

UNIVERSITÉ D'ANGERS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2014

N°.....

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en : MEDECINE GENERALE

Par

Fanny ROUSSEL BUREAU

Née le 14/05/1986 à CROIX

Présentée et soutenue publiquement le : 26 Mars 2014

***CONNAISSANCES DES FEMMES EN AGE DE PROCREER
SUR LES DISPOSITIFS INTRA-UTERINS
EN SARTHE ET EN MAINE ET LOIRE EN 2012***

Président : Monsieur le Professeur SENTILHES Loïc

Directeur : Madame le Professeur BARON Céline

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ANGERS

Doyen
Vice doyen recherche
Vice doyen pédagogie

Pr. RICHARD
Pr. PROCACCIO
Pr. COUTANT

Doyens Honoraires : Pr. BIGORGNE, Pr. EMILE, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. SAINT-ANDRÉ

Professeur Émérite : Pr. Gilles GUY, Pr. Jean-Pierre ARNAUD

Professeurs Honoraires : Pr. ACHARD, Pr. ALLAIN, Pr. ALQUIER, Pr. BASLÉ, Pr. BIGORGNE, Pr. BOASSON, Pr. BOYER, Pr. BREGEON, Pr. CARBONNELLE, Pr. CARON-POITREAU, Pr. M. CAVELLAT, Pr. COUPRIS, Pr. DAUVER, Pr. DELHUMEAU, Pr. DENIS, Pr. DUBIN, Pr. EMILE, Pr. FOURNIÉ, Pr. FRANÇOIS, Pr. FRESSINAUD, Pr. GESLIN, Pr. GROŚIEUX, Pr. GUY, Pr. HUREZ, Pr. JALLET, Pr. LARGET-PIET, Pr. LARRA, Pr. LE JEUNE, Pr. LIMAL, Pr. MARCAIS, Pr. PARÉ, Pr. PENNEAU, Pr. PENNEAU-FONTBONNE, Pr. PIDHORZ, Pr. POUPLARD, Pr. RACINEUX, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. RONCERAY, Pr. SIMARD, Pr. SORET, Pr. TADEI, Pr. TRUELLE, Pr. TUCHAIS, Pr. VERRET, Pr. WARTEL

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie
ASFAR Pierre	Réanimation médicale
AUBÉ Christophe	Radiologie et imagerie médicale
AUDRAN Maurice	Rhumatologie
AZZOUZI Abdel-Rahmène	Urologie
BARON Céline	Médecine générale
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; Transfusion
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BEAUCHET Olivier	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BONNEAU Dominique	Génétique
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie
CALÈS Paul	Gastroentérologie ; hépatologie
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie
COUTANT Régis	Pédiatrie
COUTURIER Olivier	Biophysique et Médecine nucléaire
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
de BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
DIQUET Bertrand	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
FANELLO Serge	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie
FURBER Alain	Cardiologie
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie
GARNIER François	Médecine générale
GARRÉ Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes

GINIÈS Jean-Louis
GOHIER Bénédicte
GRANRY Jean-Claude
GUARDIOLA Philippe
HAMY Antoine
HUEZ Jean-François
HUNAUT-BERGER Mathilde
IFRAH Norbert
JEANNIN Pascale
JOLY-GUILLOU Marie-Laure
LACCOURREYE Laurent
LASOCKI Sigismond
LAUMONIER Frédéric
LE JEUNE Jean-Jacques
LEFTHÉRIOTIS Georges
LEGRAND Erick
LEROLLE Nicolas
LERMITE Emilie
LUNEL-FABIANI Françoise
MALTHIÉRY Yves
MARTIN Ludovic
MENEI Philippe
MERCAT Alain
MERCIER Philippe
NGUYEN Sylvie
PICHARD Eric
PICQUET Jean
PODEVIN Guillaume
PROCACCIO Vincent
PRUNIER Fabrice
REYNIER Pascal
RICHARD Isabelle
RODIEN Patrice
ROHMER Vincent
ROQUELAURE Yves
ROUGÉ-MAILLART Clotilde
ROUSSEAU Audrey
ROUSSELET Marie-Christine
ROY Pierre-Marie
SAINT-ANDRÉ Jean-Paul
SENTILHES Loïc
SUBRA Jean-François
URBAN Thierry
VERNY Christophe
WILLOTEAUX Serge
ZANDECKI Marc

