétences de la sage-femme en matière de contraception évoluent grâce à la loi HPST (loi portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires) du 21 juillet 2009 et celle du 7 juillet 2011. La sage-femme est autorisée, entre autre, à réaliser le suivi gynécologique de prévention d'une patiente ainsi que la pose et le retrait d'un CIU.

L'article L.4151-1 du CSP (1er et 3ème alinéa) précise que si la situation devient pathologique, la sage-femme doit impérativement adresser la patiente à un médecin.

D'après l'article R.4127-318 du CSP (Décret du 17 juillet 2012, art.1), la sage-femme est autorisée à pratiquer l'ensemble des actes nécessaires au suivi gynécologique de prévention de la patiente. Elle est également apte à pratiquer l'insertion, le suivi et le retrait d'un CIU.

Le CSP permet également la prescription de CIU (article L.4151-4).

Il n'impose pas d'équipement particulier pour la pose de CIU en cabinet ou à l'hôpital. En revanche il règlemente l'installation générale de la sage-femme dans le but d'assurer la sécurité et la qualité du suivi de la patiente (article R.4127-309).

Il paraît également indispensable que la sage-femme soit formée en continue sur les nouveautés concernant la contraception (article R.4127-304 du CSP). Elle doit également avoir acquis les bons gestes techniques nécessaires et autorisés dans la réalisation du suivi gynécologique de prévention.

Il en va également de la responsabilité de la sage-femme de donner une information claire, loyale et appropriée ainsi que de s'assurer de la bonne compréhension par la patiente (article R.4127-313 du CSP).

Deuxième partie :

L'enquête

1 MATERIEL ET METHODE

1.1 Objectifs et hypothèses de recherche

En France, de nombreux moyens de contraception existent. Certaines méthodes, comme notamment le CIU, contribuent à améliorer l'observance et à minorer le risque d'oubli.

A partir de ce constat, les objectifs de mon travail étaient d'évaluer ce que savent les primipares du contraceptif intra-utérin et d'identifier ce qui les retient de l'utiliser.

Un état des lieux des pratiques contraceptives dans la population étudiée a été dressé, les hypothèses sont les suivantes :

- La pilule reste la principale méthode de contraception utilisée en France.
- Les différents moyens de contraception ne sont pas tous connus des femmes.
- La consultation gynécologique est encore trop redoutée, les femmes ne sont peut-être pas ouvertes aux propositions ou au dialogue.
- Les patientes ne sont peut-être pas prêtes à essayer de nouvelles méthodes de contraception. Le changement de contraception est rare.

Concernant le CIU, les hypothèses sont :

- Le niveau d'études peut rentrer en compte dans l'accès à l'information.
- Les femmes ont déjà entendu parler du CIU.
- Mais elles ont beaucoup de préjugés, d'idées reçues.
- Les femmes ne sont pas assez renseignées sur le contraceptif intra-utérin.
- Il y aurait une méconnaissance des femmes sur les avantages et inconvénients de la contraception intra-utérine.

1.2 Matériel d'étude

1.2.1 Le questionnaire

Pour cette étude, 150 cas ont été étudiés à l'aide de questionnaires anonymes comportant 42 questions (Annexe 1).

Le questionnaire regroupe quatre temps :

- le profil de la patiente : questions 1 à 3 ;
- le point sur la contraception en général, en évaluant l'estimation des connaissances des femmes, leur suivi gynécologique, leur satisfaction : questions 4 à 15 ;
- l'évaluation de leurs connaissances sur le CIU : questions 16 à 37 ;
- l'avis des femmes sur le CIU : questions 38 à 42.

La distribution des questionnaires s'est faite de septembre 2013 à janvier 2014 dans les maternités de l'Hôpital Femme-Mère-Enfant à Bron (69, Rhône), du Centre Hospitalier Universitaire 42 à Saint-Priest-en-Jarez (42, Loire) et du Centre Hospitalier de Fleyriat à Bourg en Bresse (01, Ain).

1.2.2 La population étudiée

Ces questionnaires ont été distribués et récupérés en mains propres auprès des primipares lors de leur séjour à la maternité, entre J1 et J2.

Les critères d'inclusion englobent donc les primipares hospitalisées en suites de couches entre J1 et J2 quelque soit la voie d'accouchement, quelque soit le terme d'accouchement et quelque soit leur âge. En effet, entre J1 et J2, les femmes n'ont pas encore reçu les conseils de sortie faits par la sage-femme et incluant l'information sur la contraception.

Les critères d'exclusion regroupent les femmes ne comprenant pas et ne lisant pas le français.

Le choix d'une population de primipare entre J1 et J2 permettait une accessibilité plus aisée pour la distribution des questionnaires.

De plus, le choix de la population de femmes primipares permettait d'évaluer les informations, concernant le CIU, que ces femmes ont reçues avant la grossesse, quand elles étaient nullipares.

1.3 Procédure éthique

La liste des chambres dans lesquelles se trouvaient des primipares était récupérée dans le service de maternité par l'intermédiaire des sages-femmes du service de suites de couches. Chaque questionnaire était ensuite remis en mains propres après présentation de l'étude et recueil de l'accord de la patiente. Le questionnaire était récupéré en général le lendemain afin de laisser le temps à la personne de le remplir. Aucun nom n'a été conservé et aucune identification n'était possible sur les questionnaires récupérés.

J'atteste que ce travail ne fait l'objet d'aucun conflit d'intérêt.

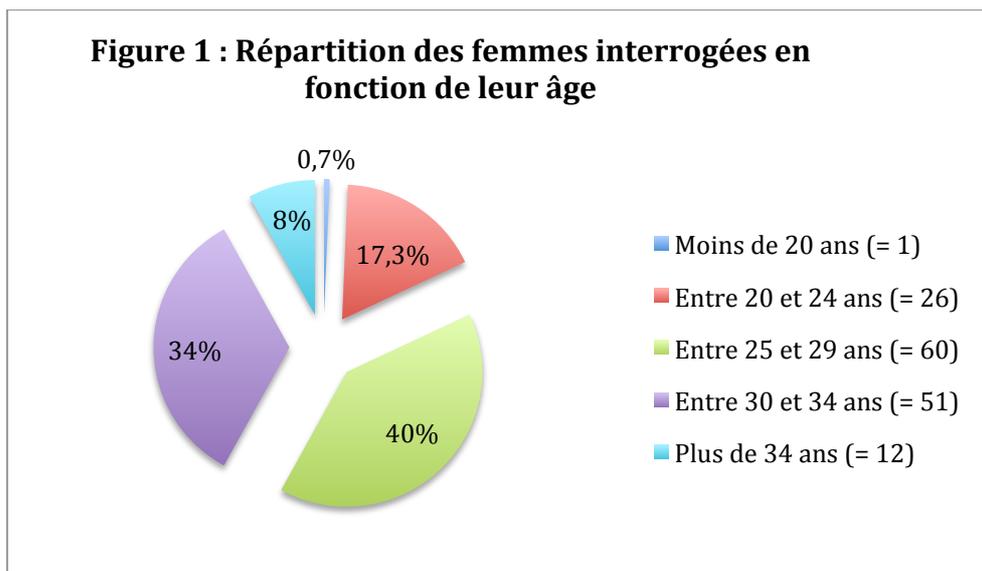
2 RESULTATS

2.1 Taux de participation

Sur les 155 questionnaires distribués, 150 ont été récupérés et exploitables. Le taux de participation est donc de 96,7%. Ce taux élevé s'explique par le fait que les questionnaires étaient distribués et remis en mains propres, ce qui facilitait le suivi de l'étude.

2.2 Identification de la population

2.2.1 Age

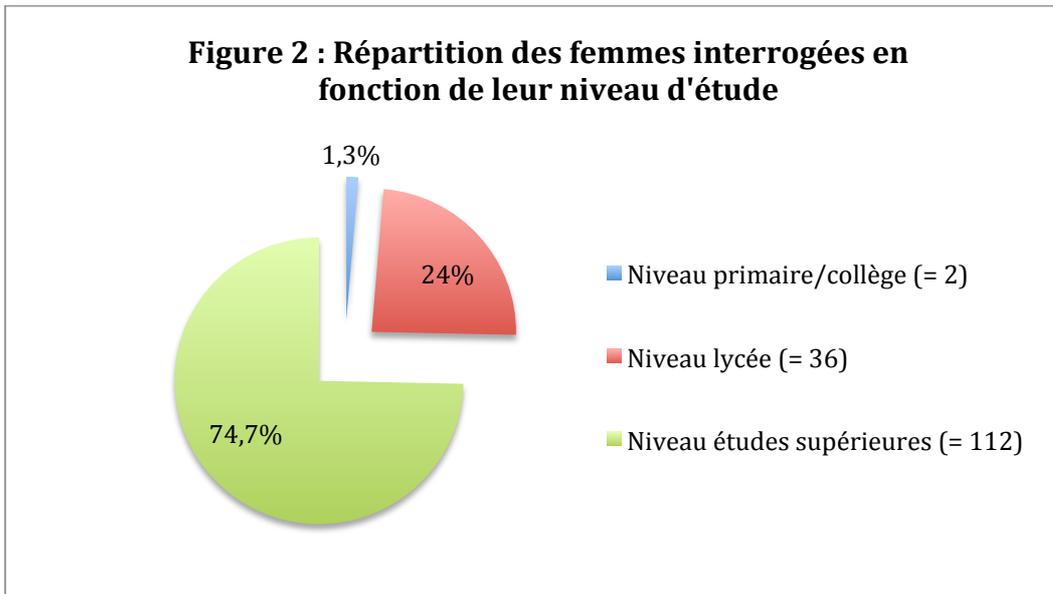


5 tranches d'âge étaient représentées dans le questionnaire.

74% des primipares se situent entre 25 ans et 34 ans.

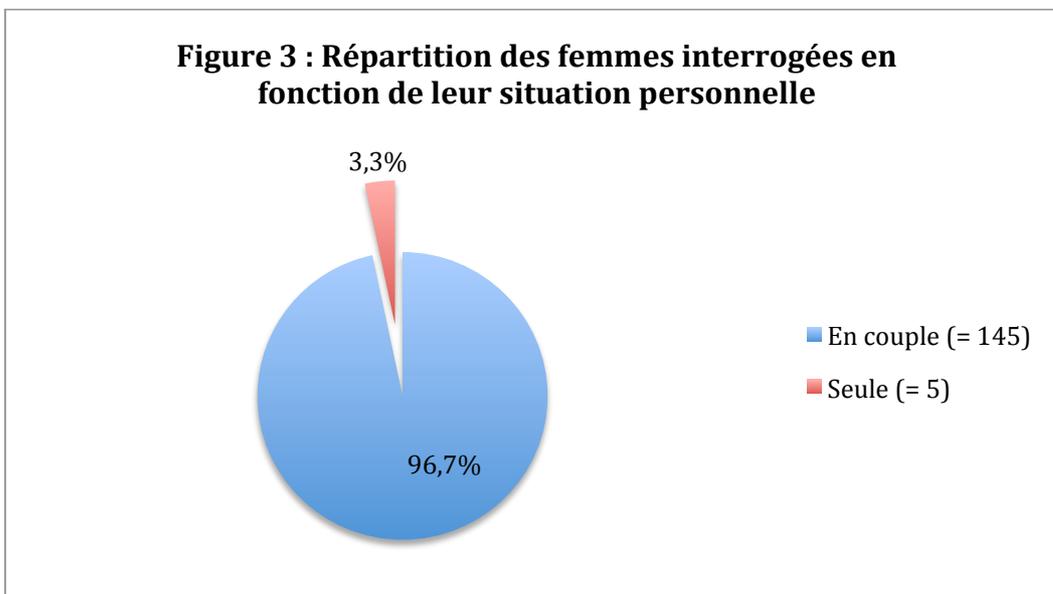
Nous pouvons noter que la moyenne d'âge d'une primipare en France est d'environ 28 ans, ce qui coïncide avec les résultats obtenus dans la population étudiée.

2.2.2 Niveau d'étude



Les patientes interrogées ont majoritairement un niveau d'études supérieures (post-bac) à 74,7%.

2.2.3 Situation personnelle



Sur les 150 femmes, 145 sont en couple soit 96,7% et 5 se déclarent seules soit 3,3 %.

2.3 La contraception en général

2.3.1 Connaissances sur la contraception

Lorsque les femmes ont besoin de conseils en matière de contraception, elles s'adressent en premier lieu à leur gynécologue à 66%.

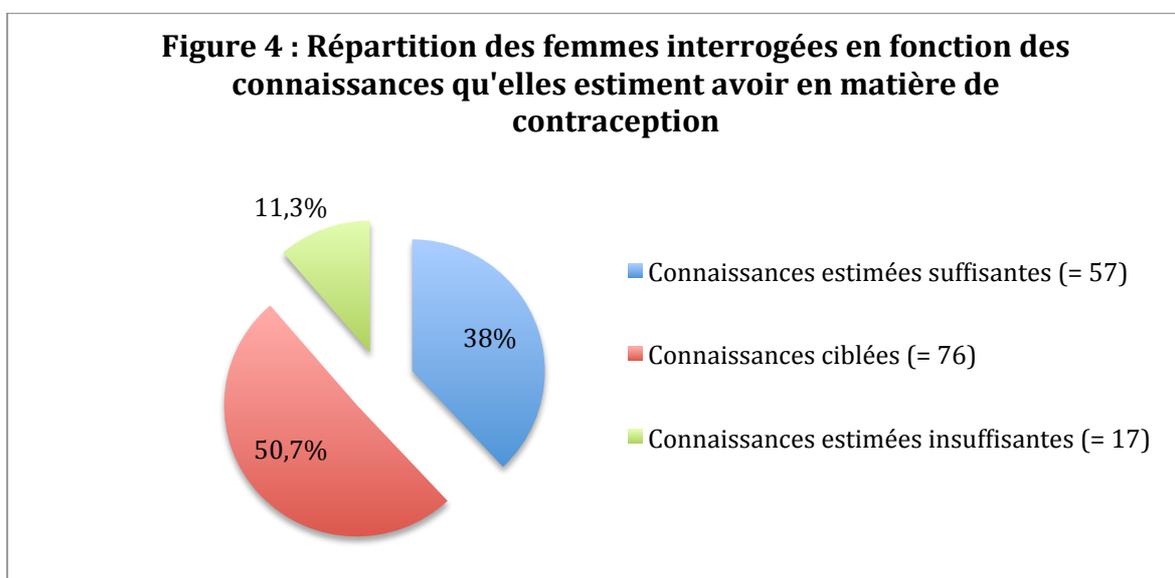
En second rang, la demande d'information est faite auprès du médecin traitant à 35,3%.

8,7% des femmes se tournent plutôt vers internet ou vers leur entourage familiale (mère, sœur) pour obtenir des informations.

18,7% des femmes se renseignent auprès d'une sage-femme :

- 4% en première intention,
- 9,3% en seconde intention,
- 15,3% en troisième intention.

71,3% des femmes ne demandent aucune information aux sages-femmes.



50,7% des femmes estiment en connaître suffisamment sur les moyens de contraception qui les intéressent. 38% pensent avoir une bonne connaissance sur la contraception en général. 11,3% avouent ne pas être assez informée.

Les deux questions suivantes permettaient de comparer les types de contraception connus avec ceux utilisés.

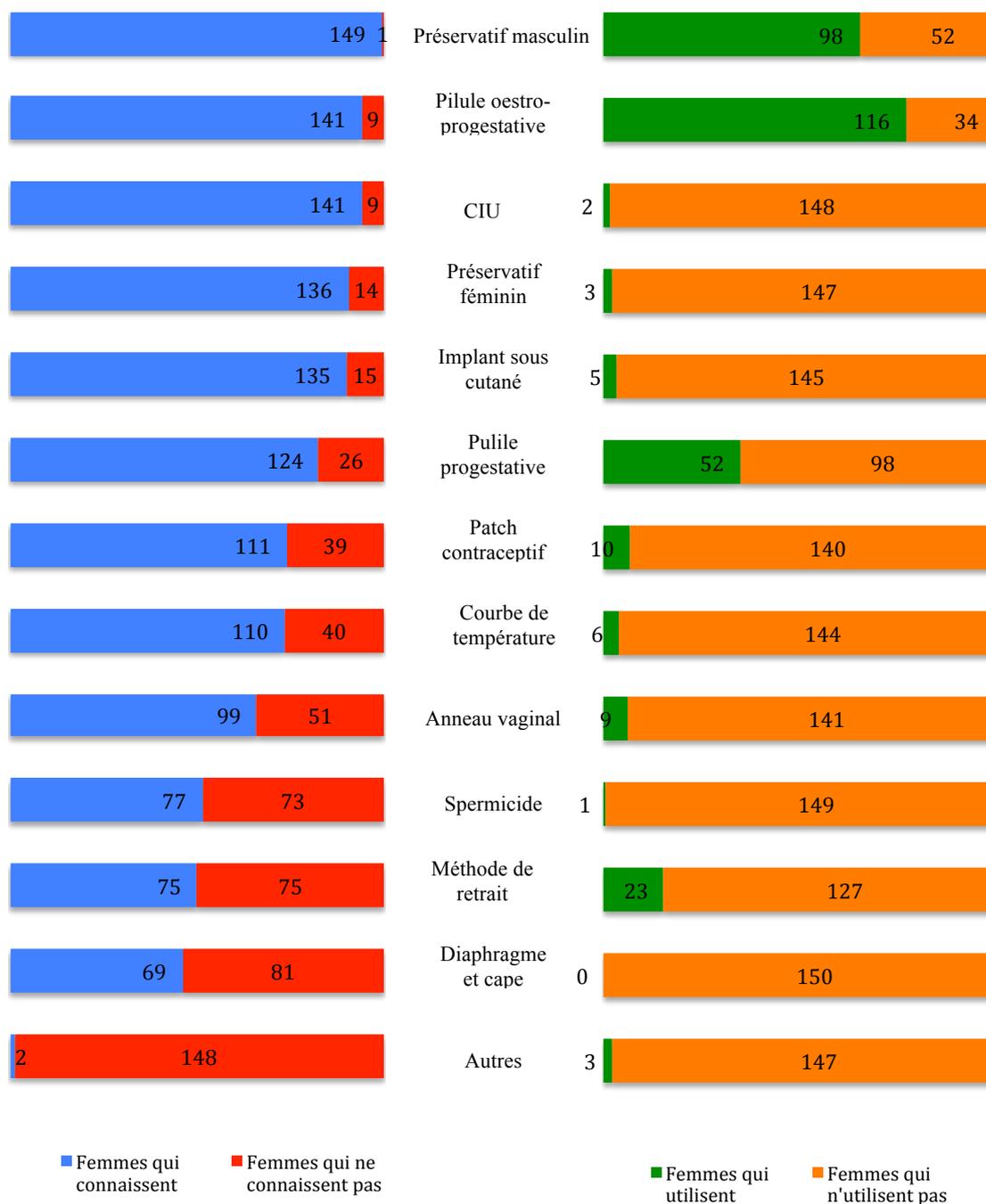


Figure 5 : Comparaison entre l'estimation des connaissances des femmes concernant les différents modes de contraception et l'utilisation de ces méthodes respectives

Le tableau présenté ici permet de comparer le nombre de femmes estimant connaître une méthode de contraception avec le nombre de femmes déclarant l'avoir déjà utilisé.

