2019-2020

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Spécialité Médecine Générale

Connaissances et opinion des femmes sur l'utilisation du Dispositif Intra-Utérin au cuivre en contraception d'urgence

Etude quantitative dans le Maine-et-Loire

SONNET Grégoire

Né le 21/05/1990 à Saint-Lô (50)

Sous la direction du Dr TESSIER-CAZENEUVE Christine

Membres du jury

Madame le Professeur De Casabianca Catherine	Présidente
Madame le Docteur Tessier-Cazeneuve Christine	Directrice
Monsieur le Professeur Legendre Guillaume	Membre
Madame le Docteur Lavigne Emmanuelle	Membre
Madame le Docteur Mercier Marie-Bénédicte	Membre

Soutenue publiquement le :
18/06/2020

FACULTÉ DE SANTÉ
UNIVERSITÉ D'ANGERS

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné SONNET Grégoire
déclare être pleinement conscient que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant le **20/05/2020**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Nicolas Lerolle
Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric Lagarce
Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologe ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
D'ESCATHA Alexis	Médecine et santé au Travail	Médecine
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie

FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HENNI Samir	Chirurgie Vasculaire, médecine vasculaire	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Médecine Intensive-Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et De la reproduction	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine

RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
BAGLIN Isabelle	Chimie thérapeutique	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHAO DE LA BARCA	Juan-Manuel	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
KHIATI Salim	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	Médecine Générale	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Pharmacognosie	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
LUQUE PAZ Damien	Hématologie; Transfusion	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine

NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	Médecine Générale	Médecine
RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie
SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	Pharmacie Clinique et Education Thérapeutique	Pharmacie
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Médecine Générale	Médecine
VENARA Aurélien	Chirurgie générale	Médecine
VIAULT Guillaume	Chimie organique	Pharmacie

PROFESSEURS EMERITES

Philippe MERCIER	Neurochirurgie	Médecine
Dominique CHABASSE	Parasitologie et Médecine Tropicale	Médecine
Jean-François SUBRA	Néphrologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

REMERCIEMENTS

A madame le Pr De Casabianca, merci de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Je vous remercie également pour votre investissement lors des groupes d'échanges de pratiques lors de mon stage SASPAS. Cela a été des moments d'écoute, de bienveillance et de discussion qui continuent à forger ma pratique. Nous nous réunissons encore régulièrement en groupe avec plusieurs de vos anciens internes dans la continuité de ces échanges.

A madame le Dr Tessier-Cazeneuve, merci d'avoir accepté de m'accompagner tout au long de ce projet de thèse. Votre écoute et soutien m'ont aidé pour ce travail. Vos conseils m'ont permis de faire avancer ce travail avec la rigueur et la précision dont j'avais besoin. Je vous suis très reconnaissant d'avoir pu compter sur votre avis et vos compétences.

A monsieur le Pr Legendre, merci d'avoir accepté de juger mon travail. J'espère qu'il sera à la hauteur et digne d'intérêt.

A madame le Dr Lavigne, merci de prendre part à ce jury de thèse. Je vous remercie de votre engagement dans la diffusion du questionnaire au centre Flora Tristan. Votre disponibilité et écoute m'ont beaucoup aidé pour cette étude.

A madame le Dr Mercier, je vous remercie de faire partie de mes examinateurs concernant ce sujet et ce travail qui, je l'espère vous sera honorable.

Merci aux femmes du Maine-et-Loire qui ont accepté de remplir ce questionnaire et de me laisser recueillir leur opinion.
Merci aux différents médecins, sages-femmes, secrétaires dans les différents centres de recrutement sans qui cette thèse aurait eu un impact bien différent.

Merci à mes maitres de stages ambulatoires dans la Manche et en Mayenne (Dr Talbourdet, Dr David, Dr Grudet, Dr Delrue, Dr Leballais, Dr Leroy, Dr Delhay, Dr Viguier et Dr Demange) pour m'avoir transmis la passion de la médecine générale.

Merci à mes différents maitres de stages aux centres hospitaliers de Caen, Mayenne, Laval, Angers et Saumur.

Merci à mes collègues lors de mes remplacements à Cholet, Thouarcé et Candé.

Merci à tous mes co-externes et co-internes de lors des années d'externat à Caen et d'internat à Angers.

Merci à mes amis Arnaud, Jimmy et Maxence qui restent dans mes pensées bien que l'on ne puisse pas se voir aussi souvent que je le souhaite.

Merci à mes co-internes et amis « Mayennais » et de tout horizon pour le soutien de l'internat, les franches rigolades et les années à venir à leur côté en Anjou.

Je remercie spécialement Grus et Juju pour m'avoir supporté en tant que colocataire. Allez Malherbe !

Je ne remercierai jamais assez mes parents, mon frère Pierre, ma belle-sœur Julie, et le reste de ma famille pour leur soutien et leur aide lors de toutes ces années d'études médicales et pour cette thèse.

Pour finir, je remercie ma compagne et future épouse Marjorie de faire partie de ma vie, de son soutien sans faille, de sa relecture et aide précieuse pour cette thèse.

Liste des abréviations

CNGOF	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
CPEF	Centre de Planification et d'Education Familiale
CU	Contraception d'urgence
CUO	Contraception d'urgence orale
DIU	Dispositif Intra-Utérin
GNP	Grossesse Non Prévue
HAS	Haute Autorité de Santé
HTA	Hypertension Artérielle
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la Santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
MTEV	Maladie Thromboembolique Veineuse
RIPH	Recherche Impliquant la Personne Humaine
SIU	Système Intra-Utérin
SUMPPS	Service Universitaire De Médecine Préventive et de Promotion de la Santé

Plan

LISTE DES ABREVIATIONS

RESUME

INTRODUCTION

MÉTHODES

RÉSULTATS

DISCUSSION ET CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

Connaissances et opinion des femmes sur l'utilisation du Dispositif Intra-Utérin au cuivre en contraception d'urgence

SONNET Grégoire

TESSIER-CAZENEUVE Christine

Département de médecine générale, UFR Santé, Université d'Angers, France.

RÉSUMÉ

Introduction : Malgré une couverture contraceptive élevée, le nombre de grossesses non prévues reste important en France. Deux méthodes de contraception d'urgence (CU) coexistent : le dispositif intra-utérin (DIU) au cuivre et les pilules LEVONORGESTREL ou ULIPRISTAL D'ACETATE. Le DIU est largement moins employé malgré une meilleure efficacité par rapport aux méthodes orales.

Objectif : Explorer les connaissances et l'opinion des femmes de 18 à 50 ans à propos du DIU au cuivre en contraception d'urgence et identifier les motivations et freins à cette utilisation.

Méthode : Etude quantitative par questionnaire papier, avec questions fermées à choix multiples, mis en libre accès dans plusieurs centres médicaux et centres de planification et d'éducation familiale du Maine-et-Loire, de septembre à décembre 2019.

Résultats : Quatre cent trente-quatre (434) questionnaires ont été inclus. Trente et un pourcent (31%) des femmes déclaraient connaitre le DIU au cuivre en CU mais seulement 4,1% ont bien correctement pour les deux méthodes recommandées en pratique. Quatre-vingt-un pourcent (81%) ne connaissaient pas le délai d'utilisation maximum du DIU en CU. La possibilité de maintenir le DIU comme contraception régulière après une mise en place en urgence était une motivation à son usage pour 80% des femmes. Plusieurs freins étaient évoqués : la crainte d'une infection génitale (53%), la douleur lors de la pose du DIU (83,2%), la peur de sentir le DIU lors des rapports sexuels (73,5%) et la modification des règles (62,2%). La nulliparité n'était pas une contre-indication pour 62% des répondantes. Une grande majorité (94,5%) était favorable à une information sur le sujet. La mise en place d'une information systématisée était souhaitée par 56% des femmes.

Conclusion : L'indication du DIU au cuivre en CU était peu connue par les femmes. Des avantages à son utilisation semblaient les intéresser. Des freins à sa mise en place persistaient. Inclure une information sur ce sujet dans notre pratique courante était majoritairement bien perçu et pourrait être un des moyens possibles à proposer dans la prise en charge globale de la réduction des grossesses non prévues.

INTRODUCTION

En France, la contraception a été autorisée en 1967 par la Loi Neuwirth. Malgré une couverture contraceptive élevée, le nombre d'interruptions volontaires de grossesse reste stable depuis plusieurs décennies. (1) La prévention des grossesses non prévues (GNP) peut être liée à l'initiation précoce de la contraception et un choix de contraception adaptée à la vie de chaque femme, mais également à la possibilité d'un « rattrapage » lors d'un échec de cette contraception « classique ». La contraception dite d'urgence se présente en France sous deux formes (2) : l'une orale par l'ingestion de comprimé de LEVONORGESTREL ou d'ULIPRISTAL D'ACETATE, l'autre loco-régionale par pose d'un Dispositif Intra Utérin (DIU) au cuivre. (3)

Cette dernière méthode démontre une efficacité supérieure en terme de contraception (4) et peut être utilisée jusqu'à 5 jours après le rapport à risque, sans perte d'efficacité. (5) Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) et la Haute Autorité de Santé (HAS) reconnaissent cette méthode comme la plus efficace et recommandent sa prescription. (6) De même, la revue Prescrire préconise en cas de contraception d'urgence de proposer en priorité le DIU au cuivre chez les patientes ayant un poids supérieur à 75 kg. (7)

Cependant, en France, les contraceptions d'urgence orales restent les plus utilisées du fait de leur simplicité de prise unique par voie orale et de la facilitation à leur accès par des mesures légales (délivrance gratuite, possible sans prescription et sous couvert d'anonymat pour les mineures soit par les infirmières scolaires des collèges et lycées, soit en pharmacies).

Une thèse de médecine générale réalisée dans le Maine-et-Loire en 2002, 3 ans après l'arrivée sur le marché du NORLEVO®, avait déjà étudié l'information sur la contraception d'urgence en médecine générale auprès de médecins généralistes et de patientes. (8) Ce travail soulignait la méconnaissance des femmes concernant leur fertilité, leur contraception régulière, leur manque d'information des modalités d'utilisation et de prescription de la contraception d'urgence et leur désir d'une information plus marquée par leur médecin généraliste.

D’après l’étude Baromètre Santé 2016, le niveau de connaissances des femmes sur les modes de contraception d'urgence et leurs délais réels d’efficacité restait insuffisant. En effet, 17% des moins de 30 ans, considéraient que la contraception d’urgence devait être prise dans un délai de 3 jours et seul 1% connaissait le délai maximum de 5 jours. (9)

Par ailleurs, parmi les femmes âgées de 15 à 49 ans déclarant utiliser une méthode contraceptive, 26% utilisaient un DIU (cuivré ou hormonal), qui correspond donc au 2ème moyen de contraception le plus utilisé en France. Cependant, le DIU au cuivre comme contraception d’urgence n’a été que très peu étudié en France. Cette méthode de contraception d’urgence est mal connue par les professionnels de santé, peu proposée et se heurte à de nombreux freins. Une thèse de médecine, publiée en 2015, en Franche-Comté, explorait les freins des médecins généralistes à utiliser le DIU au cuivre dans la contraception d'urgence : geste jugé invasif et agressif face à une population majoritairement jeune et nullipare, crainte d'une pose difficile, méconnaissance du statut infectieux. (10) L’accès semblait également plus difficile pour les patientes car il faut nécessairement un ou plusieurs rendez-vous et un praticien formé pour effectuer ce geste. Dans une thèse de 2018 dans le Maine-et-Loire, les professionnels de santé estimaient qu’une demande des patientes les motiveraient à le proposer plus régulièrement au même titre que les moyens par voie orale. (11)

Mais, actuellement, que savent les patientes de la contraception d’urgence ? Connaissent-elles le DIU au cuivre en contraception d’urgence ? Quelle est leur opinion par rapport à cette contraception d’urgence ?