Pédiatrie
 Psychiatrie
 Anesthésiologie-réanimation
 Hématologie ; transfusion
 Chirurgie générale
 Médecine générale
 Hématologie ; transfusion
 Hématologie ; transfusion
 Immunologie
 Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
 Oto-rhino-laryngologie
 Anesthésiologie-réanimation
 Chirurgie infantile
 Biophysique et médecine nucléaire
 Physiologie
 Rhumatologie
 Réanimation médicale
 Chirurgie générale
 Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
 Biochimie et biologie moléculaire
 Dermato-vénéréologie
 Neurochirurgie
 Réanimation médicale
 Anatomie
 Pédiatrie
 Maladies infectieuses ; maladies tropicales
 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
 Chirurgie infantile
 Génétique
 Cardiologie
 Biochimie et biologie moléculaire
 Médecine physique et de réadaptation
 Endocrinologie et maladies métaboliques
 Endocrinologie et maladies métaboliques
 Médecine et santé au travail
 Médecine légale et droit de la santé
 Anatomie et cytologie pathologiques
 Anatomie et cytologie pathologiques
 Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
 Anatomie et cytologie pathologiques
 Gynécologie-obstétrique
 Néphrologie
 Pneumologie
 Neurologie
 Radiologie et imagerie médicale
 Hématologie ; transfusion

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNAIX Claude

Biophysique et médecine nucléaire

ANNWEILER Cédric	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie
BELIZNA Cristina	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BOUTON Céline	Médecine générale
CAILLIEZ Éric	Médecine générale
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie
CASSEREAU Julien	Neurologie
CHEVAILLER Alain	Immunologie
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire
CONNAN Laurent	Médecine générale
CRONIER Patrick	Anatomie
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie
de CASABIANCA Catherine	Médecine générale
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Nutrition
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; Transfusion
HINDRE François	Biophysique et médecine nucléaire
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire
LERMITTE Emilie	Chirurgie Générale
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire
LOISEAU-MAINGOT Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
MARCHAND-LIBOUBAN Hélène	Biologie cellulaire
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
MESLIER Nicole	Physiologie
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie
PAPON Xavier	Anatomie
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et Imagerie médicale
PELLIER Isabelle	Pédiatrie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire
PUISSANT Hugues	Génétique
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques
SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion
TURCANT Alain	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique

COMPOSITION DU JURY

Président du jury :

Monsieur le Professeur SENTILHES Loïc

Directeur de thèse :

Madame le Professeur BARON Céline

Membres du jury :

Madame le Professeur BARON Céline

Madame le Professeur JOLY-GUILLOU Marie-Laure

Madame le Docteur PLARD-DUGAS Céline

Remerciements

A Mr le Professeur SENTILHES, je vous remercie de me faire l'honneur d'assurer la présidence de ce jury.

A Mme le Professeur BARON qui a accepté de diriger ma thèse, je vous remercie de vos conseils constructifs qui m'ont permis de mener à bien ce travail.

A Mme le Docteur PLARD et Mme le Professeur JOLY-GUILLOU, merci de participer à ce jury et de l'intérêt porté à mon travail.

A Olivier, merci pour ta patience, ton amour et ton soutien.

A Manon, pour tes sourires et ta joie de vivre.