Ainsi nous pouvons noter les données suivantes :

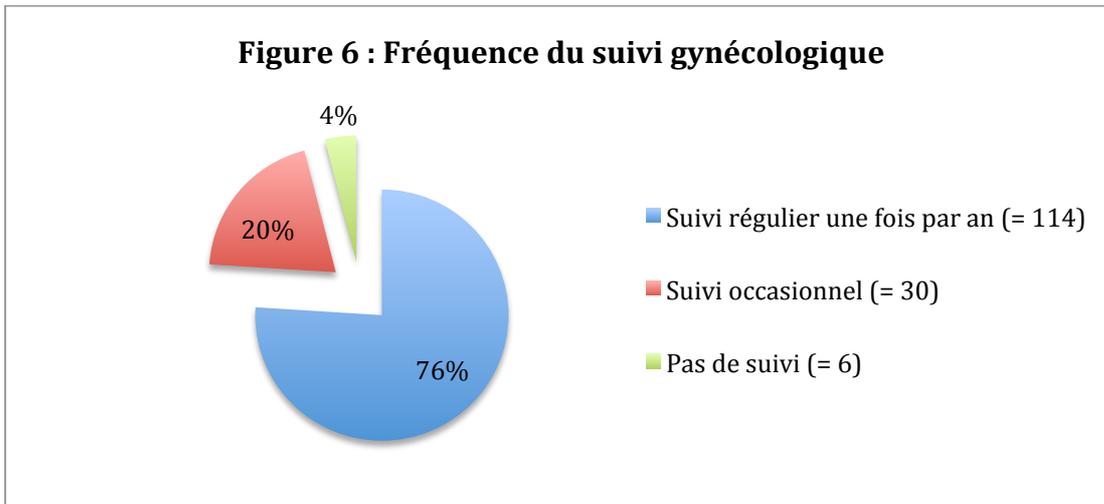
- Les femmes estiment en moyenne connaître les différents modes de contraception disponibles en France.
- La pilule oestro-progestative est une des méthodes les plus connues et reste la méthode la plus utilisée.
- Le CIU arrivent en troisième place des méthodes les plus connues mais n'est pratiquement pas utilisé (seulement 2 femmes sur 150).
- L'implant sous-cutané, le patch contraceptif et l'anneau vaginal sont connus par la majorité des femmes et ne sont quasiment jamais utilisés.
- Nous pouvons noter que les méthodes contraceptives type diaphragme ou cape sont connus par moins de la moitié de la population et n'ont jamais été utilisés.

Les résultats concernant les autres méthodes de contraception montrent que 2 femmes sur 150 soit 1,3% en connaissent. Elles décrivent des moyens de contraception par le biais :

- d'injection de médroxyprogestérone (progestatif) en intra-musculaire ;
- du moniteur de contraception Clearblue®.

Elles sont 3 à déclarer utiliser une autre méthode de contraception : l'une d'entre elles cite des éponges vaginales, les deux autres affirment n'utiliser aucune méthode spécifique.

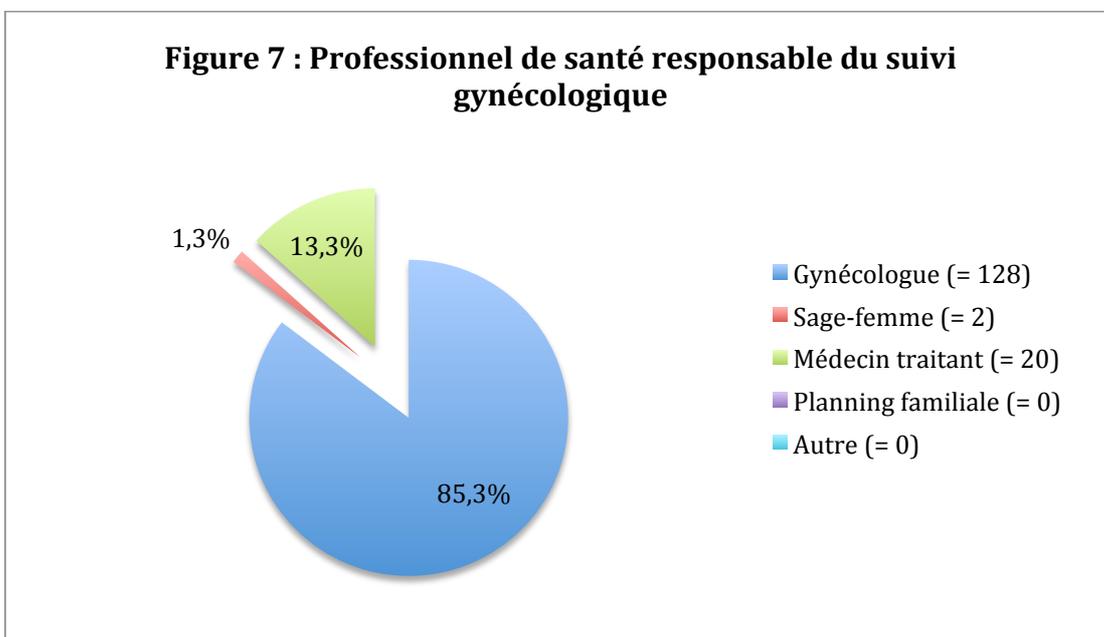
2.3.2 Le suivi gynécologique



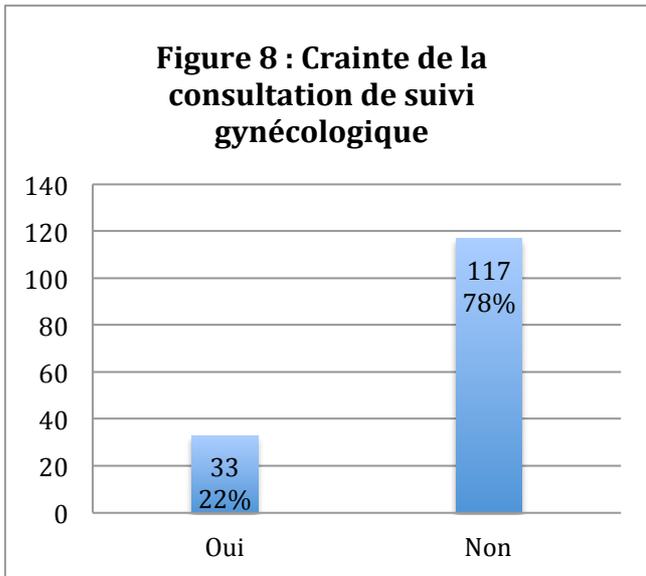
Nous notons ici que 76% des femmes se font suivre régulièrement, c'est à dire au moins une fois par an.

20% des femmes avouent effectuer leur suivi gynécologique « quand elles y pensent ».

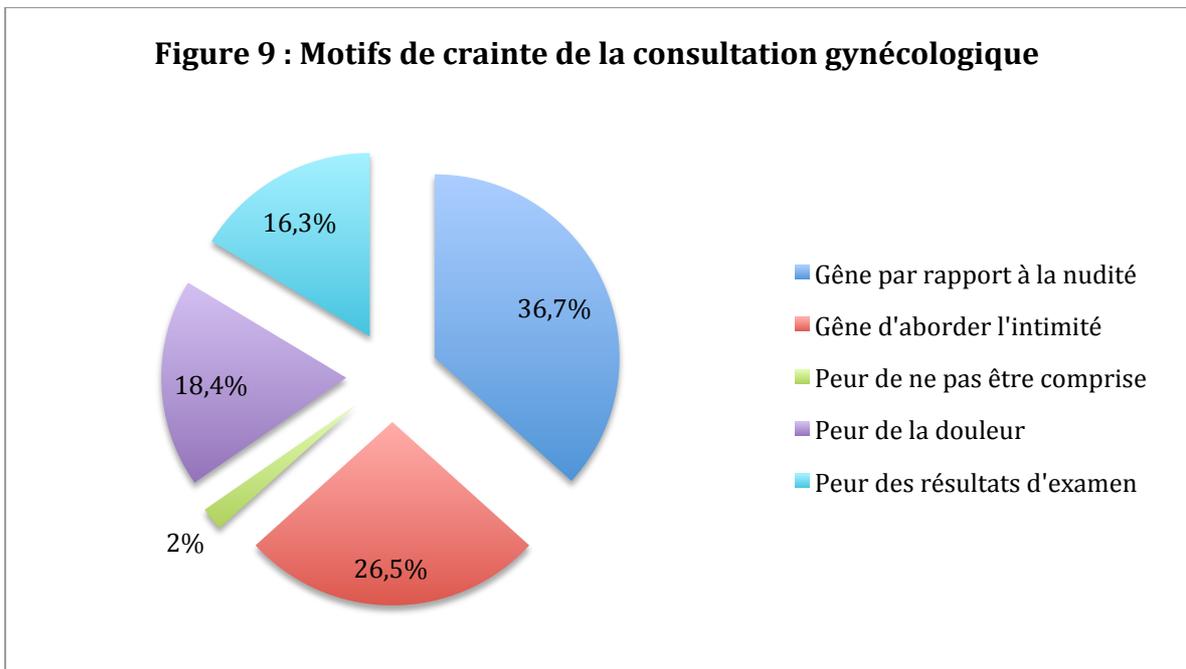
4% des femmes déclarent ne pas avoir de suivi du tout.



La majeure partie des femmes interrogées se fait suivre par un gynécologue. Nous trouvons ensuite un suivi fait par le médecin traitant, puis une part minime consulte une sage-femme. Aucune femme ne déclare se rendre au CPEF.



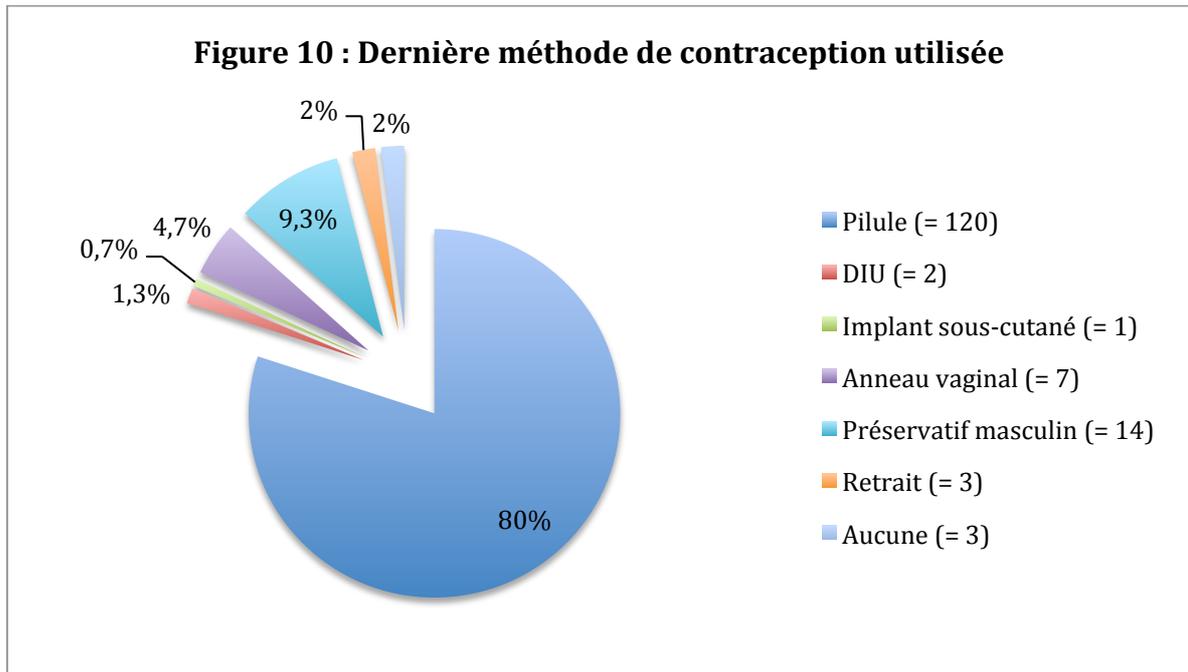
Dans la majorité des cas, 78%, la consultation annuelle pour le suivi gynécologique n'est pas un moment redouté par les femmes.



22% des femmes interrogées redoutent cette consultation pour les motifs suivants :

- gêne par rapport à la nudité dans la majorité des cas ;
- gêne d'aborder les sujets intimes comme la sexualité ;
- peur de ne pas être comprise ;
- peur de la douleur ;
- peur des résultats de l'examen.

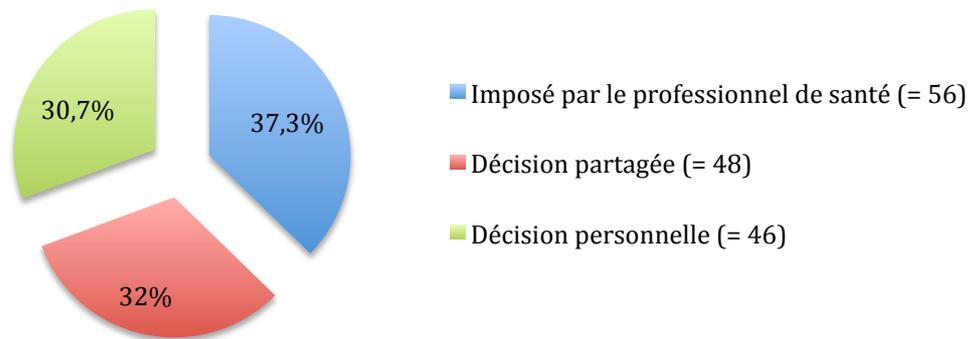
2.3.3 Dernière contraception utilisée : choix et satisfaction



La pilule (toute composition confondue) occupe la première place dans les méthodes de contraception utilisée, elle représente 80% des prescriptions.

Nous trouvons ensuite le préservatif masculin comme méthode de contraception chez 9,3% des femmes interrogées.

Figure 11 : Modalités du choix de contraceptif

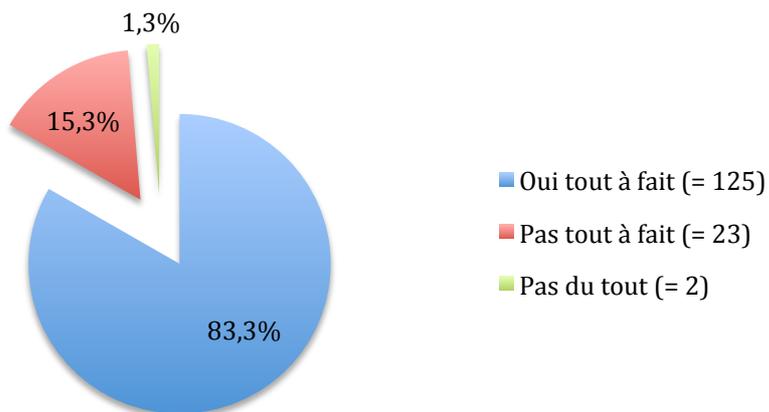


Le choix du mode de contraception s'effectue de façon différente en fonction des femmes.

Toutefois, il n'y a pas de grande différence entre les trois items proposés à la patiente :

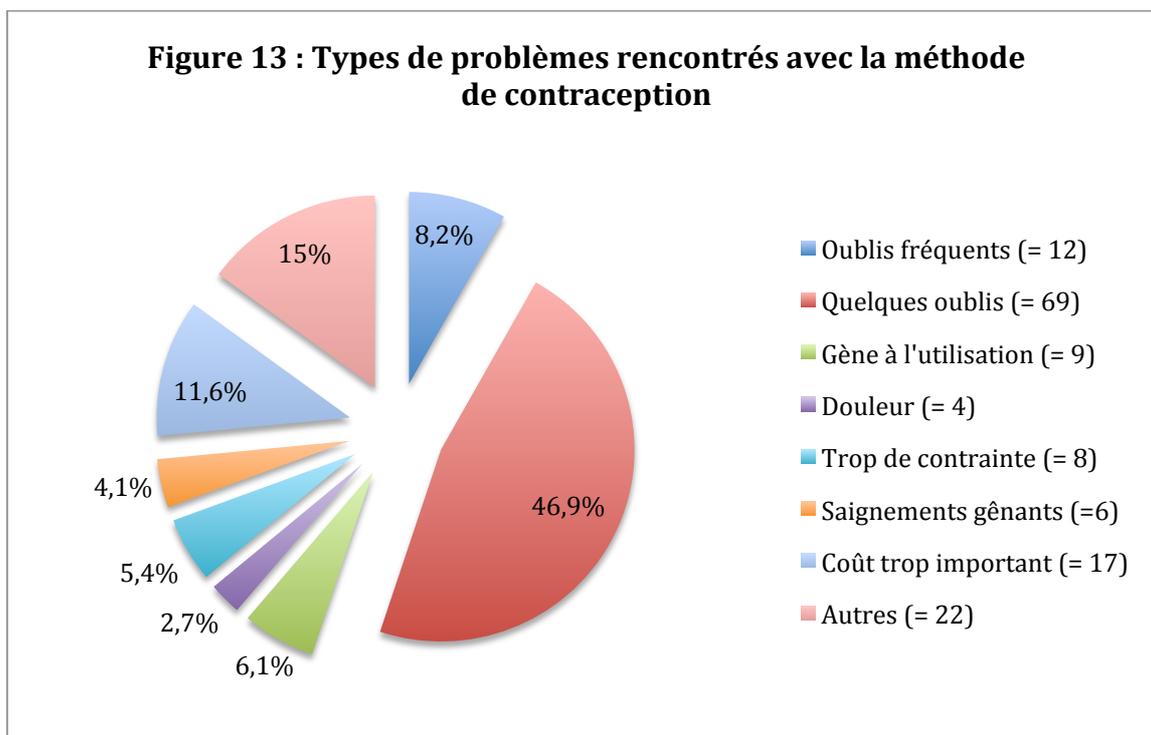
- le professionnel a prescrit la contraception qu'il jugeait adaptée dans 37,3% des cas ;
- la prescription s'est faite après discussion afin d'éclairer le choix de la patiente dans 32% des cas ;
- la patiente savait déjà ce qu'elle voulait dans 30% des cas.

Figure 12 : Satisfaction du mode de contraception



Globalement, les femmes interrogées sont plutôt satisfaites de leur prescription.

Parmi les 150 femmes interrogées, 35 (soit 23,3%) déclaraient avoir rencontré des problèmes avec leur contraception.



Pour ces 35 femmes, le principal désagrément rencontré est l'oubli. Qu'il soit fréquent ou rare, il concerne 55,1% de ces femmes.