L’objectif principal de cette thèse était d’interroger l’opinion et les connaissances des femmes dans le Maine-et-Loire concernant le dispositif intra utérin au cuivre comme contraceptif d’urgence.

MÉTHODES

Type d'étude :

Il s'agissait d'une enquête quantitative de cohorte, descriptive et transversale par questionnaire individuel et anonyme, en format papier.

L'objectif principal de cette thèse était donc d'interroger l'avis et les connaissances des femmes concernant le dispositif intra utérin au cuivre comme contraceptif d'urgence.

Les objectifs secondaires étaient de connaitre leurs motivations et leurs freins à son utilisation dans ce cadre.

Critères d'inclusion et constitution de la cohorte :

La population étudiée était constituée par les femmes de 18 à 50 ans consultant en Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF), en cabinet de Médecine Générale ou en Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) dans le Maine-et-Loire. La population globale étudier comportait selon une estimation (INSEE) environ 150 000 femmes. Le nombre de réponses nécessaires pour obtenir une marge d'erreur de maximum 5% était de 384 (Calcul effectué grâce à l'outil CHECKMARKET).

Les critères d'inclusion étaient : être une femme âgée de 18 à 50 ans, majeure au sens de la loi, consultant dans les CPEF, les cabinets de médecine générale ou les MSP participant à l'étude.

Le critère de non inclusion était le refus de participer à l'étude.

Les critères d'exclusion étaient : être une femme allophone, illettrée ou analphabète, ne pas avoir répondu aux questions concernant le critère de jugement principal (Question 5).

Recrutement :

Le recrutement des patientes s'est fait de manière aléatoire dans les lieux d'enquête retenus. Ces lieux d'enquête étaient : la MSP Jean Bernard Nord et Sud de Cholet, la MSP du

Pôle de Santé Simone Veil de Segré, les cabinets médicaux de Briollay et Thouarcé, et trois Centres de Planification et d'Education Familiale (Cholet, Flora Tristan et Saint Michel à Angers).

Recueil des données :

Le recueil des données s'est fait par questionnaire individuel anonyme. Un envoi initial de 50 questionnaires par lieu de recrutement a été réalisé puis complété par des envois complémentaires jusqu'à obtention du nombre de réponses requis, du 2 septembre 2019 au 6 décembre 2019.

Le questionnaire était à disposition des patientes en salle d'attente avec un écriteau signalant son existence, ainsi qu'un document explicatif de l'étude. La durée de remplissage était estimée à 5 minutes. Le questionnaire était ensuite déposé par la participante dans une pochette dédiée.

D'un point de vue éthique, une lettre d'information concernant l'objet de l'étude et ses objectifs était incluse en première page du questionnaire. Le consentement était présumé dès lors que la personne avait rempli et rendu le questionnaire. Cette étude était une enquête d'opinion ne se classant pas en RIPH au sens de la loi Jardé. Il n'y a pas eu de recueil de données personnelles de santé et par conséquent une demande auprès d'un comité d'éthique n'était pas nécessaire.

Le questionnaire élaboré à partir des données de la littérature comprenait 19 questions parmi lesquelles 16 questions fermées à choix multiples et 3 questions ouvertes avec possibilité de commentaires libres.

Il interrogeait les données sociodémographiques des participantes, leurs connaissances du DIU au cuivre comme contraceptif d'urgence, leurs motivations et freins éventuels à son utilisation, l'information donnée par les professionnels de santé sur cette méthode.

L'étude était anonyme et un numéro unique à chaque questionnaire était attribué par l'enquêteur lors du retour des questionnaires papiers. Les questionnaires étaient ensuite saisis informatiquement afin de créer la base de données sous un format MICROSOFT EXCEL®.

Analyse des données

Le critère de jugement principal est la connaissance du DIU au cuivre comme moyen de contraception d'urgence par les patientes. Le taux de remplissage minimum requis correspond à la question permettant de répondre au critère de jugement principal (question 5).

Les données quantitatives ont été analysées de manière descriptive avec le logiciel EXCEL.

Un test de Khi-2 de conformité a été employé pour vérifier que l'échantillon était représentatif de la population générale étudiée en Maine-et-Loire.

Des tests de Khi-2 d'indépendance ont été utilisés pour mettre en valeur la présence ou non de différences de réponses en fonction de l'âge et du statut socio-professionnel des femmes. Ils ont été calculés avec le logiciel EXCEL.

Les données qualitatives ont été retranscrites sous forme de verbatim et ont fait l'objet d'une analyse inductive thématique (questions 11, 12 et 13).

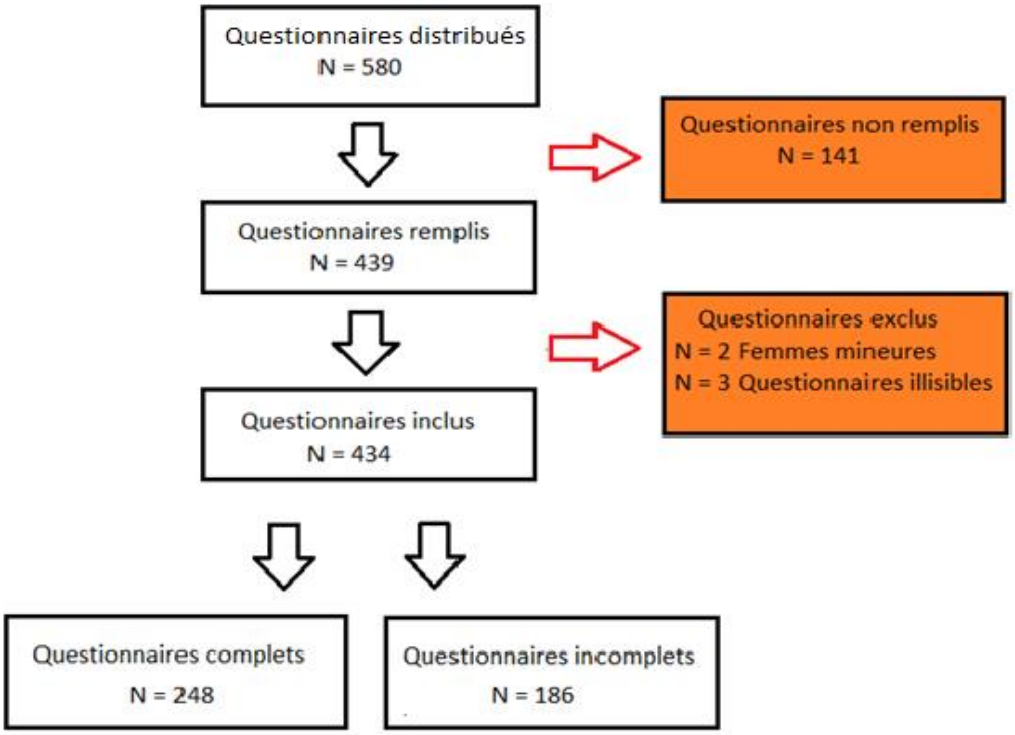
RÉSULTATS

Résultats principaux ci-dessous, résultats complémentaires en annexe 3

Nombre de réponses et caractéristiques sociodémographiques :

Le questionnaire a été diffusé entre le 2 septembre 2019 et le 6 décembre 2019. Une distribution de 580 questionnaires a été effectuée permettant un retour de 434 questionnaires inclus. Le taux de remplissage était de 74,9 %.

Figure 1 : Diagramme en flux d'inclusion des questionnaires



Parmi les questionnaires incomplets, 78 femmes n'ont pas indiqué leur âge. On ne note pas de différences significatives dans la répartition des réponses en comparant la totalité des répondantes, avec seulement avec celles qui ont indiqué leur âge.

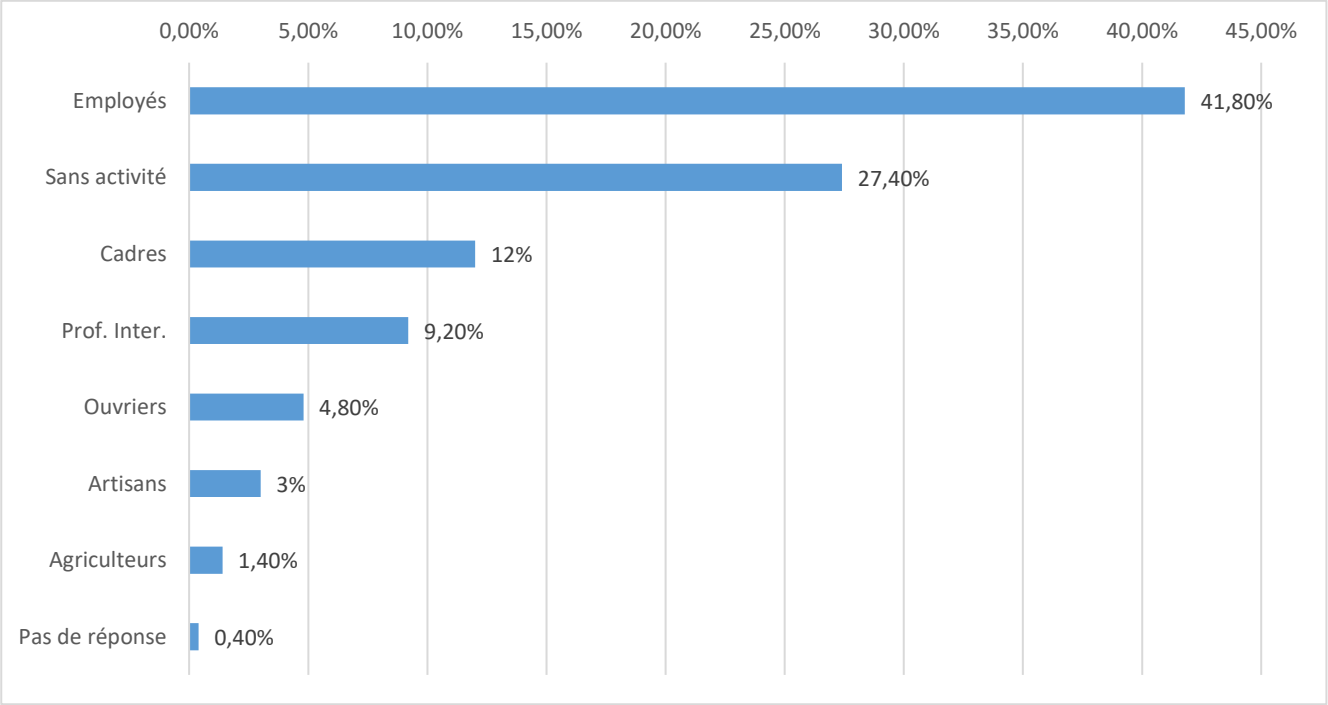
L'âge médian calculé est de 32 ans. Dans cet échantillon, 41,2% des femmes ont entre 30 et 44 ans.

Tableau I : Caractéristiques d'âge déclaré de la population de l'étude

	Étude
Age Moyen	32,18 ans (σ = 8,89)
Femmes de 18-29 ans	n = 139 (32%)
Femmes de 30 à 44 ans	n = 179 (41,2%)
Femmes de 45 à 50 ans	n = 38 (8,8%)
Non répondantes	n = 78 (18%)

Les femmes interrogées étaient en couple, mariées ou pacsées pour 75,6%, célibataires pour 20%, divorcées pour 3,9% et veuves pour 0,2%

Figure 2 : Caractéristiques des statuts socio-professionnels déclarés de la population de l'étude.



41,8% des femmes interrogées étaient employées et environ un tiers (27.4%) sans activité professionnelle.