LISTE DES ABBREVIATIONS

AINS: Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens

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

DIU: Dispositif Intra-Utérin

DIU-LNG : Dispositif Intra-Utérin au Levonorgestrel

GEU: Grossesse Extra-Utérine

HAS: Haute Autorité de Santé

INED: Institut National des Etudes Démographiques

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

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IVG: Interruption Volontaire de Grossesse

MG : Médecin Généraliste

MIP: Maladie Inflammatoire Pelvienne

MT : Médecin Traitant

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

PLAN

Introduction.....	9
Matériel et Méthode	11
Résultats.....	12
Discussion.....	25
Conclusion	33
Bibliographie.....	35
Table des matières.....	40

INTRODUCTION

Le dispositif intra-utérin (DIU) est en 2007 le deuxième moyen de contraception au monde (23%) chez les couples mariés ayant une contraception, après la stérilisation (37%). Il est majoritairement utilisé en Chine (46% des couples en 2005) au Proche-Orient, en Afrique du Nord, au Vietnam et en Europe de l'Est (1).

En France, tout âge confondu, le DIU est le second moyen de contraception le plus utilisé après la pilule. En 2010, 26% des femmes utilisant une contraception déclaraient utiliser le DIU d'après l'INPES, soit 21% des femmes en âge de procréer selon l'étude Fecond (2,3). Il est en premier lieu choisi par les femmes plus âgées (à partir de 45 ans) et par celles dont le nombre d'enfants souhaité est atteint (2,3). Selon l'étude Fecond de 2010, parmi les femmes de 15 à 49 ans, 1,3 % de nullipares utilisent ce moyen de contraception, 20% des femmes ayant eu 1 enfant, et 40% des femmes en ayant 2 ou plus (3).

Dans l'étude nationale Epilule de 2003, 76% des femmes en âge de procréer et 68,3% des 42 ans et plus, ayant consulté un médecin généraliste du réseau Epi (réseau national de médecins généralistes) s'estiment correctement ou parfaitement informées sur la contraception (4).

Malgré cela, l'enquête de l'INPES menée en 2007 auprès des français de 15 à 75 ans, montre que 7% d'entre eux ne connaissent pas le DIU et que 50% de la population interrogée est persuadée qu'il faut déjà avoir eu un enfant pour l'utiliser (5). Cette dernière croyance est retrouvée chez 54% des femmes en âge de procréer en 2010 dans l'étude FECOND alors que le DIU a l'AMM chez les nullipares depuis 2004 (3,6).

Comme le suggèrent les diverses questions vis-à-vis du DIU, relatées dans le livre de Martin WINCKLER, les autres a priori sont nombreux en France (7).

Ces croyances fausses qui persistent dans l'opinion publique peuvent être des freins importants à l'utilisation du DIU et conduire au choix d'une contraception inadaptée aux conditions de vie sociales, affectives et sexuelles. Cette inadaptation participe en partie aux échecs contraceptifs et donc aux grossesses non désirées, dont 62 % aboutissent à une interruption volontaire de grossesse (IVG). D'après l'étude Cocon, 72 % des femmes ayant recours à l'IVG utilisaient une contraception (8).

Le nombre d'IVG en France compte parmi les plus importants d'Europe occidentale. L'INED en a recensé 210 000 en 2011 (9). Ce nombre reste stable depuis 1975, avec un taux oscillant

autour de 14 avortements annuels pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans, soit environ 200 000 chaque année (8).

Nous avons voulu savoir quelles sont les connaissances des femmes sur le DIU, en Sarthe et en Maine et Loire, afin de savoir s'il est nécessaire de mieux les informer lors de l'accompagnement dans leurs choix contraceptifs.

MATERIEL ET METHODE

Notre étude quantitative a été menée auprès des femmes de 15 à 50 ans, par l'intermédiaire d'un questionnaire (annexe 1).

Le recrutement a été fait parmi des femmes venant consulter des médecins généralistes en zone rurale (Vibraye, Sarthe), semi rurale (Brette-les-Pins, Sarthe) et urbaine (Angers centre), et un médecin de centre de planification (hôpital du Mans). Ceci a permis de ne pas sélectionner que les suivis spécialisés.