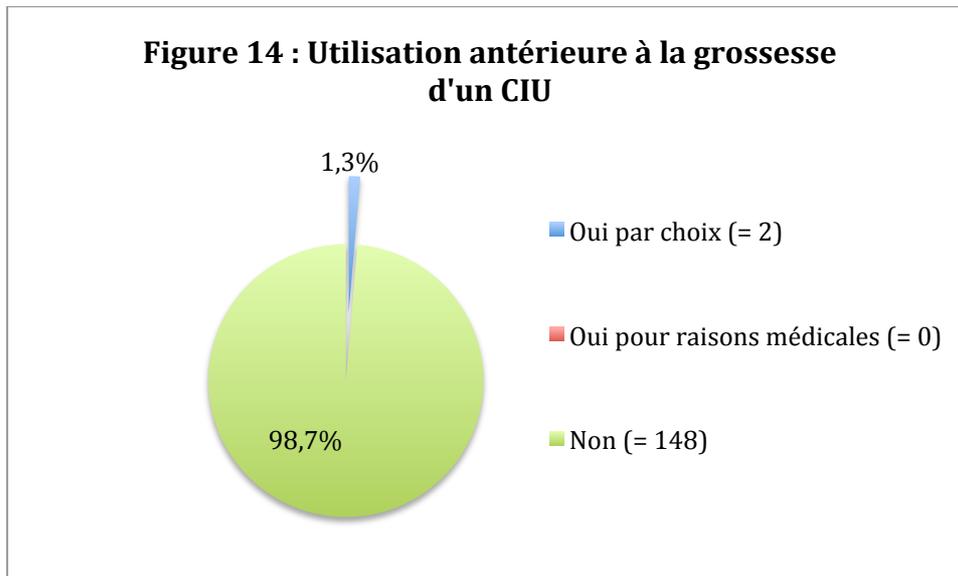
Dans la rubrique « autres », nous observons des gênes exprimées par les femmes telles que des « céphalées », une « prise de poids », l'« ingestion d'hormones », une « baisse de la libido », des « mycoses », l'effet « jambes lourdes », une « sécheresse vaginale », des « pertes plus importantes », des « règles irrégulières » voire « absentes », des « vomissements ».

2 femmes décrivent respectivement 1 et 2 grossesses alors qu'elles étaient sous pilule.

A la question concernant les modalités de choix de la contraception, ces femmes ont répondu que le gynécologue qui les suivait a prescrit la contraception qu'il jugeait adaptée pour elles.

Pour la première femme, cette méthode n'était pas du tout satisfaisante, pour la deuxième, elle était tout à fait adaptée.

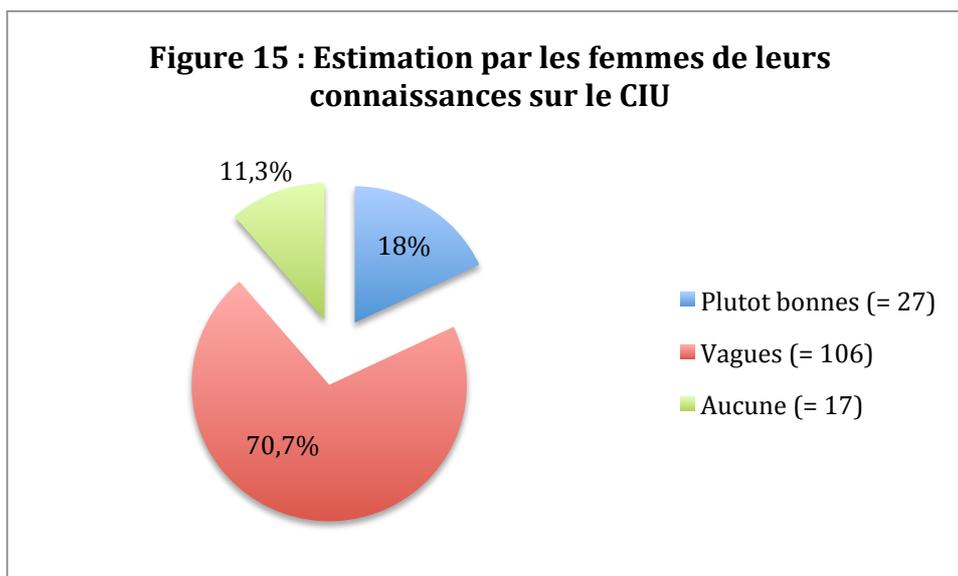
2.4 Le contraceptif intra-utérin ou stérilet



Nous notons chez les femmes interrogées que seulement 2 soit 1,3% ont eu recours à la contraception par DIU au cuivre avant leur première grossesse. Pour ces deux femmes, le port d'un DIU était par choix et non pour raisons médicales.

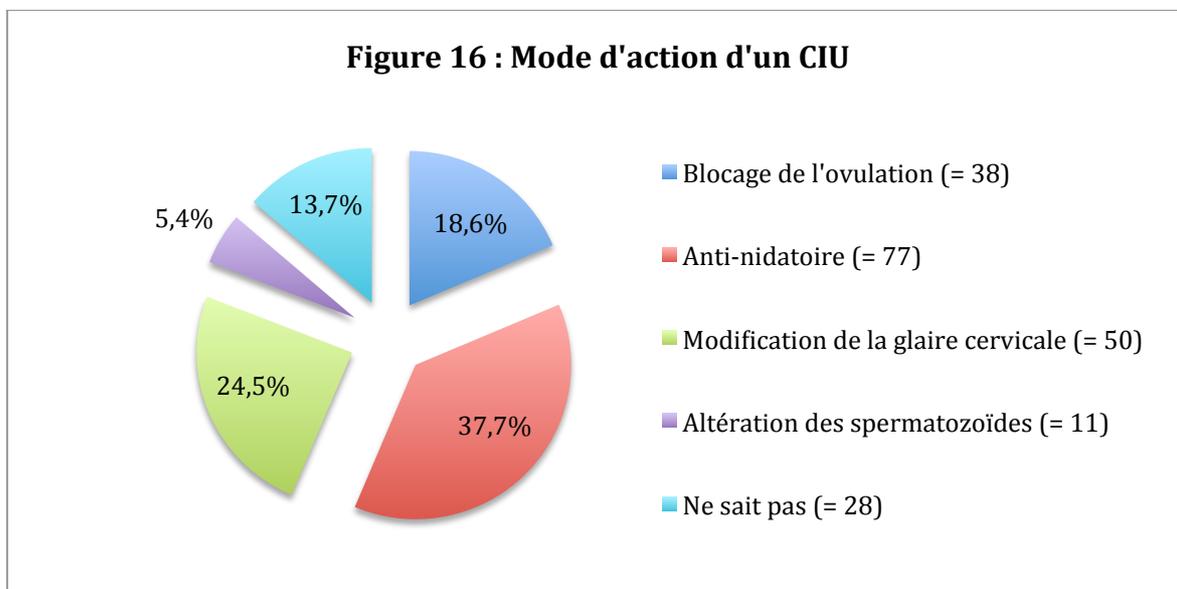
98,7% des femmes nullipares n'ont pas utilisé de DIU au cuivre avant leur première grossesse.

Il a ensuite été évalué les connaissances des femmes concernant le CIU.

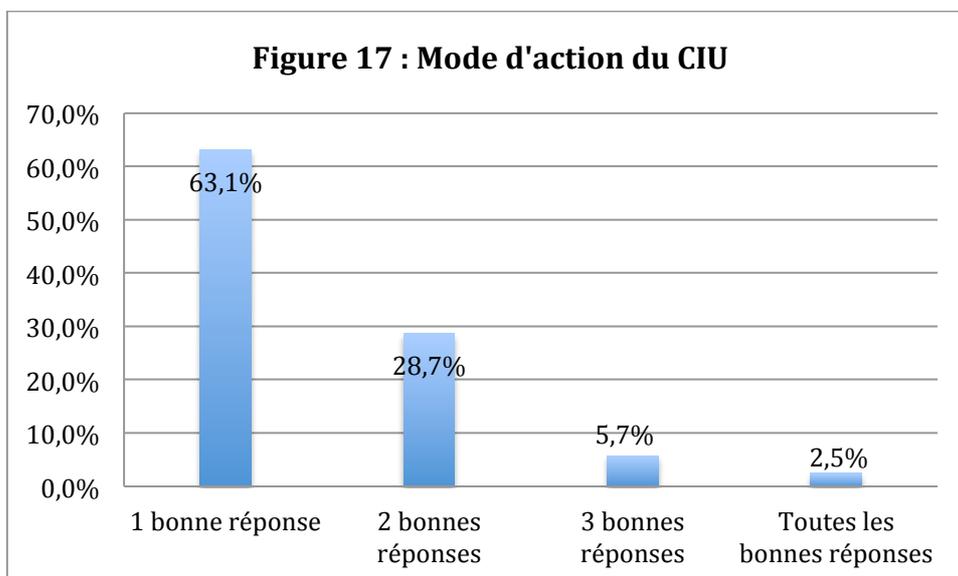


Les résultats montrent que 70,7% des femmes interrogées estiment ne connaître que vaguement le CIU.

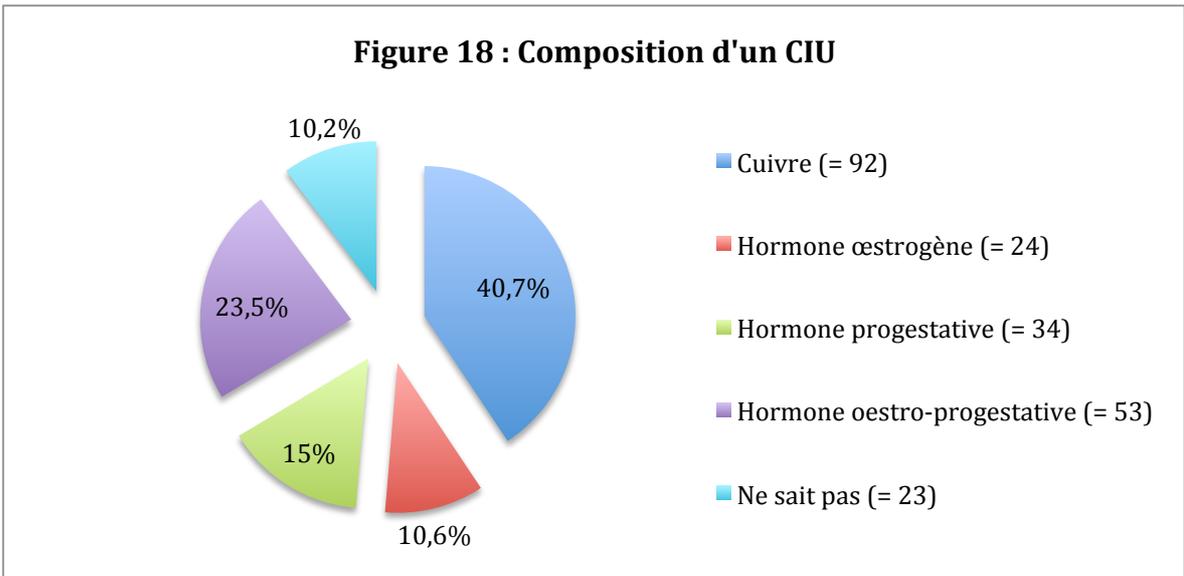
La suite du questionnaire est composée d'une série de questions concernant le fonctionnement et l'utilisation spécifique du CIU. Ces questions permettent d'évaluer précisément les connaissances des femmes et de mettre en évidence les idées fausses et les freins à l'utilisation du CIU.



28 soit 18,7% des femmes ont répondu à la question du mode d'action du CIU uniquement par l'item « je ne sais pas ».



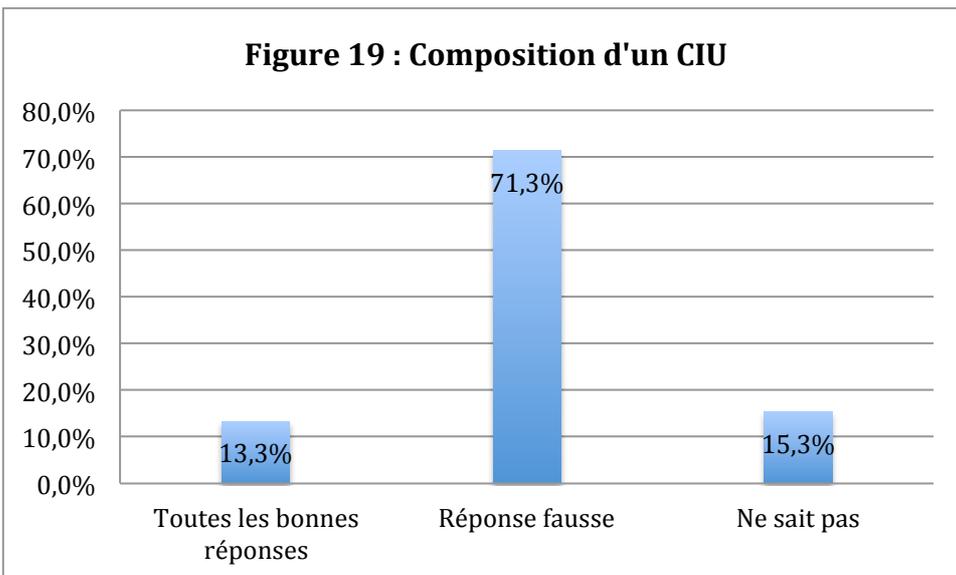
122 soit 81,3% des femmes ont répondu à la question et seulement 2,5% soit 3 femmes ont coché toutes les bonnes réponses.



La majorité des femmes sont au courant qu'un CIU peut être composé de cuivre.

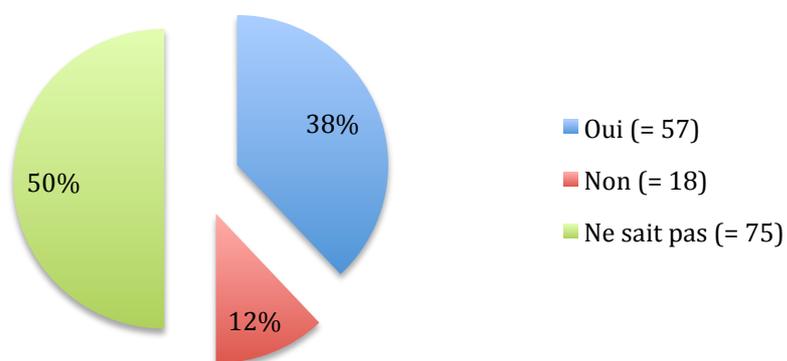
La composition hormonale reste beaucoup plus floue pour elles.

10,2% des femmes déclarent ne pas connaître la composition d'un CIU.



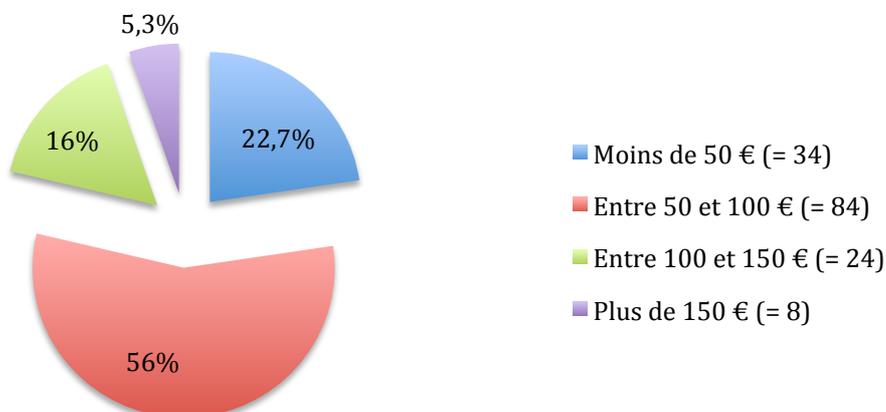
Sur 127 femmes ayant donné une réponse, 13,3% ont donné la bonne réponse, c'est à dire que le CIU peut être composé de cuivre ou d'hormone progestative.

Figure 20 : Existence de différentes tailles de CIU



Les femmes sont 50% à ne pas se prononcer par rapport à l'existence de CIU de différentes tailles. Seules 38% savent que différents modèles existent.

Figure 21 : Estimation du prix d'un CIU

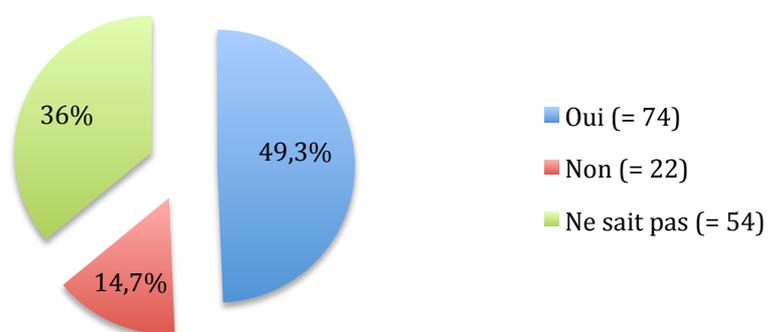


Cette question est finalement difficile à exploiter.

En effet, un DIU coûte 30,50€ et un SIU 125,15€. Nous pouvons donc établir la moyenne de 77,82€. Donc lorsque 56% des femmes répondent qu'un CIU coûte entre 50 et 100€, nous ne pouvons pas dire qu'elles aient tort.

En revanche, 22,7% des femmes estiment qu'il coûte moins de 50 euros, ce qui est vrai pour le DIU. Et 16% des femmes estiment qu'il coûte entre 100 et 150 euros, ce qui est vrai pour le SIU. Donc 38,7% des femmes évaluent correctement le prix d'un CIU (tous modèles confondus).

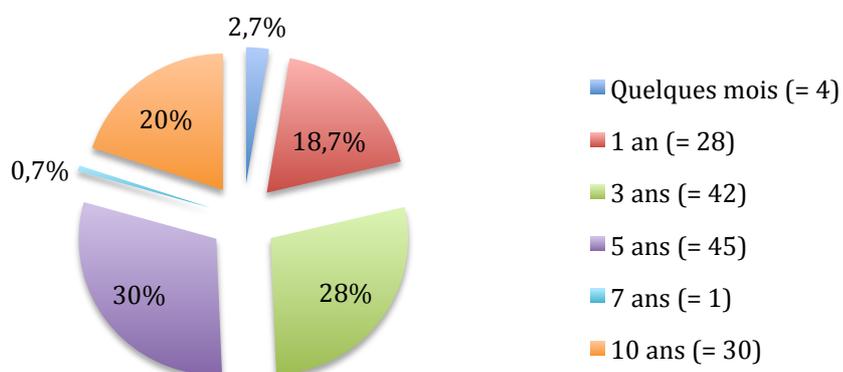
Figure 22 : Remboursement par la sécurité sociale d'un CIU



Quasiment la moitié des femmes interrogées affirment que la sécurité sociale rembourse le CIU. 49,3% des femmes ont donc la bonne réponse.

36% ne savent pas et 14,7% pensent qu'il n'y a pas de remboursement.

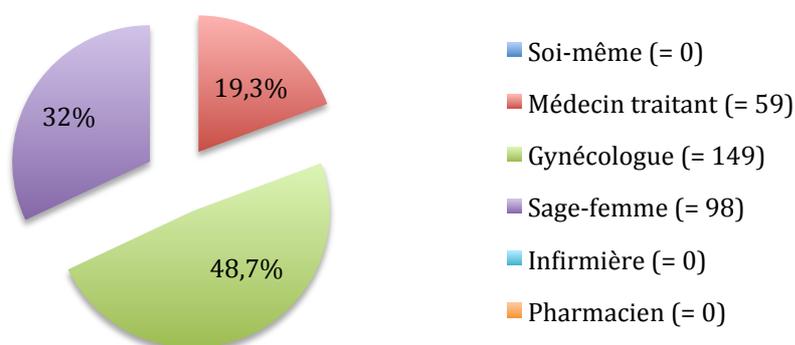
Figure 23 : Durée maximale de mise en place du CIU



Nous considérons qu'un CIU est en place pour 5 ans. De ce fait, 30% des femmes ont raison.