A propos des paramètres de la population de l'étude, le test de Khi2 de conformité retrouvait un $p=2,95.10^{-4}$ pour l'âge et $p=1,09.10^{-11}$ pour le statut socio professionnel. Il existait une différence significative en termes d'âge et de statut socio-professionnel entre l'échantillon et la population de femmes dans le Maine-et-Loire.

Opinions et connaissances des femmes sur les contraceptions d'urgence :

Les femmes interrogées avaient déjà entendu parler de la contraception d'urgence pour 98,16% d'entre elle. La quasi-totalité d'entre elles (97,7%) connaissait la contraception d'urgence orale.

La contraception d'urgence par DIU au cuivre était connue par 30,7% des femmes.

Dans cette étude, 22,6% des répondantes pensaient que le Système Intra Utérin (SIU) hormonal pouvait également être utilisé comme contraception d'urgence. Dix-huit femmes (4,1% des répondantes) connaissaient les deux méthodes recommandées en pratique (DIU au cuivre et la pilule du lendemain). Vingt et une autres femmes avaient répondu ne pas savoir si le SIU hormonal pouvait être utilisé en contraception d'urgence alors qu'elles ont répondu correctement pour la méthode orale et le DIU au cuivre, ce qui correspondait à 4,8%.

Nous avons analysé les réponses du critère principal selon les données sociodémographiques (voir Tableau 2). La majorité des répondantes pensait que le DIU au cuivre ne pouvait pas être utilisé en contraception d'urgence ou déclarait ne pas le savoir.

Tableau 2 : Résultats à la question 5a : « Selon vous : quels moyens contraceptifs suivants peuvent être utilisés afin d'éviter une grossesse après un rapport sexuel non protégé ? » concernant le DIU au cuivre, en fonction de l'âge et du statut socio-professionnel.

Réponses	Oui	Non	Ne sait pas	Pas de réponse
Catégories Socio-Professionnelles				
Agriculteurs exploitants	2 (33,3%)	3 (50%)	1 (16,7%)	0 (0%)
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	4 (30,8%)	6 (46,1%)	2 (15,4%)	1 (7,7%)
Cadres et professions intellectuelles supérieures	17 (32,7%)	26 (50%)	6 (11,5%)	3 (5,8%)
Employés	55 (30,4%)	74 (40,9%)	42 (23,2%)	10 (5,5%)
Ouvriers	6 (28,6%)	9 (42,9%)	2 (9,5%)	4 (19%)
Professions intermédiaires	9 (22,5%)	20 (50%)	10 (25%)	1 (2,5%)
Autres personnes sans activité professionnelle	40 (33,6%)	37 (31,1%)	34 (28,6%)	8 (6,7%)
Age				
18 à 29 ans	43 (30,9%)	51 (36,69%)	40 (28,8%)	5 (3,6%)
30 à 44 ans	58 (32,4%)	73 (40,78%)	36 (20,1%)	12 (6,7%)
45 à 50 ans	11 (28,9%)	16 (42,11%)	7 (18,4%)	4 (1,1%)

Il n'y avait pas de différence significative entre les réponses selon l'âge (0,1 < pvalue < 0,25) et les différents statuts socio-professionnels (0,5 < pvalue < 0,7).

La grande majorité des femmes interrogées (81,3%) ne connaissaient pas le délai d'utilisation possible du DIU cuivre en CU. Le délai de pose maximum de 5 jours après un rapport à risque a été évoqué par 2,8% d'entre elles. Il n'a pas été possible mettre en place un test statistique d'indépendance pour cet item devant le nombre insuffisant d'effectif parmi les différentes réponses selon le statut socio-professionnel et l'âge.

Un tiers des femmes interrogées (31,8%) pensait que ce délai d'efficacité plus long pourrait inciter les femmes à le préférer comme contraception d'urgence.

Le gynécologue était le professionnel de santé le plus à même de mettre en place un DIU pour 95,6% des femmes interrogées. Le médecin généraliste et la sage-femme étaient également perçus comme des référents dans une moindre mesure, respectivement pour 59,9% et 52,3% d'entre elles. Une faible proportion des femmes interrogées (3,7%) a répondu ne pas savoir.

Motivations et freins des femmes à utiliser le DIU cuivre en CU

Quatre-vingt pourcent (80%) des femmes interrogées pensaient que l'avantage principal à l'utilisation du DIU au cuivre en contraception d'urgence était la possibilité de son utilisation en contraception régulière une fois mis en place.

Un tiers des femmes (36,4%) relevait qu'un délai d'efficacité plus long que pour les méthodes orales était un avantage.

Les deux principaux problèmes de santé constituant un frein à l'utilisation du DIU en CU, pour les femmes interrogées, étaient le risque d'infection génitale (53%) et la présence de règles abondantes (27,4%). La nulliparité n'était pas un obstacle selon 62% des répondantes.

Plusieurs craintes étaient exprimées : la crainte de douleurs à la pose (83,2%), la crainte de sentir le DIU lors des rapports sexuels (73,5%) et la modification des règles (62,2%). Plus d'un tiers des femmes interrogées (37,3%) pensait que l'utilisation du DIU pouvait poser un problème de fécondité dans le futur.

Environ la moitié des personnes interrogées estimait que la crainte d'une efficacité moindre par rapport à la CUO (48,6%) et l'appréhension de l'examen gynécologique (53,9%) empêcheraient les femmes de l'utiliser en CU.

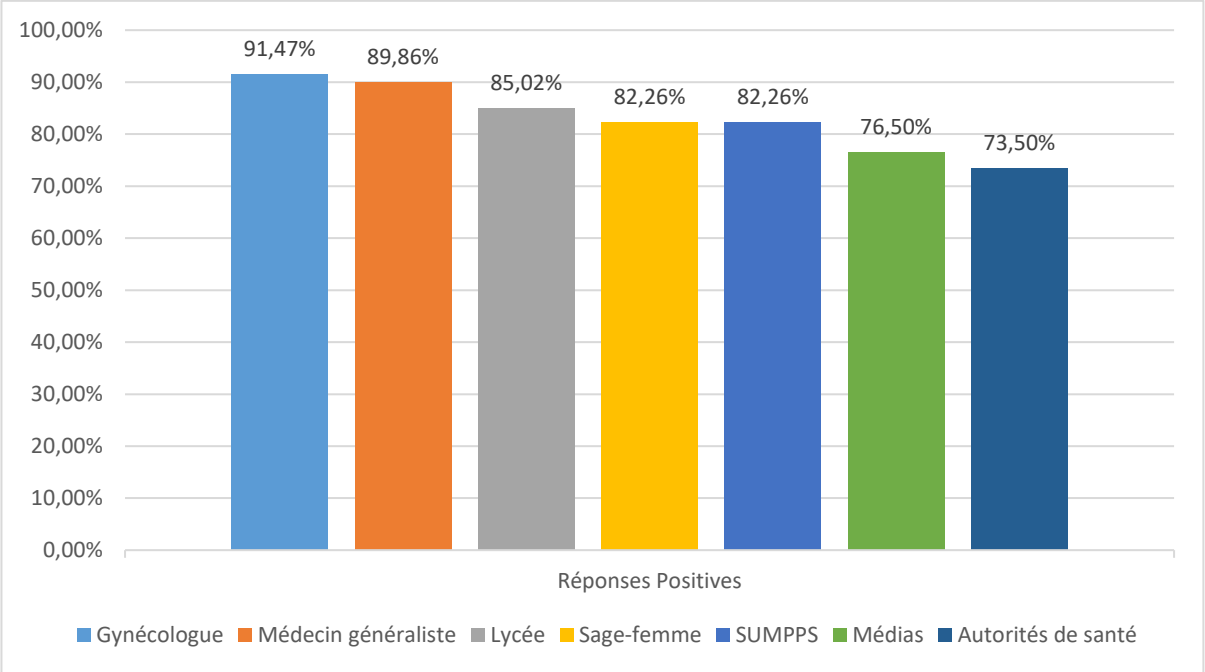
La réaction du professionnel à une demande de DIU en contraception d'urgence ne semblait pas être un frein pour 55,8% des femmes.

Sur le plan pratique, l'obligation d'une prescription médicale pour obtenir un DIU constituait un désavantage pour 57,8% des participantes ainsi que la nécessité d'aller à la pharmacie et en consultation médicale pour 61,5% d'entre elles.

Informations sur le DIU en CU

La majorité des femmes de l'échantillon (94,5%) estimait intéressant de délivrer une information à propos de cette méthode. Cela représentait 410 femmes favorables contre 6 qui ont répondu négativement à cet item.

Figure 3 : Répartition des sources d'information souhaitables, selon l'avis des femmes, à propos du DIU au cuivre en contraception d'urgence



On notait que toutes les réponses proposées apparaissaient comme des sources fiables avec une prédilection pour les professionnels de santé. Le milieu scolaire apparaissait également comme un lieu d'information propice. Les médias et autorités de santé étaient un peu moins perçus comme tel par certaines femmes de l'échantillon.

Des commentaires libres ont été laissés indépendamment des réponses à la question précédente (voir annexe 6). Dans les réponses libres, les femmes préféraient plutôt une information délivrée directement par les professionnels de santé, l'estimant plus adapté.

On remarquait 56% des femmes favorables à une mise en place systématique de l'information, contre 34,1% défavorables pour 391 répondantes au total.

Les justifications aux réponses favorables à cette question laissées en commentaire étaient les suivantes *(par ordre d'importance et non exhaustif, voir en annexe 4)* :

- Nécessité d'une information complète pour pouvoir prendre une décision :"*Pour laisser le choix à la patiente ! C'est son corps et l'appréhension du stérilet et de la pilule du lendemain n'est pas la même … Certaines préféreront la pilule, d'autres le stérilet."*.
- Devoir d'information auprès de toutes les femmes au vu des avantages apportés par le DIU : *"Si c'est plus efficace, moins cher et non douloureux pourquoi s'en priver."*
- Augmentation de la connaissance de cette méthode dans la population générale : *"Comme cela elle serait au courant. Avoir opportunité de choisir ce qui pourrait lui convenir."*
- Diminution de l'impact des hormones, contrairement à la méthode orale.

Concernant les justifications des réponses défavorables à une information systématique, on retrouvait *(voir annexe 5)* :

- Libre choix de la patiente :"*Dialoguer sur le mode de contraception le mieux adapté au style de vie des patientes."*
- Adaptation du discours à chaque patiente : *"Voir en fonction du souhait de la patiente. Évaluer son cas pour lui proposer la solution la plus adaptée."*
- Balance bénéfice/risque défavorable
- Mise en place plus complexe qu'une pilule du lendemain
- Méconnaissance du sujet, difficulté de se positionner sur la question.

DISCUSSION

Caractéristiques de l'échantillon :

Le nombre de questionnaires inclus dépasse le nombre calculé initialement de 384 avec une marge d'erreur de 5%. Le nombre de questionnaires incomplets reste important mais la grande majorité remplissait le critère d'inclusion.

Néanmoins l'échantillon n'est pas représentatif de la population du Maine-et-Loire chez les femmes de 18 à 50 ans inclus, notamment par rapport à l'âge et le statut socio-professionnel. A propos de l'âge, notre échantillon comporte plus de femmes jeunes que dans la population étudiée.

Concernant le statut socio-professionnel, nous retrouvons plus d'employés et de personnes sans activité professionnelle, et moins d'ouvriers et de profession intermédiaire.

La non représentativité peut s'expliquer par le nombre important de réponses recueillies dans certains lieux de recrutements, comme dans les CPEF. On remarque une population avec un taux de femmes jeunes et par conséquent un biais au niveau socio-professionnel également (proportion plus marquée d'étudiantes par exemple)

Forces et limites de l'étude :

Cette étude est de faible ampleur, non randomisée, ne prenant pas en compte les données personnelles de santé pouvant aider à la compréhension de l'opinion des femmes (antécédents médicaux, chirurgicaux, méthodes de contraception déjà utilisées, nombre de grossesses vécues etc…). L'échantillon représente plutôt une part jeune des femmes du Maine-et-Loire. Le taux de remplissage global de ce travail est très important par rapport à ce type d'étude. Cela montre que le sujet intéresse les femmes.