Le questionnaire explorait les caractéristiques de la patiente : âge, parité, antécédents de contraception, suivi gynécologique. Des questions fermées interrogeaient les connaissances sur le DIU, en référence au livre de Martin WINCKLER sur la contraception, auxquelles il fallait répondre par « vrai », « faux » ou « ne sait pas » (7). Pour chacune d'elles, devaient être précisées les sources d'information parmi les propositions qui étaient basées sur celles retrouvées dans l'enquête de l'Institut BVA de 2007 (10). Il proposait de faire un commentaire libre, afin de collecter d'autres idées reçues. Les secrétaires étaient chargées, d'avril à juin 2012, de le distribuer à toutes les femmes de la tranche d'âge ciblée et de le récupérer aussitôt après son remplissage.

Les résultats ont été analysés statistiquement dans le but de faire un état de lieux des connaissances. Celles-ci ont été étudiées en lien avec les caractéristiques de la femme : l'âge, la parité, l'utilisation antérieure ou actuelle du DIU. Elles l'ont également été avec la spécialité du professionnel de santé effectuant le suivi gynécologique, ainsi qu'avec les différentes sources d'information.

La saisie des données et les diagrammes ont été réalisés à l'aide du logiciel « Microsoft Excel 2013 ». L'analyse statistique des données a été effectuée en s'appuyant sur les tests statistiques (Chi 2 et Fisher) du logiciel internet « BiostaTGV ». Nous avons fixé le seuil de significativité à 5%.

RESULTATS

I. Informations générales sur notre population

A. Caractéristiques de la population

1) Age

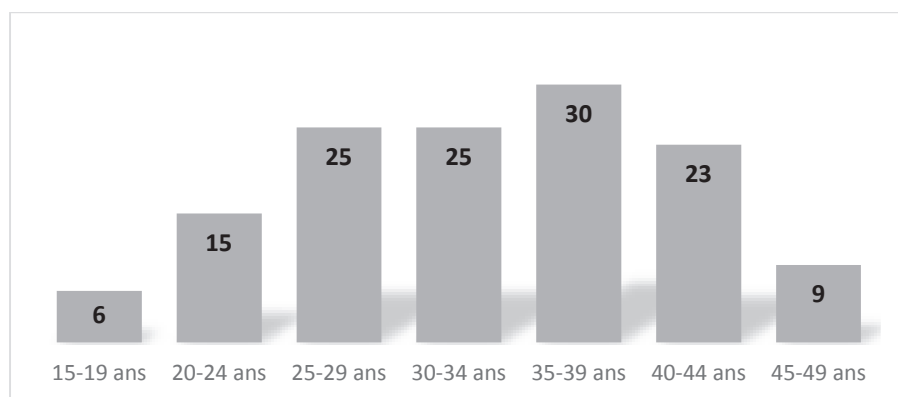


Figure 1 : Répartition de la population par tranches d'âge en valeur absolue

La moyenne d'âge était de 33ans et la médiane de 34 ans.

2) Parité

Le nombre moyen d'enfants par femme était de 1.51 et la médiane de 2.

3) Moyens de contraception utilisés

a) Contraception en cours

85 % des femmes avaient une contraception. Parmi elles, 57% utilisaient la pilule et 35% le DIU. Les autres moyens utilisés représentaient 6%.