Mais certains modèles de DIU peuvent être laissés en place jusqu'à 10 ans. Donc les femmes ayant répondu 7 ans et 10 ans à cette question n'ont pas forcément faux.

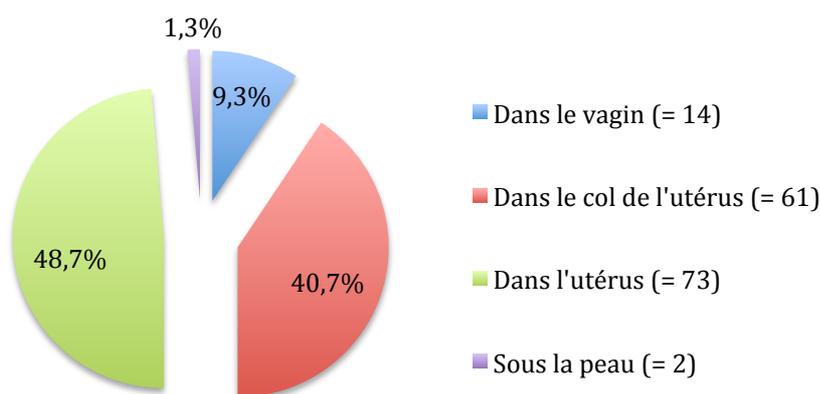
Figure 24 : Professionnel de santé autorisé à poser un CIU



Selon les 150 femmes interrogées, les 3 principaux professionnels autorisés selon elles à poser un CIU sont les gynécologues en premier, puis les sages-femmes et les médecins traitants toutes réponses confondues.

44 femmes soit 29,3% ont répondu correctement à cette question, c'est à dire qu'elles ont coché simultanément les items « gynécologues », « sage-femme » et « médecin traitant ».

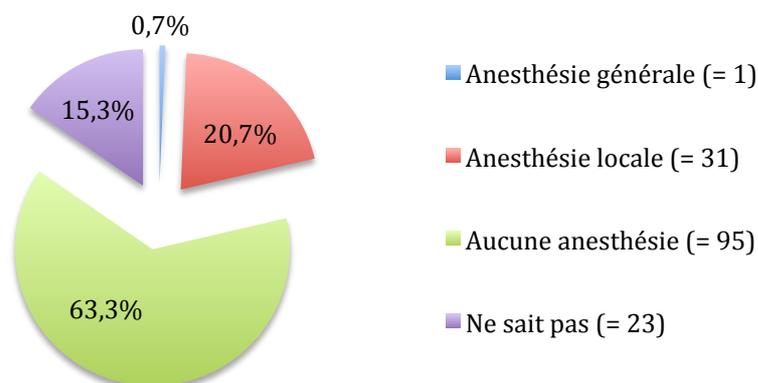
Figure 25 : Lieu d'insertion du CIU



48,7% des femmes interrogées estiment que le CIU s'insère dans l'utérus.

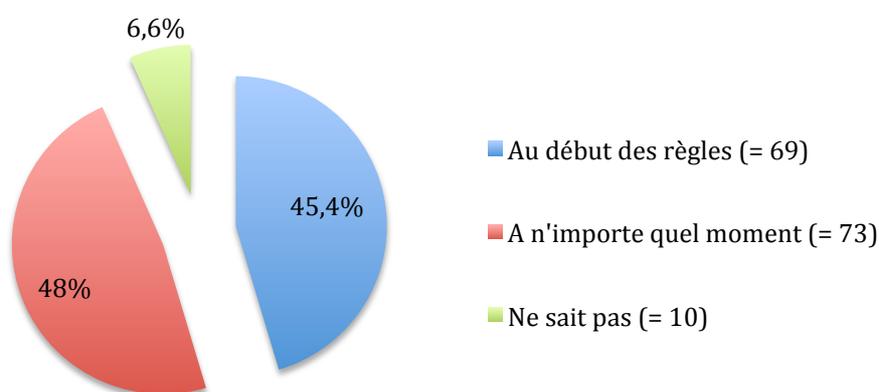
En revanche, 51,3% des femmes affirment à tort que le CIU s'insère dans le col de l'utérus, dans le vagin ou sous la peau (confusion probable avec l'implant sous-cutané).

Figure 26 : Nécessité d'une anesthésie lors de la pose d'un CIU



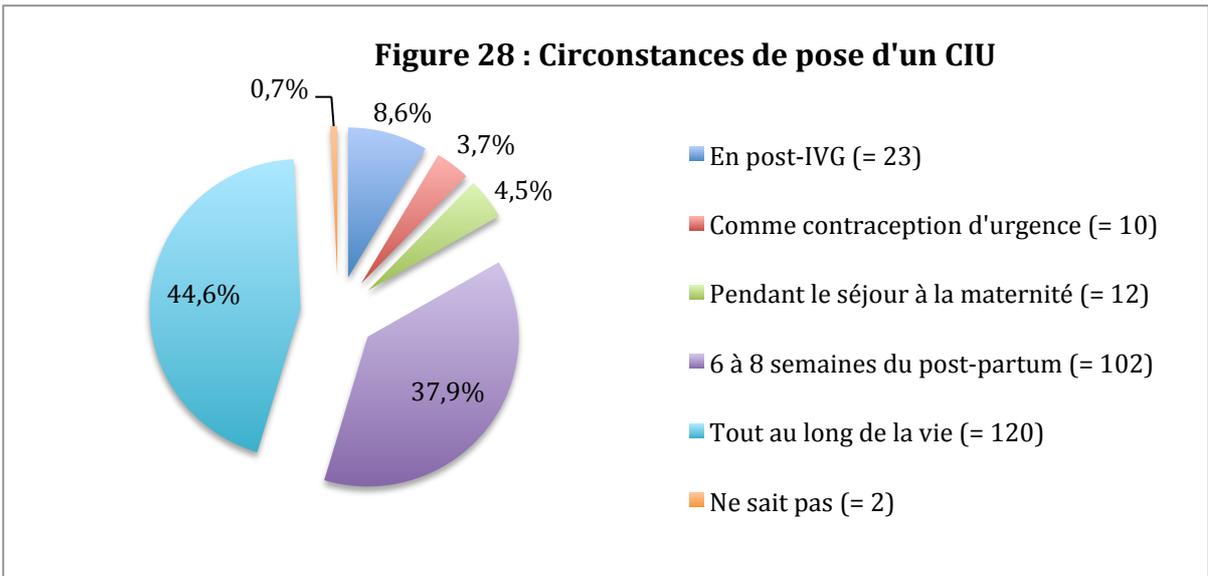
63,3% des femmes ont raison de penser que la pose d'un CIU ne nécessite aucune anesthésie. En revanche, 20,7% pensent qu'elle nécessite une anesthésie locale et 0,7% d'une anesthésie général. 15,3% des femmes ne savent pas si une anesthésie est nécessaire.

Figure 27 : Période du cycle adaptée à la pose du CIU



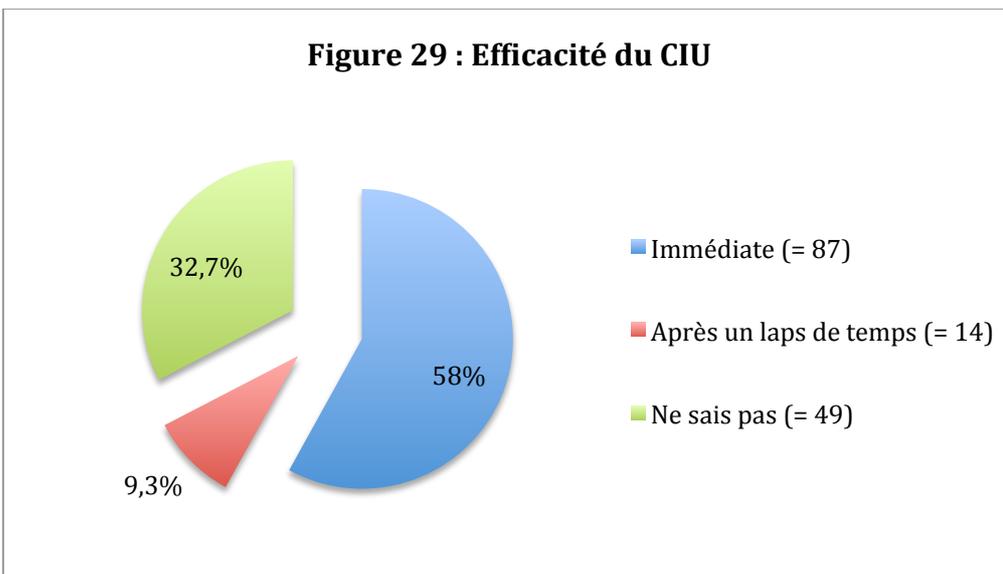
48% des femmes estiment que le CIU peut être posé à n'importe quel moment, 45,4% pensent plutôt à une pose en début de règles, le reste des femmes ne sait pas.

Sur les 150 questionnaires récupérés, 2 répondent correctement à la question, c'est à dire que les deux items « au début des règles » et « n'importe quand » ont été cochés. C'est pour cela que lorsque le nombre total de réponses est additionné, le résultat est de 152.



Les femmes pensent, pour la plupart, qu'un CIU se pose tout au long de la vie ou spécifiquement 6 à 8 semaines après l'accouchement. Les autres circonstances sont pour elles moins éloquentes.

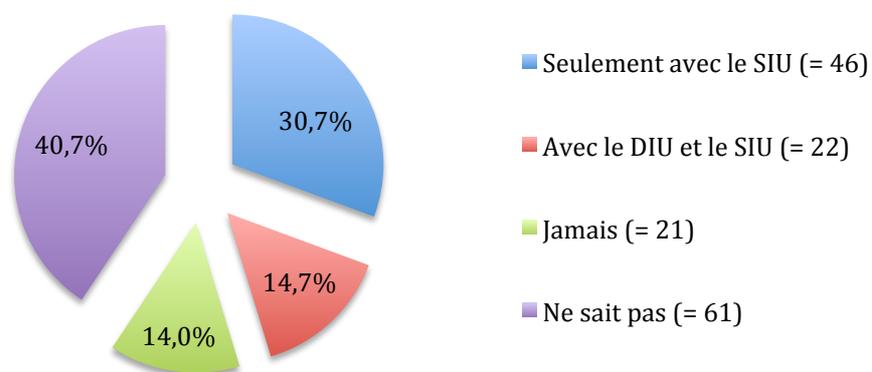
Dans seulement 3 questionnaires soit 2%, les bonnes réponses ont été simultanément cochées, à savoir « en post-IVG », « comme contraception d'urgence », « 6 à 8 semaines après l'accouchement », « tout au long de la vie ».



58% des femmes savent que le CIU est efficace immédiatement après sa pose. 9,3% estiment qu'un laps de temps est nécessaire.

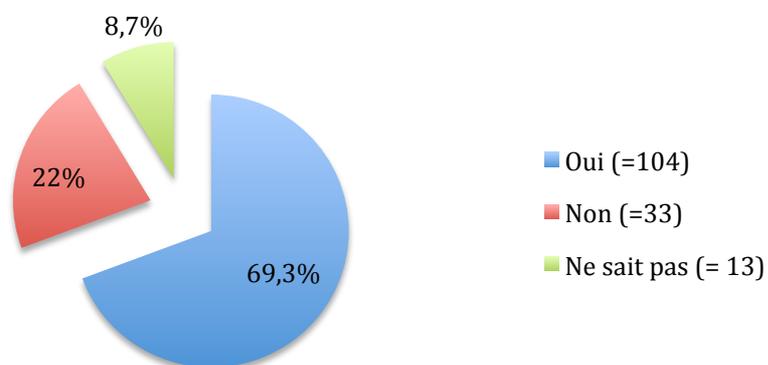
32,7% des femmes ne se prononcent pas.

Figure 30 : Absence de menstruations liées au CIU



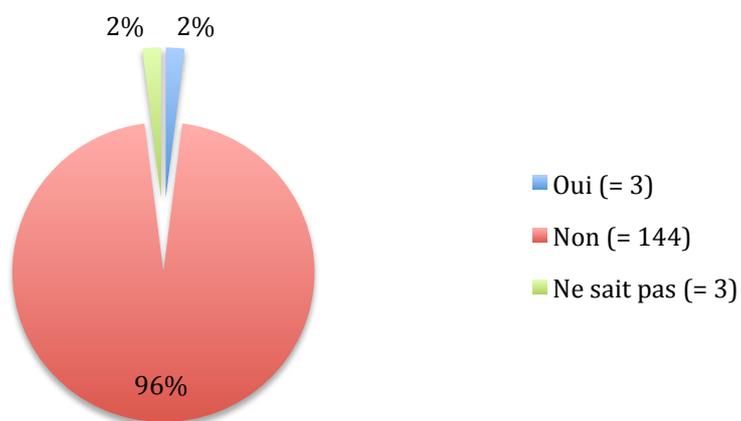
30,7% des femmes ont une bonne connaissance en déclarant que seul le SIU peut provoquer une absence de règles.

Figure 31 : Possibilité de pose de CIU chez la nullipare



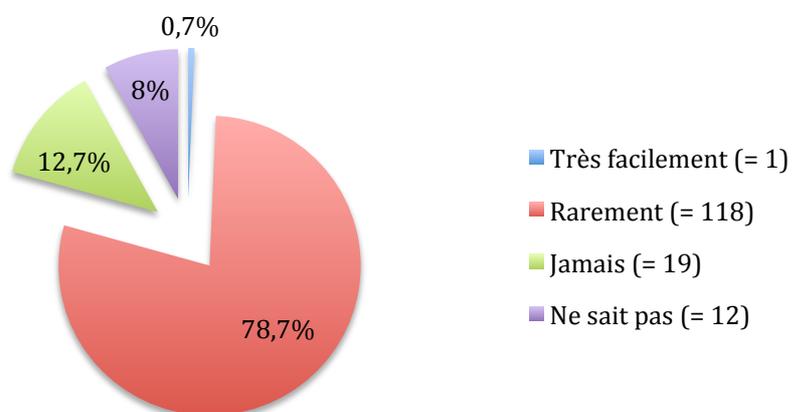
69,3% des femmes savent que la pose de CIU est autorisée chez les nullipares. 22% continuent de penser qu'il faut avoir eu un enfant avant d'avoir un CIU. 8,7% ne savent pas.

Figure 32 : Protection des IST par le CIU



96% des femmes sont conscientes que le CIU ne protège pas des IST.

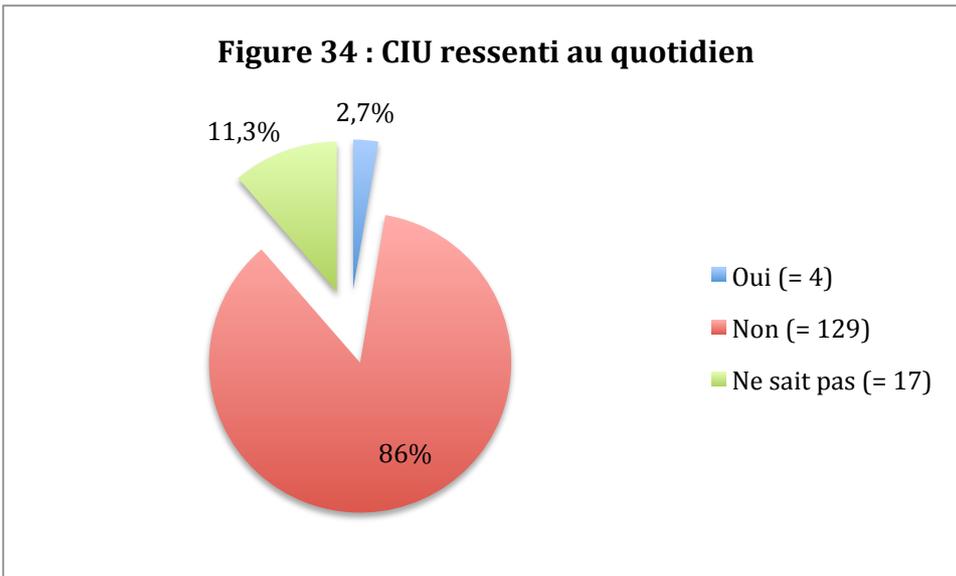
Figure 33 : Possibilité de grossesse sous CIU



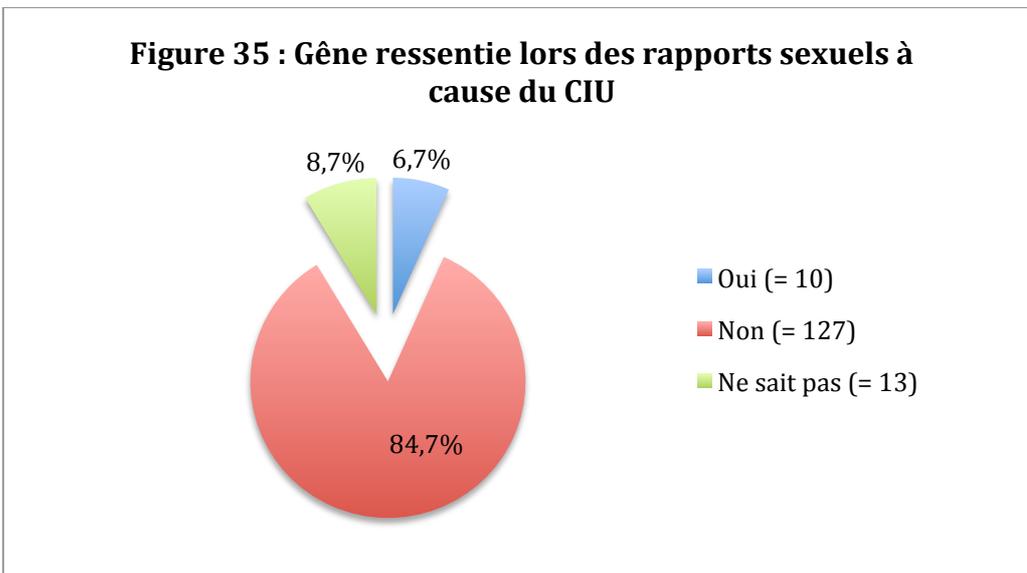
78,7% des femmes pensent que les cas de grossesse sous CIU sont rares.

0,7% les pensent fréquents et 12,7% jamais.

8% ne se prononcent pas.

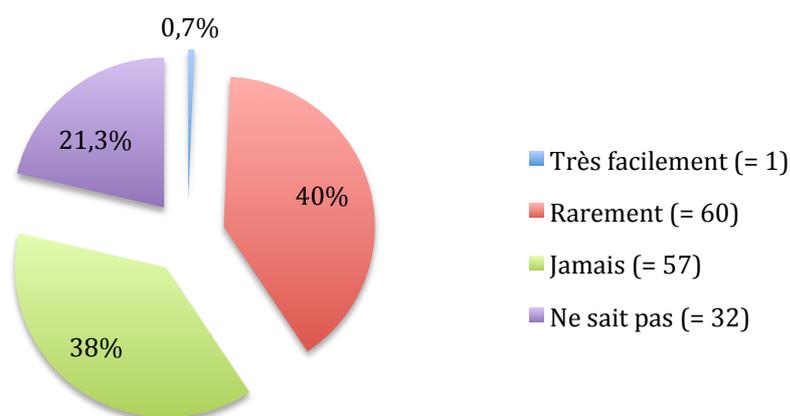


86% des femmes interrogées estiment que l'on ne ressent pas le CIU au quotidien. 2,7% pensent le contraire et 11,3% ne savent pas.