Le nombre de réponses très important peut nous apporter des notions adaptées pour notre pratique professionnelle. De plus, les retours des femmes étaient très positifs dans tous les lieux de recrutements.

Un biais de sélection est inhérent à ce type d'étude : seules les participantes intéressées par le sujet ont répondu au questionnaire.

Un biais de compréhension est possible sur certains items, notamment la question 9, qui aborde des aspects techniques, comme le délai entre le rapport et la pose et la question 13 à propos de la mise en place d'une information systématique de toutes les méthodes de contraception d'urgence. La phrase pouvait être interprétée de différentes façons (notion de mise en place systématique du DIU et au lieu de la délivrance d'une information), comme certaines réponses libres le laissaient penser (voir annexe 5)

Enfin, un biais de désirabilité peut se discuter concernant les résultats de la question 12 à propos de l'intérêt de la mise en place d'une information concernant le DIU en contraception d'urgence, au sens général. Une quasi-unanimité de réponses positives peut s'interpréter également comme un intérêt majeur des femmes à propos des questions de contraception.

Discussion des résultats :

L'existence de la contraception d'urgence est connue par la quasi-unanimité des femmes interrogées. Comme attendu, la méthode orale est le plus souvent citée. Mais un tiers des femmes interrogées citaient le DIU comme contraception d'urgence. Peu d'études de la littérature précisent le nombre de femmes connaissant cette méthode. Une étude réalisée en Argentine par PICHARDO et al. en 2014 montrait que 1.83% des femmes interrogées (n= 273) connaissaient le DIU en contraception d'urgence. En croisant les réponses dans notre travail entre les femmes qui ont répondu correctement aux deux méthodes possibles en France, on

retrouve un taux de 4,1%. Ce taux plus élevé peut être lié aux caractéristiques de notre échantillon (population jeune, lieu de recueil principalement en CPEF).

Le DIU est utilisé de plus en plus en contraception régulière en France. (9) Dans certains pays, comme la Chine, le DIU est utilisé de manière très répandue en contraception d'urgence et régulière. (12)

Mais les réticences et méconnaissances de ses avantages et inconvénients restent nombreuses. (13) On remarque que la plupart des craintes citées dans cette étude peuvent être dissipées en partie par une information en amont (par exemple, l'idée qu'il soit moins efficace, ou l'impossibilité de pose en cas de nulliparité etc…). (14)

Selon également PICHARDO et al., une information à propos de la pose du DIU en amont d'une situation à risque de grossesse, augmenterait le souhait de l'utiliser en contraception d'urgence, malgré un manque de connaissance initial. (15) L'extrapolation des résultats est malgré tout complexe, car l'étude est de faible niveau de preuve, et les questions de contraception et de fécondité, sont très différentes d'un pays à un autre, en fonction des législations en vigueur, et des cultures présentes. (16)

Les craintes concernant la mise en place du DIU retrouvées dans notre travail, comme la douleur lors de la pose et le risque d'infection génitale, sont aussi des éléments à prendre en compte. Des recommandations du CNGOF préconisent une prémédication antalgique et anti-inflammatoire, et également une antibioprophylaxie anti-chlamydiae si le risque infectieux parait important. (17)

Les autres freins sont l'accessibilité et le côté financier. La majorité des femmes de notre étude identifiaient les gynécologues comme pouvant poser les DIU mais seule la moitié d'entre elles repéraient les médecins généralistes et les sages-femmes comme professionnels ressources. En effet, bien qu'il s'agisse d'une de leur compétence, les MG ne réalisent pas tous ce geste technique. Les compétences des sages-femmes en termes de contraception sont récentes et

peut-être encore peu connues de l'ensemble des femmes. Les CPEF sont des centres de référence en contraception. Ils disposent des personnels de santé formés aux enjeux de la contraception, du temps d'écoute et de suivi, et également d'un stock de DIU disponibles sur place, ce qui peut diminuer ces freins. Cependant une thèse réalisée en 2018 à Angers montrait que cette CU n'était pas davantage proposée aux femmes consultant en CPEF, en raison notamment de l'absence de demande des patientes. Des MSP peuvent également s'organiser pour avoir des DIU d'avance et mettre en avant les médecins et sages-femmes pouvant les poser.

Les sources d'informations préférables, selon la grande majorité des femmes interrogées, étaient les professionnels de santé. Même si 55% des femmes estimaient ne pas avoir de barrières pour discuter de l'éventuelle pose d'un DIU en contraception d'urgence, celles n'osant pas en parler avec leur professionnel de santé restaient nombreuses. Le médecin généraliste a sa place au même titre que les autres acteurs de la santé dans cette mission capitale qu'est l'information à propos de la contraception d'urgence. Un regroupement sous le terme « contraception d'urgence » des méthodes orales et par DIU, semble préférable pour adapter son discours aux interrogations des femmes.

Enfin, un élément n'apparaissant pas dans cette thèse, mais retranscrit dans plusieurs études, est la méconnaissance des situations à risque de grossesse des femmes. (18)

La contraception d'urgence est connue par quasiment toutes les femmes, contrairement aux situations pour lesquelles elles pourraient les utiliser. C'est la raison principale pour laquelle le nombre de grossesses non désirées ne diminue pas dans la population générale. Les discussions entre les femmes et leurs différents professionnels de santé doivent faire émerger des réflexions sur ces risques, au même titre que l'information sur les différentes méthodes à utiliser en urgence (notamment le DIU au cuivre).

CONCLUSION

Le recours au DIU au cuivre en contraception d'urgence est anecdotique principalement à cause d'une méconnaissance globale des femmes de son existence dans cette indication. Il reste connu par les professionnels de santé investis dans ce domaine (gynécologues, médecins généralistes pratiquant la pose de DIU en contraception régulière en libérale ou en CPEF, et sages-femmes) mais peu utilisé et proposé en pratique courante.

On met en évidence avec ce travail que les femmes sont intéressées pour recevoir une information sur ce sujet. La méthode d'information doit se faire de manière globale et s'inclure avec les messages de contraception et de prévention des IST. Tous les acteurs sont nécessaires : les professionnels des secteurs sanitaires, sociaux et scolaires. Un discours sur le terme « contraception d'urgence » semble plus approprié et pas uniquement « pilule du lendemain » pour évoquer les différentes possibilités. Systématiser l'information ne semble pas adapté. Il faut plutôt mettre en place une information personnalisée. Un travail évaluant le retentissement en termes de choix de contraception d'urgence après une information complète serait intéressant pour évaluer si cette méthode reste un moyen à la marge ou une alternative plébiscitée. Le plus important serait de faire prendre conscience aux femmes les situations à risque de grossesse. Le manque de connaissance de ces moments reste la cause principale de grossesses non désirées.

BIBLIOGRAPHIE

1. Vigoureux S. Épidémiologie de l'interruption volontaire de grossesse en France. Httpwwwem-Premiumcomdatarevues03682315unassignS0368231516301533 [Internet]. 26 oct 2016 [cité 21 nov 2018] ; Disponible sur : http://www.em-premium.com.buadistant.univ-angers.fr/article/1090686/resultatrecherche/1

2. HAS. Fiche Mémo : Contraception d'urgence [Internet]. [cité 21 nov 2018]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/fiche-contraception-urgence.pdf

3. Lippes J ; Tatum HJ ; Maulik D ; Zielezny M. Postcoital Copper IUDS, Advances in Planned Parenthood. 1979 ; 14(3) :87-94.

4. Turok DK, Godfrey EM, Wojdyla D, Dermish A, Torres L, Wu SC. Copper T380 intrauterine device for emergency contraception : highly effective at any time in the menstrual cycle. Hum Reprod. 1 oct 2013 ;28(10) :2672-6.

5. Aubin C, Jourdain Menninger D, Chambaud L. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence. Insp Générale Aff Soc [Internet]. [Cité 21 nov 2018]. Disponible sur : http://crdp-pupitre.ac-clermont.fr/upload/_20_56_2010-12-22_09-16-46_.pdf

6. Jamin C, Agostini A, Asselin I, M'barek IB, Bettahar K, Carbonne B, et al. Les contraceptions d'urgence : propositions de la Commission Orthogénie du CNGOF. Httpwwwem-Premiumcomdatarevues12979589v43i9S1297958915002040 [Internet]. 31 août 2015 [cité 21 nov 2018] ; Disponible sur : http://www.em-premium.com.buadistant.univ-angers.fr/article/997422/resultatrecherche/17

7. Contraception d'urgence et surpoids : préferer le DIU. Rev Prescrire. Sept 2014 ; tome 34(371) :687 8.

8. Renaudeau IS, Baron C, d'Angers U. L'information sur la contraception d'urgence en médecine générale. [S.l.] : [s.n.] ; 2002.

9. Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016 - Contraception. Santé publique France, éditeur. 2016 ;8.

10. Bonnin A. Etude des freins à l'utilisation du dispositif intra-utérin au cuivre en contraception d'urgence chez les médecins généralistes de Franche-Comté [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Franche-Comté. Faculté de médecine et de pharmacie ; 2015.

11. Lacroix M, Oumammar E. Connaissance des professionnels de santé concernant le DIU au cuivre dans la contraception d&#039 ; urgence. 2018.

12. Cleland K, Zhu H, Goldstuck N, Cheng L, Trussell J. The efficacy of intrauterine devices for emergency contraception: a systematic review of 35 years of experience. Hum Reprod. 1 juill 2012 ;27(7) :1994-2000.

13. Hladky KJ, Allsworth JE, Madden T, Secura GM, Peipert JF. Women's knowledge about intrauterine contraception. Obstet Gynecol. Janv 2011 ;117(1) :48-54.

14. Whitaker AK, Johnson LM, Harwood B, Chiappetta L, Creinin MD, Gold MA. Adolescent and young adult women's knowledge of and attitudes toward the intrauterine device. Contraception. Sept 2008 ;78(3) :211-7.

15. Pichardo M, Arribas L, Coccio E, Heredia G, Jagroep S, Palermo T. IUDs as EC? Limited awareness and high reported acceptability : evidence from Argentina. Contraception. Nov 2014 ;90(5) :522-8.

16. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World contraceptive patterns 2013. 2013.

17. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. Sept 2005 ;34(5) :513.

18. Nappi RE, Lobo Abascal P, Mansour D, Rabe T, Shojai R, Emergency Contraception Study Group. Use of and attitudes towards emergency contraception: a survey of women in five European countries. Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept. Avr 2014 ;19(2) :93-101.

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Diagramme en flux d'inclusion des questionnaires 8

Figure 2: Caractéristiques des statuts socio-professionnels déclarés de la population de L'étude 9

Figure 3 : Répartition des sources d'information souhaitables, selon l'avis des femmes, à propos du DIU au cuivre en contraception d'urgence 13

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Caractéristiques d'âge déclaré de la population de l'étude par rapport à la population départementale étudiée 9

Tableau II: Résultats à la question 5a : « Selon vous : quels moyens contraceptifs suivants peuvent être utilisées afin d'éviter une grossesse après un rapport sexuel non protégé ? » concernant le DIU au cuivre, en fonction de l'âge et du statut socio-professionnel 11

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS ..... **X**
RESUME **2**
INTRODUCTION **3**
MÉTHODES **5**
RÉSULTATS **8**
DISCUSSION ET CONCLUSION **15**
BIBLIOGRAPHIE **20**
LISTE DES FIGURES **22**
LISTE DES TABLEAUX **23**
TABLE DES MATIERES **24**
ANNEXES ..... **I**

ANNEXES

Annexe 1 : Lettre d'information à destination des participantes au questionnaire.