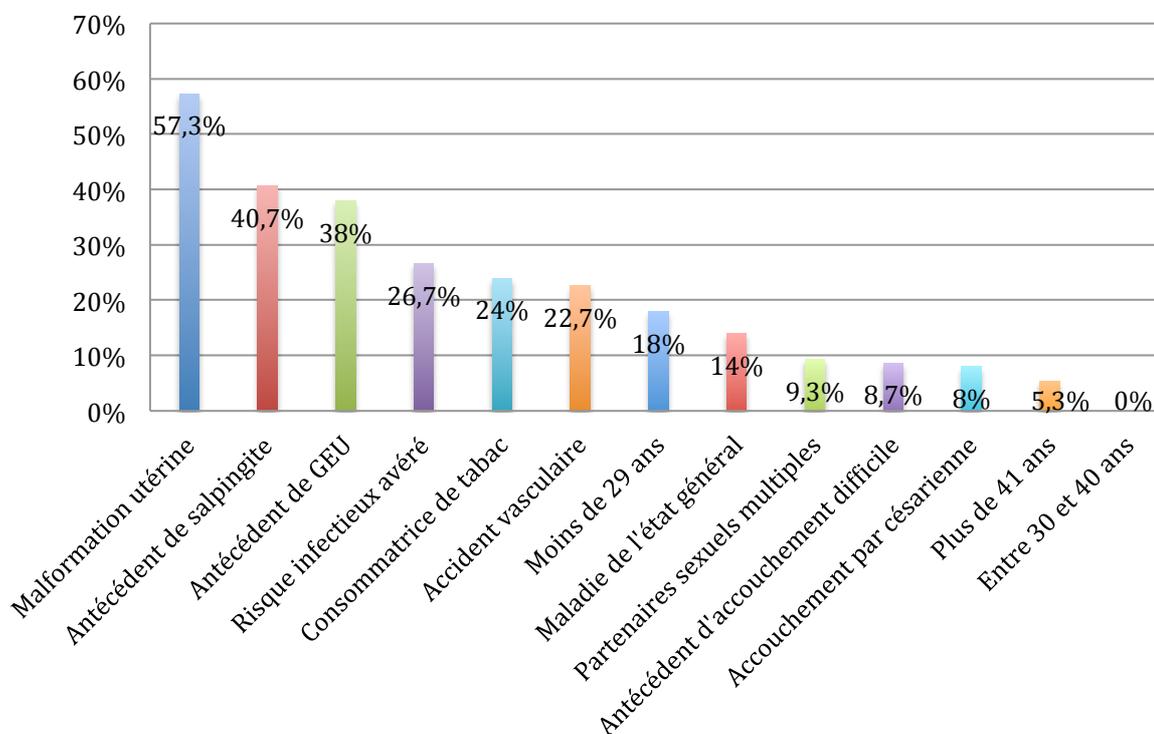
84,7% des femmes interrogées pensent que le CIU ne gêne pas lors de rapports sexuels alors que 6,7% pensent que si. 8,7% ne savent pas.

Figure 36 : Possibilité de chute spontanée du CIU



Seulement 0,7% des femmes pensent que le CIU peut tomber spontanément assez facilement, 40% pensent qu'il ne tombe que rarement et 38% pensent qu'il ne tombe jamais. 21,3% ne savent pas.

Figure 39 : Contre-indications à l'utilisation d'un CIU



Dans cette question les femmes cochaient les propositions qu'elles considéraient comme une contre-indication à la pose d'un CIU.

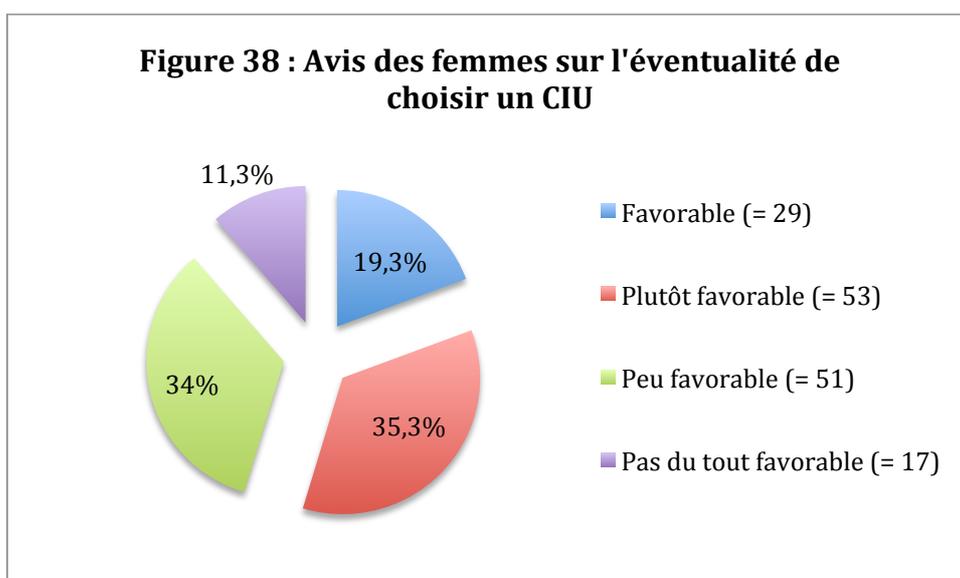
Les trois items les plus représentés sont : « les malformations utérines », « les antécédents de salpingite », « les antécédents de GEU ».

Seulement 2% des femmes (3 questionnaires sur 150) ont répondu juste à cette question où il fallait cocher : « les antécédents d'infections des trompes », « les malformations de l'utérus », « les partenaires sexuels multiples », « les situations avec un risque infectieux avéré ».

15,3% des patientes ne se prononcent pas sur l'existence de contre-indications à la pose d'un CIU.

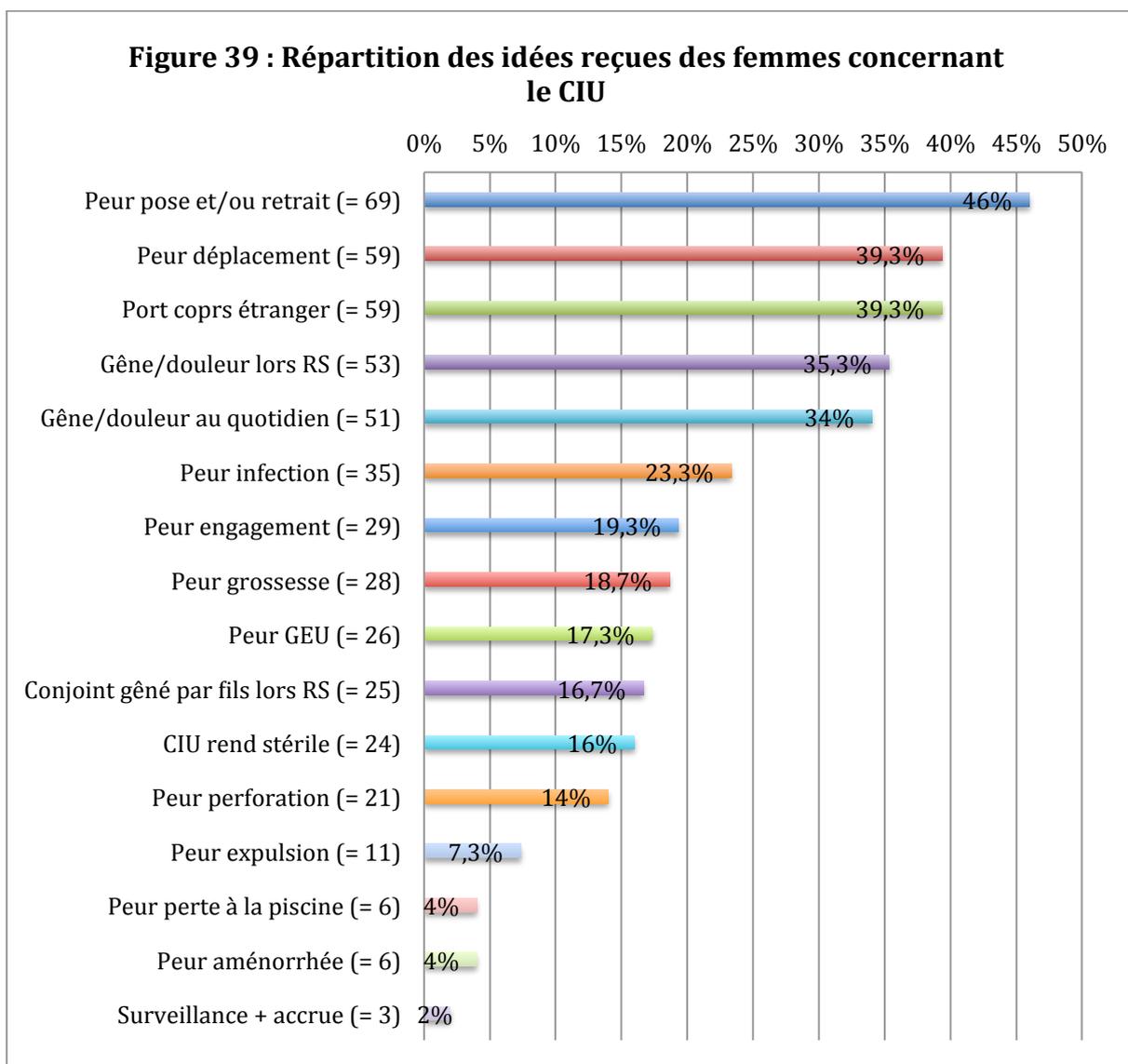
2.5 L'avis des femmes

2.5.1 L'avis des femmes sur le CIU



54,6% des femmes sont plutôt favorables (35,3%) voire favorables (19,3%) à l'idée de porter un CIU. 45,3% sont peu (34%) voire par du tout favorable (11,3%).

La question suivante reprenait une liste d'idées reçues concernant le CIU. Les femmes interrogées devaient cocher tous les items qui les dérangent le plus.



Nous pouvons regrouper les idées reçues des femmes concernant le CIU en plusieurs catégories :

- la peur : peur de l'engagement imposée par un CIU, peur de la pose ou du retrait, peur de la perforation utérine, peur du déplacement du CIU, peur de l'expulsion spontanée, peur de la perte du CIU à la piscine, peur de l'infection, peur de l'aménorrhée, peur de la grossesse ou de la GEU, peur que le CUI rende stérile ;
- la gêne : gêne au quotidien (effort, toux, mouvement par exemple), gêne lors de rapports sexuels (RS), le fait que le conjoint soit gêné par les fils lors des RS ;
- la contrainte : le fait de porter un corps étranger en soi, la contrainte d'une surveillance plus accrue avec un CIU.

La principale crainte des femmes par rapport au CIU concerne le moment de la pose ou du retrait (46% des femmes). Les femmes craignent également son déplacement autant que le fait d'avoir un corps étranger en soi.

Les craintes suivantes concernent la sensation que peut provoquer un CIU lors d'un rapport sexuel (RS) ou au quotidien (à l'effort, à la toux, lors du port de charge lourde par exemple).

Les femmes déclarent également avoir peur d'une infection, peur de l'engagement qu'impose le CIU, peur d'une grossesse ou d'une GEU.

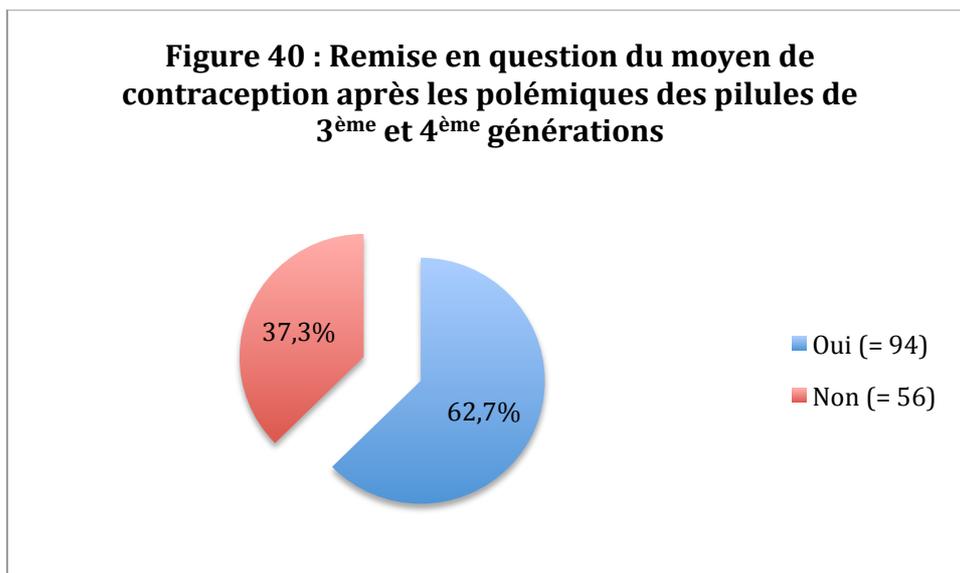
16% des femmes ont encore peur que le DIU les rendent stériles certainement du fait de l'appellation à tort du CIU : stérilet.

10% des femmes n'ont pas d'avis sur la question ;

4% des femmes donnent d'autres craintes concernant le CIU liées :

- aux convictions religieuses concernant le CIU,
- au fait de ne pas avoir assez de recul par rapport au CIU,
- à la peur d'avoir des saignements trop importants ou des spotting.

2.5.2 L'avis des femmes sur la contraception



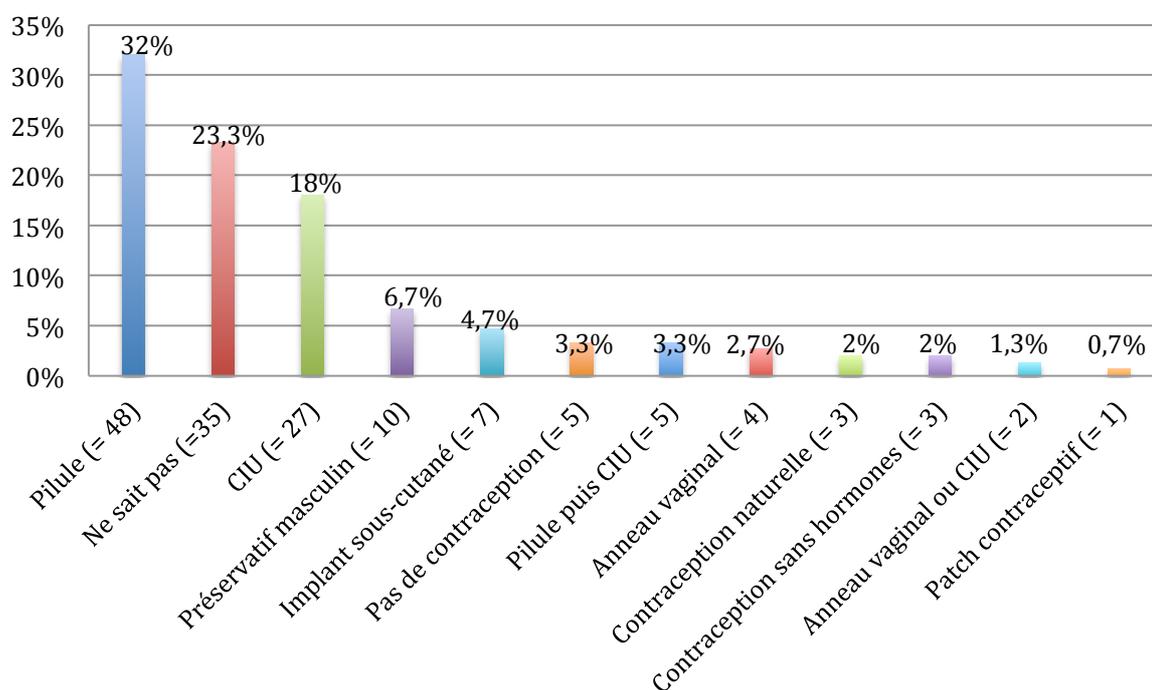
La majorité des femmes interrogées ont remis en cause leur contraception après les polémiques concernant la pilule de troisième et quatrième génération.

Figure 41 : Remise en cause du moyen de contraception après avoir accouché



Après avoir accouché, nous remarquons également que la majorité des femmes remettent leur contraception en cause.

Figure 42 : Méthode de contraception envisagée après l'accouchement



32% des femmes désirent reprendre la pilule qu'elles avaient avant l'accouchement par « simplicité », car « elles connaissent ».

En deuxième position, les femmes ne savent pas et veulent en discuter avec le professionnel de santé qui les suit.

Enfin en troisième position, on trouve le CIU. 17,3% des femmes se disent prêtes à essayer le CIU.

Troisième partie :

Discussion

1 CRITIQUES DE L'ETUDE

1.1 Forces de l'étude

La distribution des questionnaires en mains propres a permis d'expliquer clairement les objectifs de l'enquête ainsi que d'améliorer le taux de participation. Les femmes disposaient d'au moins 24 à 48 heures pour répondre au questionnaire.

150 questionnaires ont été exploitables sur les 155 distribués. Les réponses données étaient sérieuses et appliquées, ce qui témoigne de l'intérêt des femmes pour le sujet.

Lors de la récupération des questionnaires, toujours en mains propres, un échange était alors possible. Il permettait de donner plusieurs informations et explications aux femmes sur des points non compris, sans que cela ne modifie pour autant leurs réponses.

La population était en général variée au niveau de l'âge et du parcours obstétrical. La distribution des questionnaires s'est effectuée dans trois départements de la région Rhône-Alpes.

1.2 Limites de l'étude

L'enquête s'est déroulée de septembre 2013 à janvier 2014, soit une période relativement brève, et sur un nombre limité de questionnaires (150).

L'enquête s'est faite au niveau local et se limite à 3 centres hospitaliers répartis dans la région Rhône-Alpes. Elle ne représente donc pas la population française.

Les questions choisies portaient sur des sujets normalement abordés en consultation gynécologique ou en cours de préparation à la naissance, les femmes étaient censées en avoir déjà entendu parlé.

Certains termes ont été « simplifiés » afin d'en améliorer leur compréhension. Par exemple le terme de CPEF a été remplacé par « planning familial ». Le terme « stérilet » apparaît malgré

sa connotation car il est connu de tous. Le terme de « médecin généraliste » a été remplacé par « médecin traitant ».

Lors de la récupération des questionnaires, dans la majorité des cas, les femmes signalaient qu'elles ne connaissaient pas la différence entre les hormones oestro-progestatives et progestatives.

1.3 Biais liés à la méthode

1.3.1 Biais de sélection

Les questionnaires étaient distribués aux femmes parlant et comprenant bien le français, ce qui crée un biais de sélection dans la population interrogée.