Département de Médecine Générale
UFR Santé d'Angers
Rue Haute de Reculée
49045 Angers CEDEX 01

Angers, le 27/07/2019

Madame, Mademoiselle,

Actuellement en fin de cursus de mes études médicales, je prépare un travail de thèse portant sur l'opinion et les connaissances des femmes sur les techniques de « contraception d'urgence » afin d'éviter une grossesse non désirée après un rapport sexuel non protégé.

Si vous êtes d'accord, et que vous êtes une femme de 18 à 50 ans inclus, je souhaiterais que vous participiez à cette étude.

Je vous propose de remplir dans son intégralité le questionnaire ci-joint. En effet, tous les avis sont intéressants et apportent des informations importantes, afin de pouvoir proposer ensuite aux femmes la meilleure prise en charge possible dans le cadre de la prévention des grossesses non désirées.
La durée de remplissage du questionnaire est estimée à environ 5 minutes.
Les données recueillies seront complètement anonymes et ne seront utilisées que pour cette étude, à visée de soutenance de thèse et de publication sous forme d'article dans une revue médicale.
Vous pourrez redonner aux professionnels de santé ou à leurs secrétaires le questionnaire dès qu'il sera rempli.

En vous remerciant par avance de votre aide, veuillez recevoir madame, mademoiselle, l'assurance de mes sentiments distingués.

Grégoire SONNET, doctorant en médecine générale.
sonnet.gre@gmail.com

Annexe 2 : Questionnaire complet

Opinions et connaissances des techniques de « contraception d'urgence » afin d'éviter une grossesse non désirée après un rapport sexuel non protégé

1) Quel âge avez-vous ? (Entre 18 et 50 ans inclus) :

2) Quel est votre situation familiale ?

☐ Célibataire

☐ Mariée / Pacsée / en couple

☐ Divorcée

☐ Veuve.

3) Quel est votre statut socio-professionnel ?

☐ Agriculteurs exploitants

☐ Artisans, commerçants et chefs d'entreprise

☐ Cadres et professions intellectuelles supérieures

☐ Professions intermédiaires

☐ Employés

☐ Ouvriers

☐ Retraités

☐ Autres personnes sans activité professionnelle

4) Avez-vous déjà entendu parler de contraception d'urgence, c'est-à-dire d'une technique permettant d'éviter ou de limiter le risque d'avoir une grossesse non désirée après un rapport non protégé ?

☐Oui ☐Non

5a) Selon vous, quels moyens contraceptifs suivants peuvent être utilisés afin d'éviter une grossesse après un rapport sexuel non protégé :

« Pilule du lendemain »	☐Oui	☐Non	☐Ne Sait Pas
Dispositif Intra Utérin dit « stérilet » au cuivre	☐Oui	☐Non	☐Ne Sait Pas
Système Intra Utérin dit « stérilet » hormonal	☐Oui	☐Non	☐Ne Sait Pas

5b) Qui vous a informé sur ces moyens de contraception d'urgence ? (Plusieurs réponses possibles)

☐ Parents/Famille

☐ Ami(e)s

☐ Médecin généraliste

☐ Gynécologue

☐ Sage-femme

☐ Pharmacien

☐ Infirmière scolaire

☐ Conseillère conjugale et familiale

☐ Personne

5c) Dans quel lieu ou par quel moyen avez-vous eu l'information ? (Plusieurs réponses possibles)

☐ Lycée

☐ Université

☐ Centre de planification

☐ Internet/YouTube/Blog

☐ Média/journaux/Campagne de communication

6a) Selon vous, dans quel délai est-il possible d'utiliser une pilule du lendemain afin d'éviter une grossesse non désirée après un rapport non protégé ?

☐ Jusqu'à 24 heures

☐ Jusqu'à 3 jours (72 heures)

☐ Jusqu'à 5 jours

☐ Jusqu'à 7 jours

☐ Ne sait pas

6b) Selon vous, dans quel délai est-il possible d'utiliser un « stérilet » afin d'éviter une grossesse non désirée après un rapport non protégé ?

☐ Jusqu'à 24 heures

☐ Jusqu'à 3 jours (72 heures)

☐ Jusqu'à 5 jours

☐ Jusqu'à 7 jours

☐ Ne sait pas

7) Selon vous, quel professionnel de santé peut poser un stérilet comme contraception « classique » ou en contraception « d'urgence » afin d'éviter une grossesse non désirée après un rapport non protégé ? (Plusieurs réponses possibles)

☐ Médecin généraliste

☐ Gynécologue

☐ Sage-femme

☐ Ne sait pas

8) Selon vous, quels problèmes de santé empêcheraient une femme d'utiliser un stérilet comme contraception d'urgence ?

Avoir des règles trop abondantes ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Avoir ou avoir eu une infection au niveau gynécologique ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Ne jamais avoir été enceinte ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Avoir du diabète ou de l'hypertension artérielle ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Avoir ou avoir eu un cancer du sein ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Avoir eu une phlébite ou une embolie pulmonaire (caillot de sang dans les veines des jambes ou les poumons) ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

9) Selon vous quelles propriétés du stérilet inciteraient les femmes à l'utiliser comme contraception d'urgence ?

Meilleure efficacité que les « pilules du lendemain » pour éviter une grossesse en cas de rapport non protégé ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Délai d'efficacité plus long que les « pilules du lendemain », entre le rapport et la pose, pour éviter une grossesse en cas de rapport non protégé ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Possibilité d'avoir un rendez-vous rapide (< 72h) chez un professionnel de santé pour le poser ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Possibilité de garder le stérilet comme contraception et ne plus avoir à prendre une pilule régulièrement par la suite ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Prix peu élevé ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Remboursement intégral par l'assurance maladie et la mutuelle ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

10) Selon vous, quelles craintes des femmes les empêcheraient d'utiliser un stérilet comme contraception d'urgence pour prévenir une grossesse non désirée après un rapport non protégé ?

Crainte que le stérilet soit moins efficace que la « pilule du lendemain ou du surlendemain » pour éviter une grossesse non désirée après un rapport sexuel non protégé ☐Oui ☐Non ☐ Ne sait pas

Crainte que la pose soit douloureuse ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Crainte de « sentir » le stérilet par la suite notamment au moment des rapports sexuels ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Crainte de l'examen gynécologique ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Crainte que cela entraine une infection gynécologique ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Crainte que cela modifie les règles ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Crainte que cela pose problème pour avoir une grossesse par la suite ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Crainte de la réaction du professionnel de santé lors de cette demande ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

11) Selon vous, quelles contraintes liées à la pose du stérilet empêcheraient les femmes de l'utiliser en urgence pour prévenir une grossesse non désirée après un rapport non protégé ?

Être obligée d'avoir une ordonnance ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Être obligée d'aller à la pharmacie puis d'avoir une consultation avec un professionnel de santé pour le poser ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Le prix ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Le remboursement ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

☐ Autres :

12a) Selon vous, est-il intéressant d'informer les femmes que le stérilet peut être utilisé afin de prévenir une grossesse non désirée en cas de rapport sexuel non protégé ?

☐ Oui ☐Non

12b) Si oui par qui ?

Par les médecins généralistes ☐ Oui ☐ Non

Par les gynécologues ☐ Oui ☐ Non

Par les sages-femmes ☐ Oui ☐ Non

Par les autorités de santé ☐ Oui ☐ Non

Par les médias ou autre moyen de communication (Blog, internet, YouTube) ? ☐ Oui ☐ Non

Par le service universitaire de prévention ? ☐ Oui ☐ Non

Par le service scolaire ? (Lycée) ☐ Oui ☐ Non

12c) Si non, préciser pourquoi ? (Réponse libre en quelques mots) :

13a) Pensez-vous que les professionnels de santé doivent proposer le « stérilet cuivre » systématiquement à une patiente qui vient demander une contraception d'urgence au même titre qu'une pilule du lendemain ou surlendemain ?

☐ Oui ☐ Non

13b) Précisez pourquoi ? (Réponse libre en quelques mots) :

Merci pour votre participation à cette étude.

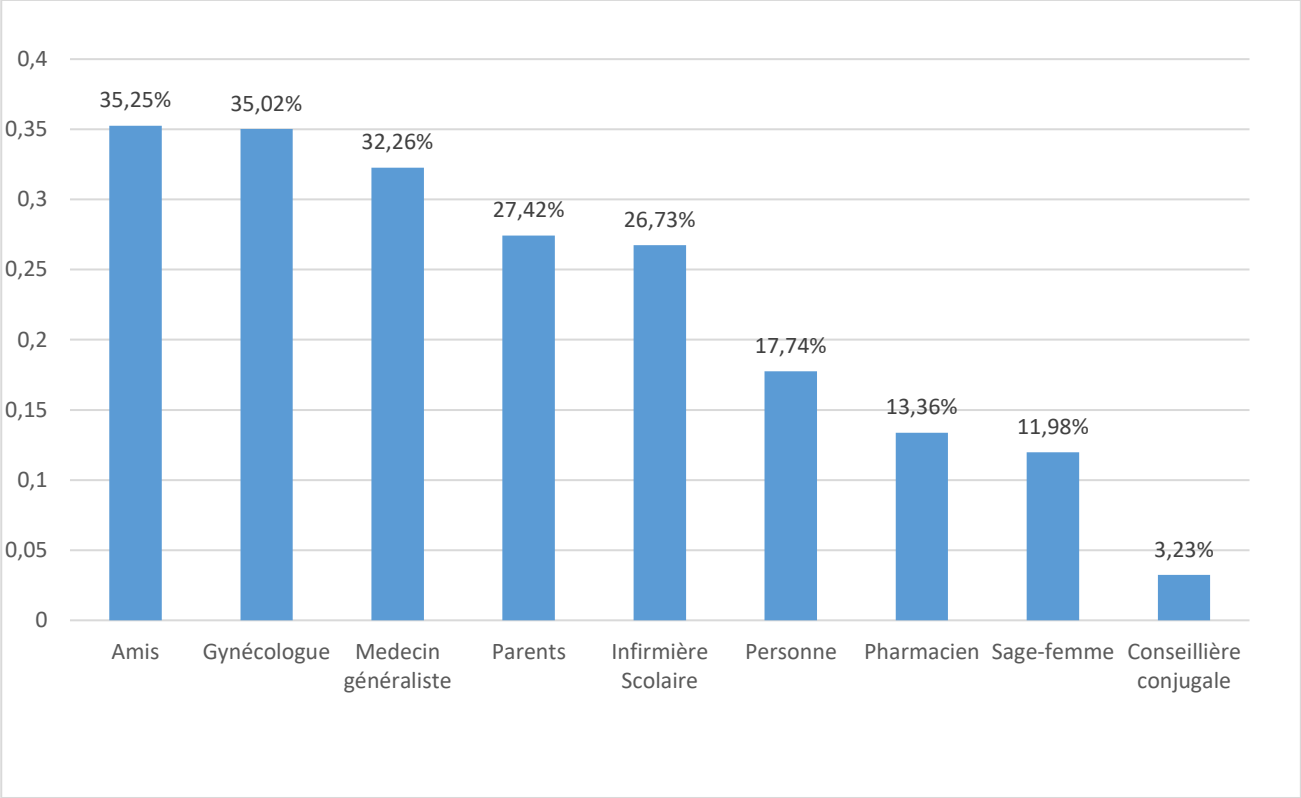
N'oubliez pas de remettre ce document aux professionnels de santé ou à leurs secrétaires pour qu'il puisse être pris en compte.

SONNET Grégoire (sonnet.gre@gmail.com)

Annexe 3 : Résultats complémentaires :

La première source d'information pour les femmes était leurs amies pour plus d'un tiers d'entre elles (35,25%), suivie par les médecins gynécologues (35,02%) et généralistes (32,56%). L'infirmière scolaire a été une source d'information pour 26,73 % des répondantes, et la sage-femme pour 11,98% d'entre elles.

Figure : Représentation des personnes ayant informées les femmes concernant les contraceptions d'urgence



A propos des lieux d'informations, le lycée était le lieu cité par 53,49% des femmes de cette étude, 26,51% pour les CPEF et 9,92% pour l'université.

Les moyens utilisés étaient les médias pour 38,60% des femmes et internet pour 27,67 % d'entre elles.

A propos du délai maximum d'utilisation des méthodes orales de contraception d'urgence, 49,5% des femmes ont répondu pouvoir les utiliser jusqu'à 72h après un rapport à risque et 39,4% d'entre elles ont répondu un délai de 24h maximum.

Environ deux tiers des femmes interrogées ne savaient pas si cela pouvait poser problème pour la mise en place d'un DIU : 57,4% pour le diabète et HTA, 58,5% pour le cancer du sein et 61,1% pour l'embolie pulmonaire et MTEV.

Environ un tiers des femmes interrogées (29,51%) pensait que l'obtention d'un rendez-vous rapide chez un professionnel de santé inciterait les femmes à l'utiliser comme CU.

Pour plus de la moitié des femmes interrogées (58,50%), le remboursement intégral du DIU était un facteur incitatif majeur, plus important que le prix du DIU en lui-même.

On notait qu'une mise en place du DIU favoriserait l'apparition d'infection gynécologique pour 43,1% des participantes.

Des réponses libres ont été laissées et sont décrites en totalité en annexe 6, par rapport aux craintes de l'utilisation du DIU. On notait des items déjà décrits dans les propositions du questionnaire. Cependant, une réponse a été évoquée et était la suivante : « une réaction allergique, ou corps étranger ».

Concernant le côté économique, le prix ne semblait pas être un frein pour 46,1% des femmes mais 25,8% ne se sont pas positionnées sur la question.

Le remboursement ne paraissait également pas une contrainte pour 45,4% mais le nombre d'indécises était plus important (28,6%).

Annexe 4 : Verbatim des réponses libres de la Question 13, classées par leur réponse positive à la question 12 et ventilées par thème.

Information exhaustive		"Pour laisser le choix à la patiente ! C'est son corps et l'appréhension du stérilet et de la pilule du lendemain n'est pas la même … Certaines préféreront la pilule, d'autres le stérilet." "Avoir un libre choix de contraception et non une obligation." "Il est important de connaître toutes les contraceptions d'urgences possibles." "Ca permettra d'avoir le choix" "Les professionnels de santé doivent informer les femmes de toutes les possibilités qui s'offrent à elles, pour qu'elles puissent faire un choix." "Pour permettre à la patiente d'avoir conscience qu'elle a plusieurs choix" "Si cela peut être une alternative à la pilule du lendemain, je pense qu'il est bien d'informer la patiente sur ces deux options" "Pour qu'on ait un choix" "Pour laisser le choix ! C'est la patiente qui décide de ce qu'est le mieux pour elle. Merci je n'ai jamais été mise au courant qu'on pouvait avoir une pose de stérilet en urgence." "Pour proposer différents moyens mis à disposition, et laisser le choix à chacune" "Proposer les deux moyens pour que la patiente puisse choisir" "Pour que la patiente sache qu'elle a plusieurs possibilités, et qu'elle puisse avoir la possibilité de choisir ce qui lui convient le mieux" "Car il s'agit de deux solutions, et qu'il est important que les femmes sachent qu'il existe une alternative à la pilule du lendemain. Et que donc elles peuvent choisir ce qu'il leur convient le mieux, après discussion avec un professionnel de santé." "Pour informer sur toutes les possibilités et laisser libre choix à la

		patiente." "Oui, ceci, pour être pleinement informée de tout moyen de contraception d'urgence, et ainsi avoir le choix de ce qu'elle veut décider: - stérilet (méthode peut être plus naturelle) - pilule (méthode médicamenteuse)" "Favoriser au maximum l'information sur les différents méthodes de contraception pour éviter les IVG quand c'est possible." "Pour laisser le choix à la patiente entre la pilule du lendemain et la pose du stérilet. Et pour la possibilité de l'utiliser comme mode de contraception ensuite." "Car si c'est plus efficace et que ça peut se garder, c'est plus intéressant. De plus le choix est important." "Pour proposer différentes alternatives" "Que la patiente ait le choix" "Pour qu'elle soit au moins informée de cette possibilité. Libre à elle de décider par la suite." "Notre de corps de femme nous appartient. Nous avons le droit de savoir quelles sont les options médicales à notre disposition. Pour que la patiente ait le choix de sa contraception et qu'elle fasse un choix en tout connaissance des possibilités disponibles" "Pour proposer tous les modes de contraception d'urgence." "Oui, car une femme doit avoir le choix. On doit lui proposer les différentes options qui s'offrent à elle, mais elle doit pouvoir choisir la solution qui lui convient." "Importance d'informer sur plusieurs possibilités" "Toutes possibilité doivent être évoquées." "Pour que la patiente soit informée et fasse son choix." "Afin d'informer des possibilités de contraception d'urgence en dehors de la pilule du lendemain." "Il vaut mieux laisser le choix aux patientes en proposant tous les moyens de contraception possibles."

		"Parce qu'il faut savoir quelles sont les différentes options possibles" "Car c'est un moyen de contraception comme les autres. Il a sa place au même titre que la pilule." "Afin qu'elles choisissent en ayant connaissance des différentes méthodes" "C'est un autre moyen de contraception comme les autres, et cela peut répondre au besoin d'une femme." "Puisque deux solutions existent, il est important que la personne puisse choisir entre la pilule du lendemain et le stérilet." "Ça permet à la personne d'avoir le choix et de savoir qu'il existe plusieurs moyens de contraception d'urgence" "Pour lui laisser le choix" "S'il y a plusieurs moyens, il est logique de nous informer, sur ces différents moyens et de nous le proposer au même titre que la pilule du lendemain." "Pour être au courant de toutes les possibilités avant de choisir" "Possibilité d'avoir le choix" "C'est un moyen comme les autres de contraception d'urgence, chacun doit pouvoir choisir en connaissance de toutes les possibilités" "Cela permet de savoir qu'il y a d'autres alternatives, et d'avoir le choix." "Cela peut être envisagé comme une option pour laisser le choix à la patiente." "Pour avoir le choix" "Pour laisser le choix à la patiente." "La patiente aura le choix et le médecin lui apportera son conseil selon ses besoins et sa pathologie." "Pour le droit à l'information" "Libre choix du patient, avec les informations adaptées." "Il est important que les femmes aient connaissance de tout ce que l'on peut leur proposer pour choisir ce qu'il leur convient le mieux." "Les femmes doivent être au courant de toutes les possibilités dont elles disposent." "Pour avoir la

		possibilité de choisir" "Pour qu'elle se rende compte de tous les choix qui s'offrent à elle et qui lui correspondrait le mieux." "Au moins à titre informatif, pour donner ou laisser le choix" "C'est un moyen supplémentaire. Information en plus à donner auprès de la femme qui choisira d'elle-même ce qu'elle souhaite en lui expliquant les avantages et inconvénients" "Meilleure information ; plus complète." "Pour être plus libre de notre choix si on ne propose pas, on prend un choix qui n'en n'est pas réellement un." "Proposer l'ensemble des alternatives" "Pour qu'elles aient le choix" "Pour avoir connaissance de toutes les options et faire notre choix" "C'est à chacun de décider en connaissance de cause, de choisir le meilleur moyen de contraception." "A titre d'information, afin que la femme puisse connaitre toutes les possibilités qui s'offrent à elle." "C'est bon d'avoir le choix entre plusieurs contraceptions d'urgence." Informer du choix qu'elle a." "Libre choix, information sur les différents moyens contraceptifs d'urgence." "La femme doit être mise informée de toutes les possibilités qui s'offrent à elle. Ainsi elle a réellement le choix vis-à-vis de sa sexualité." "Il ne faut pas oublier d'informer sur toutes les options possibles" "Pour avoir plus de choix et de possibilités" "Au moins pour l'informer de cette possibilité et qu'elle puisse prendre une décision en connaissant toutes les possibilités qui s'offrent à elle." "Pour que la patiente ait le plus d'information possible sur les choix de contraception"

Avantages importants		"Car si prise quotidienne de pilule comme moyen de contraception, et oublis fréquents, moins bonne couverture contraceptive, intérêt d'avoir un moyen contraceptif plus fiable" "Si c'est plus efficace, moins cher et non douloureux pourquoi s'en priver." "Long terme, évite désagrément pilule." "Parait plus efficace que la pilule, et en plus ça permet d'avoir une contraception de longue durée après." "Méthode plus naturelle, et durable, complétement réversible si changement d'avis, ou si à la longue elle ne convient pas" "Moyen de contraception plus sûre qu'une pilule (risque d'oubli, et donc crainte plus fréquente qu'une grossesse non désirée). Pas d'hormone. Contraception sur le long terme" "Car le stérilet a une durée de 5 ans. Cela peut prévenir d'autres grossesses non désirées. Et soit diminuer le nombre d'avortement soit celui d'enfants non désirés" "Le stérilet cuivre permettrait de poursuivre son rôle de contraception préventive et limiter les situations de rapport à risque." "Efficacité du dispositif sur le long terme" "Contraception sur le long terme, et évite qu'il n'y ait un ou plusieurs autres accidents." "Le stérilet est un moyen de contraception à long terme. Du coup, éviction de nouveau risque de grossesse non désirée."" Effet plus long." "Parce que c'est une possibilité d'action." "Moins contraignant (pas d'oubli possible)" "Cela éviterait les grossesses non désirées" "J'aurai tendance à penser que c'est mieux que la pilule." "Permet plus qu'une contraception d'urgence." "Parce que le stérilet, il est fixe, et tu es protégée pour après." "Oui car le stérilet permet une contraception par la suite sans

		oubli" "Si le stérilet est gardé par la suite comme moyen de contraception afin d'éviter d'autres rapports non protégés." "Plus de réussite sur l'efficacité pour stopper une éventuelle grossesse non désirée. Moins d'effets secondaires que la pilule du lendemain. Moyen de contraception sur le long terme et sans hormones." "Le DIU cuivre permettrait d'éviter d'avoir recours régulièrement à la pilule du lendemain." "Proposition de contraception naturelle qui peut convenir (ou pas), peu onéreuse." "Il permet d'avoir une contraception et d'éviter que cela se reproduise." "Je pense que ce serait utile de le proposer, même si ce ne serait surement pas la contraception d'urgence numéro 1. Être informé, c'est bien et si la femme choisit le stérilet, il y aura encore moins de risque de grossesse, et c'est sûrement moins contraignant que de prendre la pilule. C'est un moyen de contraception que l'on propose peu aux jeunes femmes malheureusement." "Car son action peut continuer sur le long terme, après la pose et non seulement pour les urgences." "Si elles ne comptent pas avoir d'enfant dans les mois ou années à venir, il est tout aussi bien de proposer le stérilet, moi-même je pense bientôt en mettre un." " Moins d'effets secondaires que la pilule." "Cela permettrait d'avoir une contraception sur le long terme et d'éviter les accidents." "Contraception assurée par la suite" "Car si elle ne se protège pas la survenue d'une nouvelle grossesse est possible." "Évite les récidives de la situation, pratique car sur le long terme et non une solution de recours ponctuel." "Parce qu'on n'y pense pas forcément et

		que ça permet d'éviter, par la suite, d'avoir de nouveau besoin d'une contraception d'urgence." "Car c'est une méthode sûre et efficace." "entrée possible dans la démarche de contraception sur le long terme." "Le stérilet une fois posé peut être un moyen à conserver après l'usage d'urgence." "Moyen de contraception qui peut être maintenu ensuite." "Car efficacité plus longue ou plus efficace que pilule du lendemain." "Informer du choix qu'elle a." "Pour prévenir des prochains rapports non protégés, au moins une contraception est en place." "Cela est plus pratique et plus sûr." "Car cela éviterait une autre grossesse non désirée et sera donc une contraception." "Afin que la patiente soit informée de toutes les possibilités qui peuvent lui être proposées" "Cela permet d'avoir le choix d'une solution hormonale ou non, et le fait que cela permet de mettre en place une contraception "fixe"" "Pour certaines femmes n'ayant pas de contraception" "Moins de contre-indication que les hormones et plus de liberté pendant 5 ans. Moyen de contraception que l'on ne ressent pas. Il nous protège sans qu'on ait à s'en soucier." "Même en connaissant les différents moyens de contraception, toutes les spécificités ne sont pas connues, le stérilet peut être une contraception d'urgence puis une contraception tout court ce qui réduit le risque de récidive." "après un accident comme celui-là, une pose de stérilet peut être bien, tout dépend de la raison de l'accident bien sûr."