1.3.2 Biais de classification

Dans la question 18 et 21, aucune différenciation n'a été faite entre le DIU et le SIU, ce qui constitue un biais dans l'interprétation des résultats. En effet les données recueillies ont été interprétées mais nous ne pouvons pas savoir si la femme interrogée a répondu en fonction du DIU seul, du SIU seul ou des deux confondus.

2 ANALYSE DES RESULTATS

2.1 Evaluation des connaissances

2.1.1 Influence des études sur la qualité des connaissances

Sur les 57 femmes estimant avoir de bonnes connaissances sur la contraception en général, la majorité, soit 82,4%, a fait des études supérieures.

Si nous nous intéressons au cas du CIU, sur les 133 femmes estimant connaître le CIU, elles sont une très grande majorité (84,2%) à avoir fait des études supérieures. Les 17 femmes estimant ne pas connaître le CIU sont en majorité (76,5%) issues d'un niveau scolaire type lycée.

Cela laisserait penser que le niveau d'études supérieures favoriserait l'accès à la recherche d'informations, les études offrant la possibilité d'être informé par des personnes compétentes.

Or, sur les 93 femmes estimant avoir peu ou pas de connaissances sur la contraception en général, 69,9% sont issues d'un niveau d'études supérieures.

Le niveau d'études n'a donc pas d'influence sur les connaissances de la population étudiée.

Nous pouvons nous interroger sur l'origine du manque d'information chez les femmes qui ont suivi des études supérieures et qui estiment mal connaître la contraception. Il peut être dû à un manque d'intérêt de ces femmes pour le sujet.

Nous pourrions aussi remettre en cause l'information donnée ou non par les professionnels de santé. L'information contraception est du rôle de tous les professionnels médicaux (généralistes, gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, libéraux ou hospitaliers, CPEF). Tout professionnel de santé sollicité sur la contraception doit apporter une information précise et complète.

2.1.2 Estimation des connaissances

Reprenons les 57 femmes qui estiment connaître suffisamment toutes les méthodes de contraception. Sur ces 57 femmes, 22 (soit 38,6%) pensent que leurs connaissances sur le CIU sont bonnes alors que 33 (soit 57,9%) estiment ne connaître que vaguement le CIU.

Les 2 femmes restantes (soit 3,5%) considèrent bien connaître toutes les méthodes de contraception mais évaluent leurs connaissances sur le CIU comme inexistantes.

Nous observons ici une incohérence dans les réponses.

Au fur et à mesure du questionnaire, nous rentrons dans le vif du sujet et finalement l'estimation des connaissances est en baisse. L'auto-évaluation des femmes n'est plus aussi sûre.

Les femmes ont en général entendu parler des différents moyens de contraception (voir figure 5 – page 31). Mais elles n'ont peut être pas retenu tout ce qui leur a été expliqué. Les femmes sélectionnent sans le vouloir les informations les concernant et ont tendance à faire abstraction du reste.

2.1.3 Qualité des connaissances

La question du mode d'action était un biais de l'étude car elle pouvait porter à confusion. En effet, aucune distinction n'était faite entre le modèle au cuivre et le modèle hormonal. Néanmoins, il était précisé la possibilité de cocher plusieurs réponses.

Sur les 150 questionnaires récupérés, seulement 3 ont répondu correctement à la question du mode d'action. Or elles sont 27 à estimer bien connaître le CIU. Encore une fois nous remarquons une incohérence au niveau des réponses données.

Sur les 27 femmes considérant bien connaître le CIU :

- 2 ne savent pas comment fonctionne le CIU,
- 10 ont donné au moins une bonne réponse,
- 10 ont donné 2 bonnes réponses,
- 3 ont donné 3 bonnes réponses,
- 2 ont répondu juste en donnant 4 bonnes réponses.

Nous remarquons que la répartition est incohérente avec l'estimation que les femmes font de leurs connaissances. La majorité des femmes ne connaît pas plus de deux modes d'action des CIU.

Dans cette question sur les modes d'action, toutes les réponses auraient dû être cochées, ce qui n'est pas le cas. Ceci peut être dû au biais de confusion entre DIU et SIU. Toutefois dans l'ordre des réponses, elles pensent d'abord à l'effet anti-nidatoire puis à la modification de la

gliaire, au blocage de l'ovulation et enfin à l'altération des spermatozoïdes. Leur idée première sur l'effet anti-nidatoire est quand même la plus représentative du CIU.

Lorsque les femmes sont interrogées sur la composition d'un CIU, nous nous apercevons qu'il existe une confusion entre les hormones progestatives, oestrogéniques et oestroprogestatives. Les femmes sont en revanche au courant que le DIU est composé de cuivre. Mais elles ne sont qu'environ 13% à évaluer correctement la composition d'un CIU tous modèles confondus.

Nous notons également que plus de la moitié des femmes ignorent qu'il existe différentes tailles de CIU.

Concernant le lieu d'insertion du CIU, les réponses sont réparties de manière quasiment égale entre l'insertion du CIU dans le col de l'utérus et celle dans l'utérus. Ceci témoigne d'une méconnaissance des femmes de l'anatomie de leur appareil génital. La distinction entre l'utérus et le col n'est pas innée, ce qui peut expliquer la confusion retrouvée ici.

Même après 9 mois de grossesse et un accouchement, où il leur a été expliqué que leur utérus contient leur bébé, qu'il va se développer et qu'au moment de l'accouchement le col devra se dilater pour permettre le passage de l'enfant, on s'aperçoit que leurs connaissances sur l'anatomie sont erronées.

De plus, le fait que les fils du CIU sortent par le col peut porter à confusion. Les femmes ne s'imaginent peut être pas que le CIU se place dans la cavité utérine et que les fils traversent le col afin de permettre le contrôle de la bonne position du CIU. Ces mêmes femmes ne sont peut être même pas au courant que l'utérus se situe dans la continuité du vagin puis du col de l'utérus.

La période du cycle à laquelle le CIU se pose est également discutable. Notre population se répartie de manière égale entre les deux propositions (« insertion en début de règles » et « insertion à n'importe quel moment »).

Les recommandations s'accordent à dire que le CIU se pose au début des règles. Le professionnel de santé profite ainsi de conditions plus favorables car le col est ouvert, le risque de grossesse est exclu.

Or une étude américaine (28) a démontré une augmentation significative du taux d'expulsion lorsque le DIU au cuivre est posé entre le premier et le cinquième jour du cycle, comparé aux

insertions entre le onzième et le dix-septième jour. Les auteurs expliquent ces taux d'expulsion par l'activité contractile plus importante du myomètre sous l'effet des prostaglandines. La pression intra-utérine est importante à ce moment du cycle et la cavité utérine s'en trouve alors plus étroite (9). D'autres auteurs ont également établi que le mucus endo-cervical possédait une activité anti-bactérienne maximale au milieu du cycle favorisant ainsi la résistance aux infections (8).

Pour le SIU, l'insertion doit se faire dans les sept premiers jours du cycle pour bénéficier d'une protection post-coïtale efficace.

Il est donc estimé que la meilleure période d'insertion se situe entre la fin des règles et le milieu du cycle, du cinquième au quatorzième jour environ. Toutefois, dans la pratique, la pose s'effectue à tout moment.

L'insertion du CIU n'est pas interdite en deuxième partie de cycle à condition de s'assurer de l'absence de grossesse.

Les femmes peuvent ne pas connaître précisément la durée de leur cycle ou avoir des difficultés à programmer une consultation au bon moment. Nous pouvons également supposer que le planning des professionnels de santé ne coïncide pas forcément avec celui des patientes.

Depuis 2004, les indications de pose de CIU se sont étendues aux nullipares. D'après l'INPES (1), 50% des françaises croient que l'on ne peut pas utiliser le CIU si l'on n'a pas eu d'enfant auparavant. Dans notre étude, nous observons que 69,3% des femmes connaissent, au contraire, cette possibilité. Le taux observé dans notre étude est donc considérable par rapport à la moyenne nationale. Nous pouvons donc nous féliciter de la qualité de l'information à ce sujet.

Sur les 104 femmes au courant de la possibilité de pose d'un CIU chez la nullipare, 80 sont âgées de 25 à 34 ans.

Nous émettons l'hypothèse, qu'en 2004, ces femmes avaient entre 15 et 24 ans et qu'elles avaient reçu cette nouvelle information au moment où elles commençaient à se questionner sur la contraception, ce qui n'est pas représentatif de la population nationale de l'étude de l'INPES.

Dans notre étude, la majorité sait qu'un CIU ne protège pas des IST. Le plan national de lutte contre le VIH et les IST élaboré par le Ministère de la Santé et des Sports place la prévention et l'information au cœur de son plan 2010/2014. En effet, une campagne de prévention

massive permet d'informer la population sur les moyens de protection mais renseigne également sur les méthodes de contraception qui ne protègent pas les individus des IST. Dans notre étude, 96% des femmes sont conscientes que le CIU ne protège pas des IST. Nous pourrions donc penser que les méthodes de prévention et d'information sont efficaces.

La question des contre-indications liées au CIU donne également matière à discuter. Certes les femmes estiment qu'avec une malformation utérine, des antécédents de salpingite ou de GEU, le CIU est contre-indiqué, bien qu'il n'y ait pas de consensus concernant la GEU. En revanche, elles ignorent à 90,7% qu'un changement de partenaire sexuel est une réelle contre-indication. En effet, la multiplicité des partenaires sexuels crée un risque important d'IST responsable d'infection pelvienne, complication la plus redoutée.

Nous pouvons formuler l'hypothèse que les femmes ne font pas le lien entre la diversité des partenaires sexuels et le risque de transmission des IST. Finalement, la campagne d'information sur les IST n'est pas si efficace. Elle est efficace dans le sens où les femmes savent que le CIU ne les protègent pas des IST mais elle est inefficace dans le sens où elles ne savent pas que les IST se contractent avec des partenaires multiples.

27 femmes ont cité l'âge inférieur à 29 ans (âge moyen du premier enfant en France) comme contre-indication à la pose d'un CIU. Nous pouvons énoncer l'hypothèse que les femmes ayant donné cette contre-indication pensaient également que le CIU était contre-indiqué chez la nullipare. Or, sur ces 27 femmes, 15 (soit 55,5%) ont répondu que le CIU était autorisé chez la nullipare. Nous remarquons également que la tranche d'âge entre 30 et 40 n'a été relevée par aucune femme comme étant une contre-indication. Nous affirmons donc que les femmes estiment qu'il faut avoir un certain âge pour avoir un CIU. Elles associent certainement les femmes de 30 à 40 ans comme celles ayant déjà des enfants et donc les meilleures candidates à la pose d'un CIU.

La contre-indication qui ressort majoritairement des réponses données, est la présence de malformations utérines. Sur ces 86 femmes, 44 pensent que le CIU s'insère dans l'utérus et 38 dans le col, les 4 restantes pensent que le CIU s'insère dans le vagin. La différence entre le col de l'utérus et l'utérus n'est peut être pas assimilée chez toutes les femmes, mais ces dernières sont conscientes qu'une malformation utérine peut compromettre la possibilité de pose d'un CIU. A nouveau, nous émettons l'hypothèse que l'anatomie génitale féminine n'est pas si bien connue des primipares.

Globalement, nous considérons les connaissances des femmes comme fragiles. Certains points paraissent clairs pour elles comme l'exposition aux IST avec un CIU, la possibilité de poser un CIU chez la nullipare, la contre indication à la pose d'un CIU lorsque l'on a une malformation utérine, ou encore l'absence d'anesthésie pour la pose d'un CIU, le rare taux de grossesse sous CIU. Mais d'autres points sont complètement flous comme le lieu d'insertion, la contre-indication au CIU en cas de partenaires sexuels multiples, la composition du CIU ou encore les circonstances de pose. Cette analyse prouve qu'il y a un écart entre ce qu'elles pensent savoir et ce qu'elles savent réellement.

Nous précisons que lorsque que nous évaluons la totalité des questionnaires, aucun n'est juste à 100%. Toutefois certaines notions ont plus d'importance que d'autres parce qu'elles peuvent influencer le choix des femmes pour le CIU. Nous pouvons nous demander si la connaissance ou l'absence de connaissance sur le fonctionnement, par exemple, ou la composition, la forme d'un CIU peuvent avoir un impact sur la faible adhésion à ce mode de contraception. D'autres informations peuvent davantage retenir l'attention des patientes et les critères de choix d'un mode de contraception ne sont pas les mêmes chez toutes les femmes, ils diffèrent même entre les femmes et les professionnels.

2.2 Le point sur la contraception

2.2.1 Connaissances des différents modes de contraception

Les femmes ont été interrogées sur leurs connaissances des différents modes de contraception. Les pourcentages de connaissance de la pilule, du CIU et du préservatif (voir figure 5 – page 31) sont corrélés avec les pourcentages calculés par l'INPES (1). Ces valeurs varient nettement pour l'implant, l'anneau, le patch, le diaphragme et le spermicide. En effet, la population de notre étude montre des taux de connaissance plus élevés que la moyenne de l'INPES (1) pour :

- l'implant, connu par 44% des femmes selon l'INPES, contre 90% dans notre population ;
- l'anneau, connu par 44% des femmes selon l'INPES, contre 66% dans notre population ;

- et le patch, connu par 48% des femmes selon l'INPES, contre 74% dans notre population.

Notre hypothèse selon laquelle les femmes ne connaissent pas tous les modes de contraception est plutôt infirmée en ce qui concerne notre population.

Nous devons toutefois nuancer ces résultats puisqu'il s'agit d'une auto-évaluation et le terme « connaissez-vous » reste subjectif.

2.2.2 Suivi gynécologique de prévention régulier

Lorsque les femmes ont été interrogées sur la fréquence de leur suivi gynécologique, les résultats ont montrés que 76% des femmes effectuent leur suivi correctement. Ce taux est d'autant plus marquant puisque, d'après l'HAS, 51,6% des femmes effectuent leur suivi à un rythme sous-optimal (29).

Sur les 114 femmes effectuant correctement leur suivi gynécologique de prévention, c'est à dire au moins une fois par an, seulement 17,5% (soit 20 femmes) déclarent redouter cette consultation.

Nous pouvons émettre l'hypothèse que les 36 femmes restantes, qui n'effectuent pas de suivi gynécologique régulier, sont celles qui redoutent la consultation gynécologique pour des questions de pudeur et d'appréhension de l'examen clinique. Nous pourrions évoquer des freins en rapport avec une mauvaise expérience de l'examen, ou des freins psychologiques, liés aux représentations des femmes, se reflétant dans leur rapport à la santé.

Or sur les 36 femmes avouant ne pas faire leur suivi correctement (moins d'une fois par an voire jamais), 13 craignent la consultation mais 23 déclarent ne pas la redouter.

La crainte de la consultation gynécologique n'est donc pas le principal frein au suivi gynécologique des femmes. Néanmoins cette consultation reste problématique pour un tiers des patientes de notre étude, soit 56 femmes sur 150 (20 se font suivre et déclarent redouter la consultation, 13 ne se font pas suivre par crainte de la consultation et 23 n'effectuent pas de suivi pour un autre motif).

La situation sociale des femmes pourrait alors être la cause de ce suivi sous-optimal. Or, dans les 3 types de suivi (régulier, occasionnel, absent), les femmes ont en majorité suivi des études supérieures et sont donc plus propices à un niveau socio-économique élevé. Nous ne pouvons donc pas retenir cette hypothèse.

Pour ces femmes qui n'effectuent pas leur suivi correctement, nous pourrions évaluer les freins liés à l'accès aux soins et aux professionnels de santé. Il faudrait pour cela interroger

cette population sur les modalités de leur suivi gynécologique et faire ressortir leurs obstacles à un suivi régulier.

Pour obtenir un suivi régulier des femmes, nous pourrions instaurer un système d'invitation avec relance, comme c'est le cas pour le dépistage du cancer du sein. Il faudrait pouvoir envoyer une invitation annuelle aux femmes, sous forme de courrier ou d'email par exemple, pour leur rappeler la nécessité d'un suivi gynécologique régulier.

Une de nos hypothèses était que la principale méthode de contraception utilisée, avant la grossesse, par cette population de femmes, était la pilule.

Dans notre étude, 80% des femmes déclaraient utiliser la pilule avant la grossesse. L'INPES déclare également que la pilule est le moyen de contraception le plus utilisé en France. L'enquête FECOND (Fécondité – Contraception – Dysfonctions sexuelles) note qu'en 2010 une femme sur deux entre 15 et 49 ans utilise la pilule. Mais cette étude observe une baisse de l'utilisation de la pilule depuis 2002 (30).

Nous supposons donc à partir de ces résultats que les femmes ne sont pas prêtes à utiliser de nouvelles méthodes de contraception. Mais nous pouvons également nous demander si ce ne sont pas les professionnels qui freinent l'utilisation de certaines méthodes.

De plus, en France, le modèle contraceptif est plutôt figé. Il prévoit l'utilisation du préservatif masculin en début de vie sexuelle, puis le passage à la pilule et enfin au CIU une fois que le couple a eu les enfants qu'il désirait.

2.2.3 Professionnel de santé responsable du suivi

Les femmes interrogées ont ensuite renseigné le professionnel de santé effectuant leur suivi. 85,3% des femmes se font suivre par un gynécologue et 13,3% par un médecin traitant.

Seulement 1,3% des femmes font leur suivi chez une sage-femme. La sage-femme est en effet apte à effectuer le suivi gynécologique de prévention mais notre population n'a pas l'air au courant de ces nouvelles compétences datant de 2009 (avec la loi HPST).

Dans cette étude, il était question du suivi gynécologique d'une femme nullipare. Nous pouvons donc supposer que les nullipares ne sont pas forcément en contact avec les sages-femmes. Ce contact s'effectue plus facilement lors du suivi de grossesse et de l'accouchement. Bien que le suivi de grossesse par une sage-femme soit loin d'être généralisé, les femmes continuent à consulter un gynécologue en premier recours.

Il faut donc travailler sur l'information faite aux femmes quant à la possibilité d'un suivi gynécologique et obstétrical intégral par une sage-femme sous réserve que cette dernière adresse la patiente à un gynécologue en cas d'apparition de situation pathologique.

Il serait intéressant de proposer aux gynécologues d'adresser les nullipares sans facteurs de risque particuliers à une sage-femme pour qu'elle prenne le relais du suivi. D'autant plus que cette situation pourrait désengorger les plannings des gynécologues et ainsi permettre des délais de rendez-vous plus acceptables pour la prise en charge de pathologies. Certaines primipares et multipares sont prêtes à effectuer leur suivi gynécologique de prévention par une sage-femme, surtout lorsque celle-ci a suivi leur grossesse.

Nous pouvons également nous interroger sur le désir des sages-femmes à investir leurs nouvelles compétences dans le suivi gynécologique de prévention mais également sur leurs moyens et opportunités pour mettre en pratique cet aspect de leur profession.

Nous remarquons que dans notre questionnaire, les femmes placent la sage-femme comme deuxième professionnel apte à poser un CIU à 32% devant le médecin généraliste. Un tiers des femmes est consciente qu'une sage-femme peut poser un CIU, pourtant elles ne sont pas aussi nombreuses à se faire suivre par une sage-femme. Encore une fois l'hypothèse de l'ignorance des femmes quant à la possibilité d'un suivi gynécologique par une sage-femme pourrait être mise en avant. Notre étude ne nous permet pas de conclure si les femmes ne savent pas que la sage-femme est apte à effectuer ce suivi, ou si les femmes ne sont pas prêtes à confier ce suivi à une sage-femme.