Augmenter l'information de l'existence du DIU		"C'est une proposition d'un mode de contraception peu connu comment contraception d'urgence à long terme." "Informer la femme de cette possibilité" "Car on ne connait pas beaucoup cette solution" "Méconnaissance du grand public" "C'est une alternative qui peut ne pas être connue par la patiente, et le médecin peut aider à rassurer face à la pose du stérilet." "Si tout aussi efficace, c'est une option supplémentaire." " "Car peu de personne le savent, (dont moi)" "Oui, car les femmes n'ont pas forcément connaissance de cette information." "Ne serait-ce pour savoir que cela existe" "Comme cela elle serait au courant. Avoir opportunité de choisir ce qui pourrait lui convenir." "Pour informer dans un premier temps, que le stérilet peut être une contraception d'urgence." "Cela reste le choix de la patiente, mais pour choisir il faut avoir l'information" "Pour être informée, avoir le choix, agir en connaissance de cause, transmettre l'information." "Il s'agit d'une solution possible méconnue, alors pourquoi ne pas la proposer ?" "Ce stérilet cuivre n'est pas une option connue par toutes les femmes alors qu'elle devrait en être informée." "Oui car c'est méconnu" "Cette option n'est pas forcément envisagé, par la patiente en premier lieu. Lui proposer peut l'amener à choisir une contraception d'urgence qui lui convient mieux." "Cela permettrait de faire connaitre ce moyen de contraception d'urgence." "Il est bon d'informer les gens des préventions disponibles" "Car cela se sait peu, et permet une contraception efficace et longue." "Si la solution existe, chaque patiente doit être informée pour être libre de choisir" " Le

		stérilet a l'avantage de ne pas avoir à penser à prendre tous les jours un comprimé comme la pilule normale et donc plus besoin de prendre la pilule du lendemain" "Ça existe donc autant être au courant." "Car beaucoup ne savent pas que ce n'est pas définitif" "Car c'est une contraception d'urgence mal connu du grand public."
Diminution de l'impact des hormones		"Limiter les hormones " "Car certaines femmes ne veulent pas d'hormones" "Pour l'impact moindre au niveau biologique (hormones)" "Avoir le choix de ne pas avoir à utiliser de la chimie." ""à mon avis moins chimique que la pilule car pas d'hormone donc plus naturel." "Pour les femmes qui refusent d'avoir des hormones et qui préfèrent une alternative avec des conséquences possiblement moins lourdes." "ne pas exposer aux hormones systématiques" "Pas d'hormones, Je pense qu'il faudrait privilégier ce stérilet afin d'éviter toutes ces hormones qui peuvent avoir des conséquences néfastes à mon goût"
Pas d'incitation		"Laisser le choix" "Libre choix de la personne" "Le choix doit revenir à la patiente" "Proposer sans "imposer"" "Laisser le choix à la personne" "Laisser le choix à la patiente." "Sans forcément inciter non plus, cela doit rester un choix libre à chacune, mais doit être expliqué, utilisé + intérêt." "Pour laisser le choix aux femmes" "c'est à la patiente de choisir." "On est tellement peu informée, les docteurs sont toujours pressés. Malheureusement pas toujours objectifs et neutres. Il faut vraiment s'affirmer et insister (pas toujours facile)." "Le libre choix de la patiente en toute connaissance" "Toute information est bonne à prendre mais il ne faut pas être incitatif dans la prise de décision du

		patient ou moralisateur." "Proposer sans obligation pour la suite. Expliquer et donner des informations." "Pour laisser le libre choix à la personne qui pourra alors demander le moyen de contraception qui lui semblera mieux pour elle"
Doute sur efficacité		" Pour moi le stérilet n'est pas une contraception d'urgence mais classique." "Je ne suis pas sûre que le stérilet soit efficace en cas d'urgence car le temps après la pose (retour des règles/pas de rapports/ suivi régulier) est trop long"
Méconnaissance individuelle		"Moi-même étonnée que cela pouvait éventuellement remplacer la pilule du lendemain. Informer le patient pour ce moyen de contraception, cela demande quelques minutes." "Manque de communication sur ce sujet. Il me semble important que les patientes puissent avoir le choix, sauf recommandations, particulières de la médecine (contre-indications particulières, grossesse, …)" "Trop méconnue comme solution (surtout pour les jeunes je pense). Et cette situation est l'occasion de la proposer." "On ne connait pas tout." "Je ne le savais pas." " Personnellement, je ne savais que cela était possible." "Personnellement, je ne savais et connaissais pas ce moyen." "On ne me l'a jamais proposé. J'ignorais que c'est possible avant mon IVG." "Je ne savais que c'est une contraception d'urgence" "Avant ce questionnaire, je n'aurais pas fait le lien entre stérilet et contraception d'urgence" "Oui car je n'étais pas au courant que le stérilet au cuivre pouvait servir de contraceptif d'urgence alors que j'en ai un. Cela doit être proposé au cas où et la prévention devrait

		être plus importante là-dessus car j'ai 19 ans et je ne le savais pas, et on ne m'en a jamais parlé." "Parce que cette solution m'était inconnue, donc informer sur cette possibilité + contraception sur le long terme." "Suite à une pose du stérilet en cuivre après une IVG, je n'avais pas connaissance de son efficacité en tant que contraception "normale". "Je ne savais pas que le stérilet pouvait être posé hors règles"
Interrogations		"Y a-t-il des effets indésirables dans les deux cas ?" "Si le délai d'action est plus long que la pilule du lendemain. Mais il y a notion de "règles" pour la pose d'un DIU ? (Début de cycle)"
En cas de récidive		"Pour éviter que cela se reproduise" "Car cela propose une contraception qui permet d'éviter une nouvelle grossesse à risque" "Éviter une nouvelle possible grossesse non désirée" " pourrait permettre aux femmes d'éviter d'autres grossesses non désirées" "Peut être une solution pour éviter une nouvelle "panique" car le DIU permet d'avoir une contraception sur le long terme." "Ça peut être un moyen pour mettre en place une contraception pour les personnes qui oublient souvent la pilule par exemple."
Réponse incomplète		"Parce que c'est information…"
Expériences personnelles		"Je l'ai eu pendant 5 ans et c'est très facile à porter. Pas de douleur mais surtout plus de question à se poser ("est-ce que j'ai oublié ma pilule ?")" "Personnellement, je n'ai pas été assez informée sur les moyens contraceptifs, au collège ou au lycée, et mes parents non

		plus. Donc plus on aura d'information, mieux ce sera, surtout lorsque l'on doit éviter la pilule en général, pour des soucis de circulation sanguine. Après la pilule du lendemain, j'ai eu des règles douloureuses, et je ne suis pas la seule malheureusement. Et cela est lié à une grande carence informative." "J'ai pris une pilule à l'ulipristal d'acetate 30mg (Ellaone) contraception d'urgence dans les 5 jours, il y a 2 mois et demi. Depuis, j'ai eu des effets indésirables, qui durent dans le temps (maux de ventre, tension mammaire et j'en passe). J'ai peut-être un kyste ovarien. J'espère ne pas avoir un cancer du sein à l'avenir. Pour moi il aurait mieux fait la pose d'un stérilet en cuivre plutôt que la prise de perturbateur endocrinien. Il est important de prioriser les stérilets, aux hormones je pense... Et ce très tôt car quand on a peur d'être tombé enceinte, ça nous tombe dessus et il faut être préparé au lieu de faire des bêtises." "Depuis que je l'ai, je suis tranquille, bouge pas, dérègle pas les règles, sûre de ne pas tomber enceinte après un rapport." "Il semble que le stérilet ait des avantages : la pilule est souvent préconisée après une contraception d'urgence, et cela m'est arrivé. Mais on ne m'a jamais parlé du stérilet." "Je prends actuellement la pilule et je l'ai oubliée plus d'une fois m'obligeant à prendre de nombreuses fois la pilule du lendemain. Je cherche maintenant à changer de mode de contraception et je pense passer au stérilet. J'aurais apprécié qu'on me propose cette solution bien avant"

Non systématique		"Tout dépend de la patiente et de sa situation" "La solution doit être proposée car méconnue mais pas de manière systématique"
Indécision		"En fait je n'ai pas d'avis particulier à ce sujet"

Annexe 5 : Verbatim des réponses libres de la Question 13, classées par leur réponse négative à la question 12 et ventilées par thème.

S'adapter à chaque femme		"Pas systématique, discussion, dialogue puis prise de décision" "Tout dépend de l'attente de la patiente, de son vécu et de ses croyances." "Car chaque femme est différente, et peu plus ou moins le supporter. Et il y a d'autres moyens de contraception." "Cela dépend de l'âge de la personne et de ses antécédents médicaux" "Parce qu'il peut provoquer des règles plus abondantes, avant la pose d'un stérilet, il faut bien connaitre son patient." "Voir en fonction du souhait de la patiente. Évaluer son cas pour lui proposer la solution la plus adaptée" "Pas pour une adolescente ou une jeune adulte qui n'a pas encore eu d'enfant." "Tout cela dépend de la demande du patient, contraception longue durée ou courte durée." "Contraception à adapter en fonction des antécédents de la patiente et de son âge." "Non car tout le monde ne veut pas de stérilet." "Dialoguer sur le mode de contraception le mieux adapté au style de vie des patientes." "Dans certaines situations, ne doit pas toujours convenir." "Je pense qu'il faut d'avantage le proposer aux personnes qui ont des rapports non protégés afin d'éviter l'utilisation abusive des pilules du lendemain, qui à ce que je sais n'est pas très conseillé pour plusieurs prises." "Ils

		doivent proposer des moyens adaptés à chaque patient" "Adapté selon les cas. Pas même motivation entre les adolescentes et les femmes" "Il faut savoir ce qui conviendrait à la personne" "Ne convient pas à tout le monde et peut faire peur rapport à la pilule du lendemain."
Mise en place plus complexe qu'une pilule du lendemain		"Délai pour poser le stérilet --> dernier jour des règles donc pour moi, trop tard en cas de nidation." "Je pense que la démarche est plus compliquée que de prendre une pilule du lendemain (rendez-vous, pose du stérilet, suivi …" "La pose est un acte médical pouvant aussi être douloureux. Il faut peut-être réfléchir en amont et insister sur la contraception normale (pilule, stérilet contraceptif, préservatif …). C'est bien cependant de pouvoir avoir aussi cette option." "Plus difficile à organiser" "Informer oui mais proposer systématiquement non, car c'est beaucoup plus contraignant je pense, plus que la pilule du lendemain, mais surtout selon l'âge de la patiente !" "Car cela nécessiterait d'abord un examen." "Avoir un rendez-vous pour une pose s'avère être long. (J'en ai un moi-même)" "Pour avoir eu recours à la pilule du lendemain, il me semble que l'urgence de la situation fait qu'on cherche une solution rapide, pas forcément à s'engager sur un nouveau type de contraception. De plus, vu les déserts médicaux, il est impossible d'obtenir un rendez-vous chez son médecin généraliste dans un délai raisonnable pour une contraception d'urgence." "Je pense que le stérilet demande plus de disponibilité en tant que de prendre une pilule du lendemain. Rendez-vous médecin et pharmacie (délai d'attente)." "Il peut le proposer mais c'est un acte qui peut faire