Nous pouvons donc proposer la diffusion d'informations au sens large chez les nullipares avec des interventions dans les lycées ou dans les établissements d'études supérieures afin de promouvoir le rôle des sages-femmes.

2.2.4 Satisfaction du mode de contraception

Il a été prouvé par l'INPES que la majorité des françaises sont satisfaites à 95% par leur moyen de contraception voire très satisfaites à 79% (30).

Dans notre étude, 83,3% des femmes se dit satisfait de leur méthode de contraception, ce qui est inférieur au taux national. Les femmes satisfaites de leur méthode de contraception sont réparties en proportion égale dans les 3 items concernant le choix de la contraception :

- 41 femmes ont laissé le professionnel de santé décider de leur mode de contraception,
- 41 femmes ont choisi leur contraception après discussion avec le professionnel,

- 43 femmes ont imposé leur choix au professionnel.

Elles sont néanmoins une majorité à déclarer avoir déjà rencontré des problèmes avec leur contraception comme le coût ou quelques oublis.

En revanche 16,6% soit 25 femmes sont peu, voire pas satisfaites du tout de leur contraception. Chez ces 25 femmes, nous observons que 15, soit plus de la moitié, appartiennent au groupe « le professionnel m'a prescrit la contraception qu'il jugeait adaptée pour moi ». De plus, elles sont 23 sur 25 à déclarer avoir déjà rencontré des problèmes avec leur contraception (difficulté d'observance, gêne, douleur, coût trop important).

Nous pouvons donc nous interroger sur les critères de satisfaction des femmes concernant leur contraception et si les gênes occasionnelles représentent pour elle un « échec » du choix de la méthode contraceptive. Il serait donc intéressant de mener une étude sur l'identification de ces « échecs ». L'étude COCON (étude de COhorte sur la CONtraception) menée en 2000 avait déjà permis de mettre en évidence que les femmes qui n'avaient pu choisir leur mode de contraception avaient tendance à ne pas adopter la conduite à tenir adéquate pour éviter la survenue d'une grossesse (32). Elles évoquent une utilisation incorrecte de leur méthode, des oublis, des échecs, etc. Elles s'estiment également démunies et insuffisamment informées en cas d'accident contraceptif.

Il paraît de ce fait important d'encourager les professionnels à tenir compte des demandes et des envies de la patiente mais également du désir du couple. L'avis du partenaire peut parfois être un frein à l'utilisation de certaines méthodes comme l'anneau vaginal ou le CIU par exemple. La campagne « la meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit » de 2007 s'inscrit dans ce cadre.

Dans notre étude, 100 femmes sur 150 remettent en cause leur moyen de contraception. Parmi elles, 80 étaient pourtant tout à fait satisfaites de leur moyen de contraception avant l'accouchement. Cette remise en cause peut s'expliquer par le fait qu'elles savent, par exemple, qu'avec l'allaitement maternel, toutes les méthodes de contraception ne sont pas compatibles. De plus, les femmes primipares voient leur vie changée avec l'apparition d'un enfant et pensent peut être que tout doit changer y compris leur contraception. Les femmes ne sont plus des nullipares et osent peut être passer le cap et tenter le CIU. Toutefois, elles sont seulement 27 sur 150, soit 18%, à prétendre penser sérieusement au CIU en post-natal. Ce taux prouve que les femmes ne sont finalement pas tellement prêtes à essayer de nouvelles méthodes de contraception.

2.2.5 Contraception d'urgence

Seulement 10 femmes sur 150 sont au courant que le DIU peut être posé dans les 5 jours suivant un rapport sexuel comme contraception d'urgence.

Cet aspect est d'autant plus important qu'une grossesse non désirée lors du post-partum est problématique et fréquente.

Selon l'étude COCON (1), il était estimé que, pour 30% des femmes, la dernière grossesse (dans les 5 dernières années) n'était pas souhaitée. Parmi ce taux, un tiers des femmes n'avait pas de contraception mais les deux tiers restant déclaraient en utiliser un au moment de la survenue de la grossesse. 50% de ces grossesses non souhaitées se terminaient par une IVG. Ce qui est paradoxal puisque de nos jours, on assiste à une large diffusion des méthodes contraceptives mais le taux d'IVG reste stable, environ 200 000 par an soit un quart des grossesses totales.

Les femmes se sentent peut être en difficulté lorsqu'elles sont confrontées à la gestion quotidienne et à long terme d'une contraception surtout lorsque leur premier enfant demande de l'attention et du temps. Elles ignorent également que le DIU peut être posé juste après une IVG afin de bénéficier d'un moyen de contraception efficace.

Il paraît alors important d'insister sur l'information de contraception faite en suites de couches lors des conseils de sortie. Il paraît également primordial de faire comprendre aux femmes la possibilité et la facilité avec laquelle elles peuvent être de nouveau enceinte lors du post-partum.

2.2.6 Freins à l'utilisation du CIU

Les avis sur le port d'un CIU restent très mitigés, 54,6% de notre population se disent favorable à l'essai d'un CIU (figure 38 – page 50), soit la moitié. Il paraîtrait donc intéressant de mettre en avant les freins à cette utilisation.

En approfondissant la question, nous avons finalement observé que seulement 18% des femmes pensent l'essayer après leur accouchement (figure 42 – page 53) et 4,6% précisent qu'elles reprendront leur pilule dans un premier temps puis passeront au CIU par la suite.

Nous pourrions donc supposer que les femmes sont favorables à l'utilisation du CIU puisqu'elles viennent d'accoucher d'un premier enfant. Elles pensent peut être que leur utérus est prêt pour cette nouvelle méthode de contraception. Or 42% des femmes favorables au CIU ont répondu qu'elles estimaient possible la pose d'un CIU chez la nullipare. Donc ce n'est pas cette hypothèse qui bloque les femmes dans leur choix pour le CIU.

De plus, 69,3% des femmes au total savent que le CIU est utilisable chez les nullipares pourtant seulement 1,3% soit 2 femmes l'ont essayé avant leur première grossesse. Nous nous interrogeons une nouvelle fois sur la nature des freins à l'utilisation du CIU chez la nullipare. Avec l'étude FECOND, en 2010 seuls 1,3 % des nullipares de 15-49 ans utilisent le CIU (30). Nos résultats sont donc similaires. Il semblerait que depuis 4 ans le taux de pose de CIU chez la nullipare n'ait pas évolué.

Nous pourrions à nouveau évoquer la notion de norme médicale contraceptive, les femmes suivent un schéma imposé par le professionnel de santé (préservatif masculin puis pilule puis CIU après les grossesses).

De plus, sur les 2 femmes porteuses de CIU les avis de satisfaction sont différents. L'une se dit très satisfaite, la deuxième ne l'est pas tout à fait et il aurait été intéressant d'en connaître les raisons précises.

Un des freins supposés était la sensation du CIU au quotidien, à l'effort. 86% des femmes pensent que le CIU n'est pas ressenti au quotidien alors que dans la question 39, concernant les craintes liées à l'utilisation du CIU, elles sont 66% à craindre une gêne. Nous remarquons donc un écart entre ce qu'elles savent et ce qu'elles craignent.

Pour la gêne lors des rapports sexuels, les femmes estiment à 84,7% que le CIU n'est pas ressenti par le partenaire. Elles ne sont plus que 64,7% lorsque l'on aborde la question des craintes.

L'une des craintes principales des patientes, hormis la gêne occasionnée par le CIU, est la peur de la pose et du retrait du dispositif. Pour 46% d'entre elles, c'est un frein majeur. En effet, elles craignent la douleur occasionnée par ces gestes et peuvent, de ce fait, refuser la contraception intra-utérine.

Il paraît alors primordial d'informer les patientes sur la pose qui peut effectivement être douloureuse mais aussi sur l'existence de prémédications éventuelles. Le principe fondamental est alors de rassurer la patiente.

Aucune publication n'a démontré de gênes liées au port d'un CIU, aussi le ressenti des femmes est à prendre en compte.

1 femme seulement estime que le CIU peut tomber facilement mais elles sont 10% à craindre ce risque.

1 femme seulement estime que l'on peut facilement être enceinte sous CIU alors qu'elles sont 30% à craindre une grossesse (GEU incluse).

Sur le sujet de la GEU, il faut savoir informer les femmes et les rassurer sur leurs craintes. Il est important de leur expliquer que d'après l'HAS, et de nombreuses études, le risque de GEU est dix fois plus faible qu'en l'absence de contraception (31). Mais il ne faut pas perdre de vue que lorsqu'une femme est enceinte alors qu'elle porte un CIU, la probabilité relative d'une GEU est alors augmentée. (12)

Nous pouvons observer que globalement les connaissances des femmes sur ces derniers points sont bonnes (CIU ressenti au quotidien ou lors de rapports sexuels, chute spontanée du CIU, risque de grossesse sous CIU). En revanche les résultats diffèrent lorsqu'il est question de leurs propres craintes. Cette discordance est marquante.

Nous pouvons supposer que les femmes estimant connaître le CIU ont des idées reçues qui persistent. Leurs craintes ne sont pas fondées puisque dans l'évaluation de leurs connaissances, les réponses sont justes. Or dès que l'on avance dans le sujet et que l'idée de mettre un CIU leur est soumise, les idées reçues ont tendance à prendre le dessus.

Les deuxièmes craintes ex-aequo les plus importantes sont la peur de la présence d'un corps étranger en elles et la peur du déplacement du CIU.

D'une manière général, les femmes ne se représentent pas le CIU. Il fait parti d'une sorte d'imaginaire collectif, ce n'est pas quelque chose de concret pour elles bien que leurs connaissances ne soient pas majoritairement erronées.

Nous pouvons donc proposer, lors de consultation de contraception, de présenter, de montrer le CIU à la patiente, de la laisser le toucher, le prendre dans ses mains, cela permettrait de faire émerger des questions, d'y apporter des réponses justes et d'apaiser leurs craintes. Il faut que la patiente se représente l'objet. Il paraît également intéressant de commencer par lui demander ce qu'elle sait afin de corriger et de démentir les idées reçues qu'elle peut avoir. Il faut s'assurer à tout prix de sa compréhension ce qui nécessite un peu plus de temps de consultation.

Nous proposons également de faire prendre conscience aux femmes de la taille de leur utérus et de la comparer avec la taille du CIU. Toutes ces options sont dans le but de rassurer la patiente.

En revanche, les convictions de certaines femmes peuvent être difficiles à combattre. Notamment d'un point de vue religieux, les 3 grandes religions monothéistes (catholique,

juive et musulmane) ne valorisent pas la contraception en général et le CIU en particulier, considéré comme méthode abortive.

D'après l'étude FECOND (30), 54% des femmes considèrent que la pose du CIU n'est pas indiquée pour une nullipare. Ce qui est également le cas pour 69% des gynécologues et 84% des généralistes.

Peut être, finalement, que le frein majeur se trouve du côté des professionnels qui malgré les nouvelles recommandations ne sont pas prêts à prescrire cette méthode de contraception chez la nullipare. Il paraîtrait alors intéressant d'identifier les freins et les réticences chez les professionnels de santé à la pose d'un CIU chez la patiente nullipare.

La moyenne d'âge des gynécologues en région Rhône-Alpes est estimée à 59 ans (33). Nous pourrions donc nous demander si malgré les formations continues, suivies par un maximum de professionnels, et les mises à jour régulières, ces professionnels restent finalement aux prises de leurs habitudes et de leurs préjugés. Ainsi, leur modèle de prescription peut rester figé malgré l'évolution de leurs connaissances. De nombreux outils sont mis à leur disposition pour les guider et pour les accompagner, ainsi que les femmes et les couples dans leur choix.

CONCLUSION

Globalement, les femmes sont plutôt au courant des différentes méthodes de contraception disponibles en France. Contrairement aux attentes, la consultation gynécologique n'est plus aussi redoutée. Elle ne constitue pas un frein majeur à la prescription adaptée de la contraception. Nous avons pu remarquer, en partie grâce à notre enquête, que la pilule reste la méthode de première intention. La contraception intra-utérine mérite qu'on lui porte plus d'attention pour les nombreux avantages qu'elle apporte.

Toutefois, notre enquête laisse à penser que les femmes ne sont pas toutes prêtes à utiliser un CIU et que de nombreuses idées reçues persistent. Leurs connaissances sont fragiles mais certains points sont bien compris. Notre étude ne nous permet pas d'affirmer que la qualité des connaissances de ces femmes freine leur adhésion au CIU. Les femmes gardent en tête la possibilité d'un CIU mais ne l'envisagent pas dans l'immédiat.

Il paraît alors primordial de rétablir une information vraie et basée sur des preuves dont le but principal est de rassurer la patiente avant tout. Le rôle du professionnel de santé est important dans la délivrance d'une information adaptée. Seulement cette information nécessite du temps afin de proposer à chaque femme la meilleure contraception. L'éducation de la patiente tient également une place privilégiée.

Notre enquête a également mis en avant un très faible pourcentage de nullipares utilisant un DIU malgré les nouvelles recommandations de l'HAS. Il serait alors intéressant d'évaluer la demande des nullipares concernant leur souhait d'un CIU.

Une question persiste également concernant les professionnels de santé. Il est question, en France, d'un modèle contraceptif plutôt figé depuis des années. Peut-être que finalement, ce sont les professionnels qui freinent l'utilisation de certaines méthodes de contraception. Il faudrait alors les interroger pour apprécier leur perception de la contraception intra-utérine et leurs pratiques professionnelles s'y rapportant.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) Enquête de l'INPES. La meilleure contraception c'est celle que l'on choisit. Dossier de presse du 11 septembre 2007, <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/07/dp070911.pdf>
- (2) Enquête de l'INPES. Les françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ?, novembre 2011, <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/11/dp111026.pdf>.
- (3) SEFARTY D., Contraception, 2ème édition, Paris, Masson, 2002, 436 p, p 177 à 198.
- (4) Laboratoire CDD, UT 380® Notice médecin, Paris, 8 avril 2010.
- (5) Laboratoire Bayer HealthCare, Mirena® Notice médecin, Lille, 2012.
- (6) Service de recommandations professionnelles de l'ANAES, Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme, Etude de l'Afssaps, ANAES et INPES, décembre 2004.
- (7) LINET T., Les contraceptifs intra-utérins, Vocation sage-femme, n° 83, juin-juillet 2010, pages 29-33 et n° 84, septembre 2010, pages 29-32.
- (8) GRAHAM S, SIMCOCK BW, A review of the use of intrauterine devices in nulliparous women. Contraception, Octobre 1982, n° 26(4), p 323-46.
- (9) GUILLEBAUD J., Intrauterine devices, Contraception, Your questions answered. 4ème édition, Churchill Livingstone, 2004, p 367-449.
- (10) Faut-il faire une antibioprophylaxie lors de la pose d'un dispositif intra-utérin (DIU) ?, Bibliomed les analyses du centre de documentation de l'Unaformec, n° 101, 23 avril 1997.
- (11) GRIMES D, SCHULZ K, STANWOOD N, Immediate postabortal insertion of intrauterine devices, Cochrane Database of Systematic Reviews 2004.
- (12) World Health Organisation, Medical eligibility criteria for contraceptive use, 4th edition, 2009.
- (13) SAAV I, ARONSSON A, MARIONS L, et al., Cervical priming with sublingual misoprostol prior to insertion of intra-uterine device in nulliparous women : a randomized controlled trial. Human Reproduction 2007, n° 22, p 2647-52.
- (14) Site de l'INPES : <http://www.choisirsacontraception.fr/moyens-de-contraception/le-sterilet-diu.htm>
- (15) Site d'Amélie Santé : <http://www.ameli-sante.fr/contraception/efficacite-des-moyens-contraceptifs.html>

- (16) Site de la Haute Autorité de Santé : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/efficacite-methodes-contraceptives.pdf>
- (17) Haute Autorité de Santé, Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles, Document de synthèse, Mars 2013 mise à jour septembre 2013.
- (18) FRENCH R, SORHAINDO AM, MANSOUR DD, et al., Progestogen-releasing intrauterine systems versus other forms of reversible contraceptives for contraception. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004.
- (19) SERFATY D., Extrait des mises à jour en gynécologie-obstétrique, tome XXIV, Paris, 30 novembre 2000.
- (20) OMS, Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives, 4e édition, 2009. Guide essentiel OMS de planification familiale. Genève, OMS, 2011.
- (21) HAS, MIRENA 52mg (20 micro-grammes/24 heures), dispositif intra-utérin, avis de la commission de la transparence du 6 février 2013, Saint-Denis La Plaine, 2013.
- (22) SIVIN I, STERN J. Health during prolonged use of levonorgestrel 20 micrograms/d and the copper TCu 380Ag intrauterine contraceptive devices : a multicenter study, International Committee for Contraception Research, Fertil Steril, 1994, n° 61, p 70-7.
- (23) TSANADIS G, KALANTARIDOU SN, KAPONIS A et al. Bacteriological cultures of removed intra-uterine devices and pelvic inflammatory diseases, Contraception, 2002, n° 65, p 339-42.
- (24) WINCKLER M. Les dispositifs intra-utérins. Contraceptions mode d'emploi. Le Diable Vauvert, 2ème édition, 2003, p 288-357.
- (25) GRIMES DA, HUBACHER D, LOPEZ LM, et al., Non-steroidal anti-inflammatory drugs for heavy bleeding or pain associated with intrauterine-device use. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006.
- (26) MILSOM I, ANDERSON K, JONASSON K, et al., The influence of the Gyne-T 380S IUD on menstrual blood loss and iron status. Contraception, 1995, n° 52, p 175-9.
- (27) ANDERSSON K, ODLIND V, RYBO G. Levonorgestrel-releasing and copper-releasing IUDs during five years of use : a randomized comparative trial, Contraception, 1994, n° 49, p 56-72.
- (28) WHITE MK, ORY HW, ROOKS IB, et al., Intrauterine device termination rates and the menstrual cycle day of insertion, Obstetric Gynecology, février 1980, n°55, p 220-4.

- (29) BARRE S., Etats des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France, HAS, octobre 2010, Paris.
- (30) BAJOS N., BOHET A., LE GUEN M., et al., La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ?, Populations et Sociétés, septembre 2012, n° 492.
- (31) LINDECKER-COURNIL V., BLANCHARD S., LAURENCE M., et al., Fiches mémo « Conduite pratique de la contraception chez l'homme et chez la femme », HAS, Service des bonnes pratiques professionnelles, Avril 2013.
- (32) Stratégie d'actions en matière de contraception, Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, Janvier 2007.
- (33) RAULT J.F., LE BRETON LEROUVILLOIS G., La démographie médicale en région Rhône-Alpes, Situation en 2013, Ordre national des Médecins, Conseil National de l'Ordre.