		mal. C'est plus facile de prendre la pilule du lendemain. Il faut en discuter pour éviter de prendre la pilule du lendemain et le faire poser plus tard." "Cela ne répond pas au besoin du patient et de plus il faut une consultation."
Impacts différents		"C'est plus fort comme contraception, cela implique plus de chose." "Le stérilet, c'est de la contraception longue durée. En mettre en urgence, augmenterait les risques de réactions allergiques ou autres, sur la patiente. Donc je ne pense pas que les professionnels de santé devraient le proposer en contraception d'urgence." "Je pense que la pose d'un stérilet est un choix qui doit être réfléchi, et non proposé dans l'urgence." "Beaucoup plus invasif" "C'est quand même pas la même démarche la prise d'une pilule ou la pose d'un stérilet." "Le stérilet est plus qu'une contraception d'urgence. La pose doit être réfléchie car elle peut avoir des conséquences différentes d'autres types de contraception." "Un stérilet doit être posé pour du long terme. Ce n'est pas un système qu'on enlève et remet comme bon nous semble." "Pose invasive, qui peut marquer une adolescente ou une jeune femme qui n'a pas réfléchi et mûri sa décision. Si l'utilisation d'une contraception d'urgence se répète, en discuter avec elle." "Intervention plus intrusive que pilule, et plus difficile de l'enlever donc solution qui doit être souhaitée sur au moins du moyen terme." "Le stérilet n'est pas la solution pour tout le monde car tout le monde ne le supporte pas bien. Le stérilet est à mon avis un peu spécial pour une première fois dans sa protection intime chez les jeunes." "La pose

		d'un stérilet est moins anodin que la prise d'une pilule. C'est une question de choix et de décision suite à une échange avec un professionnel de santé." "Le choix est toujours mieux mais le mot stérilet peut faire peur" " Le geste n'est pas anodin."
En défaveur du DIU au cuivre en général		"Je me demande si le cuivre est dangereux pour la santé. Si cela peut engendrer des maladies par la suite. Moi en tout cas, ce n'est pas ce que je prendrais en priorité." "Je suis contre le stérilet. Des amies ont des soucis. Il faut mieux rester à l'ancienne."
DIU non adapté selon les projets de grossesse dans un futur proche		"Le stérilet, quoique très efficace, est posé pour plus longtemps. Pas pour une semaine."
Ne pas influencer le choix		"Cela n'est pas obligatoire." "Proposer sans influencer le choix, la décision de la personne."
Méconnaissance, difficulté de réponse à cette question.		"Pas assez d'information sur le sujet" "Je ne connais pas différence entre les deux" "Tout dépend de l'urgence, mais moi je n'en ai jamais entendu parler. Alors qu'il m'est arrivé 2 fois dans ma vie d'avoir recourt à des pilules du lendemain." "Généralement, la pose d'un stérilet est utilisée pour les personnes qui ne souhaitent pas prendre la pilule et sa mise en place dure des mois. Un stérilet pour une contraception d'urgence, je ne connais pas. Pour quelques jours, c'est peut-être complexe, car ce n'est pas simple la pose d'un stérilet." "Je

		n'étais pas au courant que le stérilet pouvait faire office de pilule du lendemain, mes réponses ne seront surement pas d'une grande aide." "Je ne connais pas son fonctionnement, je ne peux donc me position sur cette réponse."
Systématique		"Les professionnels de santé doivent proposer toutes les solutions les plus adéquates à sa situation et qu'elles puissent prendre la décision qu'elles veulent" "Il devrait surtout informer de toutes les possibilités, les moyens de contraception existants." "Le professionnel devrait informer de tous types de contraception et explique les effets positifs et négatifs de chaque. Pas seulement les contraceptions (lendemain), pilule, préservatif et autres." "Chaque femme est libre de son corps et de ses choix. Le rôle des médecins est de nous aider à bien choisir, en nous expliquant toutes les solutions possibles. C'est à la femme qu'il revient ensuite de décider." "Il a ses avantages et ses inconvénients, il faut juste parler du stérilet et de la pilule. L'information est très importante." "Plusieurs possibilités, ne pas proposer que cette option." " Toutes personne doit être informée des différentes solutions dont elle dispose"
Autre contraception mieux adaptée		"Car il existe d'autre contraception très efficace" "Moins efficace que la pilule du lendemain. Si elle n'a pas le stérilet, il est trop tard."
Expérience personnelle		"Je n'ai pas supporté le mien, car mes règles n'arrêtaient plus. J'ai donc opté pour des ESSURE." "J'ai eu un stérilet cuivre pendant 9 mois. Je ne le supportais pas."

Information en amont		"Préférable à une grossesse non désirée, rien ne vaut une information en amont, expliquant les différents modes de contraception." "Car il ne protège pas des MST et que le rapport protégé doit être plus mis en avant dans la prévention des rapports sexuels."
Interrogation		"Pourquoi doit-elle changer de méthode de contraception ?"

Annexe 6 : Verbatim des réponses libres de la Question 11, ventilées par thème.

Dysménorrhées		"La peur des modifications des règles et la peur de la douleur pendant la pose" "Règles plus douloureuses et abondantes"
Corps étranger		"Corps étranger"
Manque accessibilité en urgence		"Le temps passé entre le rapport et le rendez-vous chez le gynécologue"
Trouble cutanée		"Dévoiler une acné hormonale qui était cachée par la pilule (si elle était le mode de contraception antérieure)"
Prise hormonale excessive		"Prise de poids et modification des règles"
Douleur lors de la mise en place		"Hormones libérées dans le corps"
Risque d'allergie		"Réaction allergique"
Risque infectieux		"Risque de vaginose augmentée avec le stérilet"
Expérience personnelle		Je porte des ESSURE, je n'ai pas à me plaindre. Pour moi c'était mieux que l'implant que j'avais avant.

Annexe 7 : Verbatim des réponses libres de la Question 12c, ventilées par thème.

Méfiance envers les médias		"Non pour les médias, ce n'est pas leur rôle de faire de la pub pour le stérilet." "Les médias ne sont pas une source sûre"
Population trop jeune au lycée		"Non par le service scolaire, car au lycée, c'est beaucoup trop jeune pour porter un stérilet."
Méconnaissance des propositions données		"Service universitaire, je ne sais même pas ce que c'est."
Moins grande portée des autorités de santé		"Autorités de santé = Moins d'impact" "Pour bien donner les bonnes informations par des vrais professionnels de santé"
Méconnaissance du sujet		"Parce que nous ne sommes pas forcément au courant que le stérilet peut être utilisé comme moyen de contraception d'urgence"
Expérience personnelle		"Oui car ayant moi-même un stérilet, je ne savais pas qu'il pouvait être posé comme contraception d'urgence"

SONNET Grégoire

Connaissances et opinion des femmes sur l'utilisation du Disposition Intra-Utérin au cuivre en contraception d'urgence

RÉSUMÉ

Introduction : Malgré une couverture contraceptive élevée, le nombre de grossesses non prévues reste important en France. Deux méthodes de contraception d'urgence (CU) coexistent: le dispositif intra-utérin (DIU) au cuivre et les pilules LEVONORGESTREL ou ULIPRISTAL D'ACETATE. Le DIU est largement moins employé malgré une meilleure efficacité par rapport aux méthodes orales.
Objectif : Explorer les connaissances et l'opinion des femmes de 18 à 50 ans à propos du DIU au cuivre en contraception d'urgence et identifier les motivations et freins à cette utilisation.
Méthode : Etude quantitative par questionnaire papier, avec des questions fermées à choix multiples, mis en libre accès dans plusieurs centres médicaux et centres de planification et d'éducation familiale du Maine-et-Loire, de septembre à décembre 2019.
Résultats : Quatre cent trente-quatre (434) questionnaires ont été inclus. Trente et un pourcent (31%) des femmes déclaraient connaitre le DIU au cuivre en CU, mais seulement 4,1% ont répondu correctement pour les deux seules méthodes recommandées en pratique. Quatre-vingts un pourcent (81%) ne connaissent pas le délai d'utilisation maximum du DIU en CU. La possibilité de maintenir le DIU comme contraception régulière après une mise en place en urgence était une motivation à son usage pour 80% des femmes. Plusieurs freins étaient évoqués : la crainte de l'infection génitale (53%), la douleur lors de la pose du DIU (83,2%), la peur de sentir le DIU lors des rapports sexuels (73,5%) et la modification des règles (62,2%). La nulliparité n'était pas une contre-indication pour 62% des répondantes. Une grande majorité (94,5%) était favorable à une information à propos du DIU en CU. La mise en place d'une information systématisée est souhaitée par 56% des femmes.
Conclusion : L'indication du DIU au cuivre en CU était peu connue par les femmes. Des avantages à son utilisation semblaient les intéresser. Des freins à sa mise en place persistaient. Inclure une information sur ce sujet dans notre pratique courante était majoritairement bien perçu et pourrait être un des moyens possibles à proposer dans la prise en charge globale de la réduction des grossesses non prévues.

Mots-clés : Dispositif Intra-Utérin, contraception d'urgence, connaissance, opinion, information, médecin généraliste, gynécologue, sage-femme

Women's knowledge and opinion about Copper Intra-Uterine Device as emergency contraception

ABSTRACT

Introduction: Unintended pregnancies remains important in France, despite high contraceptive coverage. Two methods of emergency contraception (EC) exist: Copper Intrauterine Device (IUD) and LEVONORGESTREL and ACECATE ULIPRISTAL pills. IUD is rarely used despite better efficiency compared to oral methods.
Objective: Explore knowledge and opinion among women, aged 18 to 50, about copper IUD as emergency contraception and identify the motivations and obstacles to its use.
Method: Quantitative survey by printed multiple choices questionnaires with closed-ended questions, distributed in several medical centers and planned parenthood centers, in Maine-et-Loire, in France, from September to December 2019.
Results: Data from 434 women's questionnaires were analyzed. Thirty-one percent (31%) declared to know IUD as EC but only 4.1% answered correctly for the only two methods recommended. Eighty-one percent (81%) didn't know the time limit to use the IUD. The Copper IUD as regular contraception after an emergency use, would be a motivation for 80% of women to its use. Several obstacles and fears were mentioned: the fear of genital infection (53%), pain during the insertion of the IUD (83.2%), apprehension of feeling the IUD during sexual intercourse (73.5%), and modification of menstruation (62.2%). Nulliparity was not a contraindication for 62% of the respondents. A vast majority (94.5%) were in favor of information about the IUD as EC. Setting up a systemized information was desired by 56% of women.
Conclusion: Women's knowledge about IUD as EC were limited. We noted that benefits of its use seemed to interest women, but obstacles and fears persisted. Including information about this subject was mostly well-received. This might be one of the solutions to offer to reduce unintended pregnancies.

Keywords : intra-uterine device emergency contraception, knowledge, opinion, information, general practitioner, gynecologist, mid-wife.

FACULTÉ DE SANTÉ
UNIVERSITÉ D'ANGERS