BIBLIOGRAPHIE

Livres :

- GUILLEBAUD J., Intrauterine devices, Contraception, Your questions answered. 4ème édition, Churchill Livingstone, 2004, p 367-449.
- Laboratoire Bayer HealthCare, Mirena® Notice médecin, Lille, 2012.
- Laboratoire CDD, UT 380® Notice médecin, Paris, 8 avril 2010.
- SEFARTY D., Contraception, 2ème édition, Paris, Masson, 2002, 436 p, p 177 à 198.
- WINCKLER M. Les dispositifs intra-utérins. Conceptions mode d'emploi. Le Diable Vauvert, 2ème édition, 2003, p 288-357.
- World Health Organisation, Medical eligibility criteria for contraceptive use, 4th edition, 2009.

Articles et études :

- ANDERSSON K, ODLIND V, RYBO G. Levonorgestrel-releasing and copper-releasing IUDs during five years of use : a randomized comparative trial, Contraception, 1994, n° 49, p 56-72.
- BAJOS N., BOHET A., LE GUEN M., et al., La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ?, Populations et Sociétés, septembre 2012, n° 492.
- BAJOS N., MOREAU C., LERIDON H. et al., Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ?, Populations et Sociétés, décembre 2004, n° 407.
- BERDAH J., Quelle contraception pour une patiente obèse ?, Réalités en gynécologie-obstétrique, janvier-février 2013, n° 167.
- DE BENNETOT M., RABISCHONG B., AUBLET-CUVELIER B., et al., Facteurs de risques de récurrences des grossesses extra-utérines, Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2012, n°41, p 55-61.
- Faut-il faire une antibioprofylaxie lors de la pose d'un dispositif intra-utérin (DIU) ?, Bibliomed les analyses du centre de documentation de l'Unafornec, n° 101, 23 avril 1997.
- FRENCH R, SORHAINDO AM, MANSOUR DD, et al., Progestogen-releasing intrauterine systems versus other forms of reversible contraceptives for contraception. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004.

- GRAHAM S, SIMCOCK BW, A review of the use of intrauterine devices in nulliparous women. Contraception, Octobre 1982, n° 26(4), p 323-46.
- GRIMES DA, HUBACHER D, LOPEZ LM, et al., Non-steroidal anti-inflammatory drugs for heavy bleeding or pain associated with intrauterine-device use. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006.
- GRIMES D, SCHULZ K, STANWOOD N, Immediate postabortal insertion of intrauterine devices, Cochrane Database of Systematic Reviews 2004.
- GRIMES D, LOPEZ L, SCHULZ K, Antibiotiques préventifs pour l'insertion d'un DIU, Cochrane Database of Systematic Reviews, mai 2012.
- LERIDON H., OUSTRY P., BAJOS N., La médicalisation croissante de la contraception en France, Populations et Sociétés, juillet-août 2002, n°381.
- MILSOM I, ANDERSSON K, JONASSON K, et al., The influence of the Gyne-T 380S IUD on menstrual blood loss and iron status. Contraception, 1995, n° 52, p 175-9.
- SAAV I, ARONSSON A, MARIONS L, et al., Cervical priming with sublingual misoprostol prior to insertion of intra-uterine device in nulliparous women : a randomized controlled trial. Human Reproduction 2007, n° 22, p 2647-52.
- SIVIN I, STERN J. Health during prolonged use of levonorgestrel 20 micrograms/d and the copper TCu 380Ag intrauterine contraceptive devices : a multicenter study, International Committee for Contraception Research, Fertil Steril, 1994, n° 61, p 70-7.
- TSANADIS G, KALANTARIDOU SN, KAPONIS A et al. Bacteriological cultures of removed intra-uterine devices and pelvic inflammatory diseases, Contraception, 2002, n° 65, p 339-42.
- WHITE MK, ORY HW, ROOKS IB, et al., Intrauterine device termination rates and the menstrual cycle day of insertion, Obstetric Gynecology, février 1980, n°55, p 220-4.

Rapports et dossiers de presse :

- BARRE S., Etats des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France, HAS, octobre 2010, Paris.
- Enquête de l'INPES. La meilleure contraception c'est celle que l'on choisit. Dossier de presse du 11 septembre 2007, <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/07/dp070911.pdf>
- Enquête de l'INPES. Les françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ?, novembre 2011, <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/11/dp111026.pdf>.

- HAS, Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles, Document de synthèse, Mars 2013 mise à jour septembre 2013.
- HAS, MIRENA 52mg (20 micro-grammes/24 heures), dispositif intra-utérin, avis de la commission de la transparence du 6 février 2013, Saint-Denis La Plaine, 2013.
- LINDECKER-COURNIL V., BLANCHARD S., LAURENCE M., et al., Fiches mémo « Conduite pratique de la contraception chez l'homme et chez la femme », HAS, Service des bonnes pratiques professionnelles, Avril 2013.
- LINET T., Les contraceptifs intra-utérins, Vocation sage-femme, n° 83, juin-juillet 2010, pages 29-33 et n° 84, septembre 2010, pages 29-32.
- OMS, Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives, 4e édition, 2009. Guide essentiel OMS de planification familiale. Genève, OMS, 2011.
- Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST, 2010-2014, http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_les_IST_2010-2014.pdf
- RAULT J.F., LE BRETON LEROUVILLOIS G., La démographie médicale en région Rhône-Alpes, Situation en 2013, Ordre national des Médecins, Conseil National de l'Ordre.
- SERFATY D., Extrait des mises à jour en gynécologie-obstétrique, tome XXIV, Paris, 30 novembre 2000.
- Service de recommandations professionnelles de l'ANAES, Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme, Etude de l'Afssaps, ANAES et INPES, décembre 2004.
- Stratégie d'actions en matière de contraception, Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, Janvier 2007.

Mémoires et thèses :

- DENANT D., Freins et réticences à l'utilisation du dispositif intra-utérin chez les nullipares en médecine générale, 90p, thèse de médecine, Paris, 2012.
- GARAY E., Evaluation des connaissances des patientes consultant dans le centre d'orthogénie d'Evreux sur les différentes méthodes de contraception et leurs modes d'utilisation, 109p, thèse de médecine, Rouen, 2012.
- PELTIER G., Dispositif intra-utérin et nulliparité, revue de la littérature, 106p, thèse de médecine, Nantes, 2005.

- ADDIOUI-BEAL K., Grossesses rapprochées : complications, profil des patientes et anémie, 124p, mémoire de sage-femme, Clermont-Ferrand, 2012.

Sites internet :

- Site d'Amélie Santé : <http://www.ameli-sante.fr>
- Site du CNGOF : <http://www.cngof.asso.fr>
- Site de la Cochrane Database : <http://summaries.cochrane.org>
- Site de la Haute Autorité de Santé : <http://www.has-sante.fr>
- Site de l'INPES : <http://www.choisirsacontraception.fr>
- Site de l'INSEE : <http://insee.fr>
- Site de l'OMS : <http://who.int>
- Site du Vidal : <http://vidal.fr>

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire

Le dispositif intra-utérin

Mademoiselle, Madame,

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude de sage-femme, je réalise une enquête sur les connaissances des femmes sur le dispositif intra-utérin appelé également stérilet.

Je m'intéresse plus particulièrement aux femmes qui viennent d'accoucher de leur premier enfant.

Je vous remercie donc de prendre quelques instants, pendant votre séjour à la maternité, pour répondre à ce questionnaire. Vos réponses me seront précieuses pour élaborer mon mémoire mais également pour améliorer la prise en charge des femmes pour leur contraception

Cordialement, Laury Moine.

1. Identification :

- 1. Age :
 - < 20 ans
 - entre 20 et 24 ans
 - entre 25 et 29 ans
 - entre 30 ans et 34 ans
 - > 34 ans
- 2. Niveau d'étude :
 - Primaire/Collège
 - Lycée (enseignement général ou professionnel)
 - Etudes supérieures
- 3. Situation personnelle :
 - En couple
 - Seule

2. La contraception en général

- 4. Si vous avez besoin d'un conseil en matière de contraception, à qui demandez vous en priorité ?
→ **3 réponses possibles à classer par ordre décroissant de priorité : 1 correspond au moyen le + utilisé pour obtenir des informations, etc...**
 - Amie
 - Mère, sœur
 - Milieu scolaire
 - Revue
 - Livre spécialisé sur le sujet
 - Internet
 - Médecin traitant
 - Gynécologue
 - Sage-femme
 - Pharmacien
 - Centre de planification ou planning familial
 - Autre, précisez :
- 5. Pensez-vous avoir de bonnes connaissances en matière de contraception ?
 - Oui, je sais suffisamment de chose sur les différentes méthodes de contraception
 - Oui, j'en sais suffisamment sur ce qui m'intéresse uniquement
 - Non, je ne suis pas suffisamment informée

- **6. Avez-vous déjà entendu parler de :** (plusieurs réponses possibles)
 - Pilule oestro-progestative
 - Pilule progestative
 - Dispositif intra-utérin ou stérilet
 - Implant sous cutané contraceptif
 - Patch contraceptif
 - Anneau vaginal
 - Préservatif masculin
 - Préservatif féminin
 - Diaphragme, cape
 - Spermicide
 - Méthode de retrait
 - Courbe de température
 - Autre, précisez :

- **7. Quelle(s) contraception(s) avez-vous déjà utilisée(s) ?**
 - Pilule oestro-progestative
 - Pilule progestative
 - Dispositif intra-utérin ou stérilet
 - Implant sous cutané contraceptif
 - Patch contraceptif
 - Anneau vaginal
 - Préservatif masculin
 - Préservatif féminin
 - Diaphragme, cape
 - Spermicide
 - Méthode de retrait
 - Courbe de température
 - Autre, précisez :

- **Votre suivi gynécologique :**
 - 8. Avez-vous un suivi gynécologique ?**
 - Oui régulièrement (environ une fois par an)
 - Oui quand j'y pense
 - Non
 - 9. Par qui :**
 - Gynécologue
 - Sage-femme
 - Médecin traitant
 - Au planning familial
 - Autre, précisez :
 - 10. Est-ce pour vous un moment redouté, craint, qui vous fait peur ?**
 - Oui
 - Non
 - 11. Si oui, pourquoi ?**
 - Je suis mal à l'aise d'être nue devant quelqu'un que je ne connais pas
 - Je suis gênée d'aborder mon intimité (sexualité...)
 - J'ai peur de ne pas être suffisamment comprise
 - J'ai peur d'avoir mal
 - J'ai peur des résultats de l'examen (annonce de cancer, de maladie...)
 - Autre, précisez :

- **Votre dernière contraception :**
 - 12. Laquelle ?**
 - 13. Le choix de votre dernière contraception s'est-il fait après discussion avec votre praticien (1 seule réponse) ?**
 - Non, il m'a prescrit la contraception qu'il jugeait adaptée pour moi
 - Nous en avons discuté afin d'éclairer mon choix
 - Je savais déjà ce que je voulais et nous n'en avons pas discuté

14. *Vous convenait-elle ?*

- Oui tout à fait
- Pas tout à fait
- Pas du tout

- 15. Quel(s) éventuel(s) problème(s) avez-vous rencontré avec votre contraception ? (plusieurs réponses possibles)

- Oublis fréquents
- Quelques oublis
- Gêne à l'utilisation
- Douleur
- Trop de contrainte
- Saignement en dehors des règles
- Coût trop important
- Autre, précisez :

3. Le dispositif intra-utérin ou stérilet

- 16. Vous avez peut-être déjà utilisé un dispositif intra-utérin ou stérilet ?

- Oui, par choix
- Oui, pour raison médicale, précisez :
- Non

- 17. Connaissez-vous le dispositif intra-utérin ou stérilet ?

- Plutôt bien
- Je connais vaguement
- Je ne connais pas

- 18. Quel est selon vous son mode d'action ? (plusieurs réponses possibles)

- Il bloque l'ovulation
- Il empêche l'œuf de s'implanter dans l'utérus
- Il modifie la glaire cervicale et empêche le passage des spermatozoïdes
- Il altère les spermatozoïdes
- Je ne sais pas

- 19. A votre avis, un dispositif intra-utérin peut contenir :

- Du cuivre
- Des hormones oestrogènes
- Des hormones progestatives
- Des hormones oestro-progestatives

- 20. A votre avis, existe-t-il plusieurs tailles de dispositifs intra-utérins ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

- 21. A votre avis, quel est le coût d'achat d'un dispositif intra-utérin ?

- < 50 euros
- Entre 50 et 100 euros
- Entre 100 et 150 euros
- > 150 euros

- 22. A votre avis, est-il remboursé par la sécurité sociale ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

- **23. A votre avis, quelle est la durée maximale de mise en place d'un dispositif intra-utérin ?**
 - Quelques mois
 - 1 an
 - 3 ans
 - 5 ans
 - 7 ans
 - Autant de temps que l'on veut s'il est bien supporté

- **24. A votre avis, qui a le droit de le mettre en place ? (plusieurs réponses possibles)**
 - Soi même
 - Un médecin traitant
 - Un gynécologue
 - Une sage-femme
 - Une infirmière
 - Un pharmacien
 - Autre, précisez :

- **25. A votre avis, où se pose-t-il ?**
 - Dans le vagin
 - Dans le col de l'utérus
 - Dans l'utérus
 - Sous la peau
 - Autre, précisez :

- **26. A votre avis, sa pose nécessite-t-elle une anesthésie ?**
 - Oui, une anesthésie générale
 - Oui, une anesthésie locale
 - Non, pas d'anesthésie du tout
 - Je ne sais pas

- **27. A votre avis, à quel moment se pose-t-il ? (plusieurs réponses possibles)**
 - Au début des règles
 - N'importe quand

- **28. A votre avis, dans quelle(s) circonstance(s) peut-on le poser ? (plusieurs réponses possibles)**
 - Après une interruption de grossesse
 - En méthode de contraception d'urgence
 - A la maternité, dans les jours qui suivent l'accouchement
 - 6 à 8 semaines après l'accouchement lors de la visite post-natale
 - Tout au long de la vie, comme moyen de contraception

- **29. A votre avis, le dispositif intra-utérin est-il efficace immédiatement après sa pose ?**
 - Oui
 - Non
 - Je ne sais pas

- **30. A votre avis, peut-il provoquer une absence de règles ?**
 - Seulement avec le dispositif hormonal
 - Oui, quelque soit le type de dispositif
 - Non, jamais
 - Je ne sais pas

- **31. A votre avis, faut-il obligatoirement avoir déjà eu un enfant pour avoir un dispositif intra-utérin ou stérilet ?**
 - Oui
 - Non
 - Je ne sais pas

- **32. A votre avis, le dispositif intra-utérin protège-t-il des MST (maladies sexuellement transmissibles) ?**
 - Oui
 - Non
 - Je ne sais pas

- **33. A votre avis, est-il possible de tomber enceinte avec un dispositif intra-utérin ?**
 - Très facilement
 - Rarement
 - Jamais
 - Je ne sais pas

- **34. A votre avis, le sent-on au quotidien ?**
 - Oui
 - Non
 - Je ne sais pas

- **35. A votre avis, le dispositif intra-utérin gêne-t-il lors des rapports sexuels ?**
 - Oui
 - Non
 - Je ne sais pas

- **36. A votre avis, peut-il tomber tout seul ?**
 - Très facilement
 - Rarement
 - Jamais
 - Je ne sais pas

- **37. A votre avis, existe-t-il des contre-indications à cette méthode de contraception ? (plusieurs réponses possibles)**
 - L'âge inférieur ou égal à 29 ans
 - L'âge entre 30 et 40 ans
 - L'âge supérieur à 41 ans
 - Le tabac
 - Les femmes ayant eu un accouchement difficile
 - Les femmes ayant eu une césarienne
 - Les antécédents de grossesses extra-utérines
 - Les antécédents d'infections des trompes
 - Les malformations de l'utérus
 - Les partenaires sexuels multiples
 - Les situations avec un risque infectieux (maladies sexuellement transmissibles, infection génitale...)
 - Les accidents vasculaires (phlébite, AVC...)
 - Les maladies de l'état général (diabète, maladie cardiaque)

4. Votre avis m'intéresse...

- **38. Par rapport à l'éventualité d'avoir un dispositif intra-utérin, vous êtes :**
 - Favorable
 - Plutôt favorable
 - Peu favorable
 - Pas du tout favorable

- **39. Quelles sont vos principales gênes/craintes concernant le dispositif intra-utérin parmi la liste suivante ? (plusieurs réponses possibles)**
 - L'engagement pour une utilisation sur plusieurs années
 - Le dispositif intra-utérin peut rendre stérile
 - La peur de la pose et/ou du retrait
 - La perforation de l'utérus par le stérilet
 - Le déplacement du stérilet
 - L'expulsion spontanée du stérilet
 - La peur de le perdre à la piscine
 - La peur de la douleur ou la gêne dans la vie quotidienne (efforts, mouvements, toux...)
 - La gêne ou douleur lors des rapports sexuels
 - La peur que mon conjoint sente les fils ou le stérilet lors des rapports
 - Le fait d'avoir un corps étranger en moi
 - Les infections génitales
 - Ne plus avoir ses règles avec le stérilet
 - La peur de tomber enceinte malgré le stérilet
 - La peur d'avoir une grossesse extra-utérine
 - Une surveillance plus accrue que pour toute autre méthode
 - Je ne sais pas
 - Autre, précisez :

- **40. Les affaires médiatiques concernant la pilule (3^{ème} et 4^{ème} génération) vous ont-elles amenées à vous questionner sur votre contraception ?**
 - Plutôt oui
 - Pas du tout

- **41. Le fait d'avoir accouché vous amène-t-il à réfléchir sur votre type de contraception ?**
 - Oui
 - Non

- **42. Quelle contraception avez-vous envie d'utiliser pour la suite, pourquoi ?**
 -
 -
 -
 -

*Encore merci de m'avoir accordé ces quelques minutes.
Je suis à votre disposition si vous souhaitez avoir des réponses concernant ce questionnaire.
Vous pouvez me joindre par mail : laurymoine@gmail.com.*

RESUME

Objectif : Cette enquête propose de faire un état des lieux sur les pratiques contraceptives utilisées dans la population étudiée. Puis, elle propose d'évaluer les connaissances des primipares sur les contraceptifs intra-utérins et de mettre en évidence les idées fausses et les freins à leurs utilisations.

Méthode : Une étude prospective a été menée dans 3 maternités de la région Rhône-Alpes, par le biais de questionnaires distribués aux primipares un à deux jours après leur accouchement.

Résultats : Les femmes sont globalement renseignées sur le contraceptif intra-utérin mais ne paraissent pas prêtes à sortir de la norme contraceptive (pilule puis stérilet après avoir eu le nombre d'enfant désiré). L'éventuelle expérimentation de cette méthode se voit chez les patientes correctement renseignées et ayant de bonnes connaissances.

Conclusion : Le contraceptif intra-utérin doit être davantage proposé à toutes les femmes et notamment aux nullipares. En effet, ce moyen efficace et finalement peu coûteux sur le long terme est susceptible de séduire une partie de la population. Il faut rassurer les patientes concernant les potentielles complications et idées reçues.

J'atteste que ce travail ne fait l'objet d'aucun conflit d'intérêt.

TITRE : Evaluation des connaissances des primipares concernant les contraceptifs intra-utérins.

MOTS-CLES : contraceptif intra-utérin, dispositif intra-utérin, système intra-utérin, connaissances, primipare, contraception.

ADRESSE DE L'AUTEUR :

MOINE Laury
500 route du Ranfray
69440 SAINT-LAURENT-D'AGNY

Année 2014