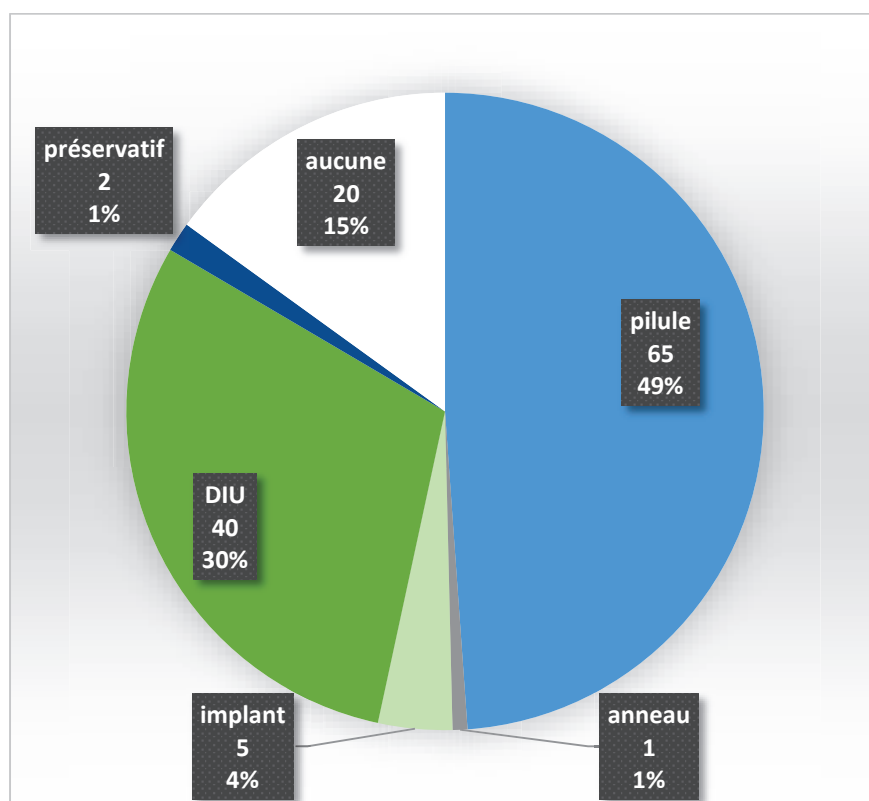


Figure 2 : Répartition des moyens de contraception

Les diagrammes suivants représentent la répartition des moyens de contraception en fonction des caractéristiques de la population, que sont l'âge et la parité.

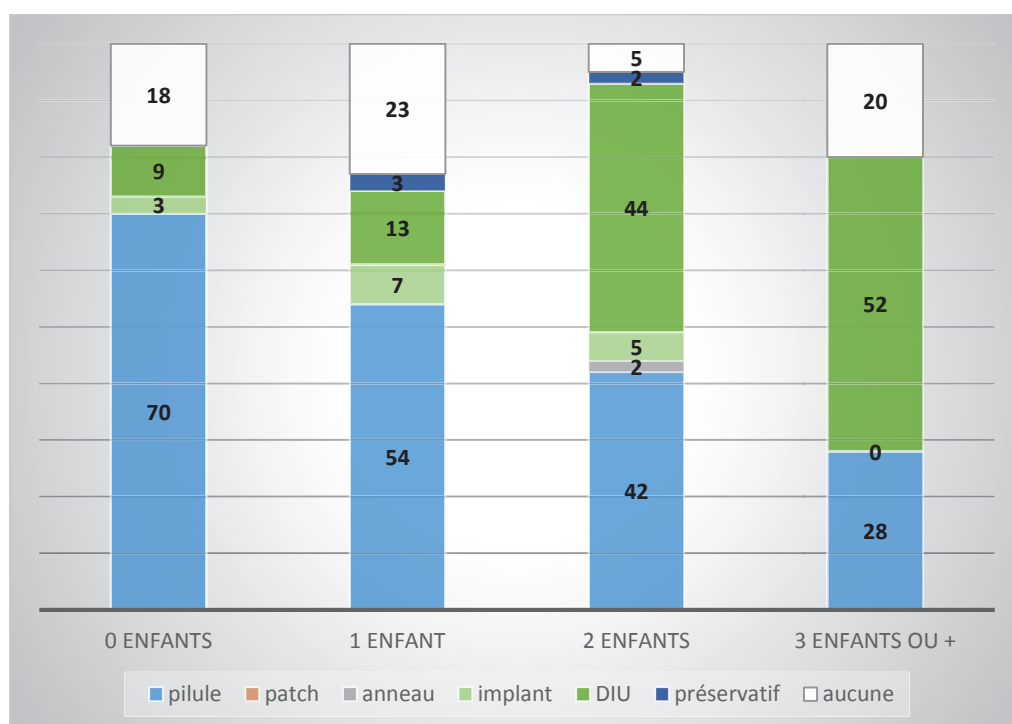


Figure 3 : Répartition en pourcentages des moyens de contraception en fonction de la parité

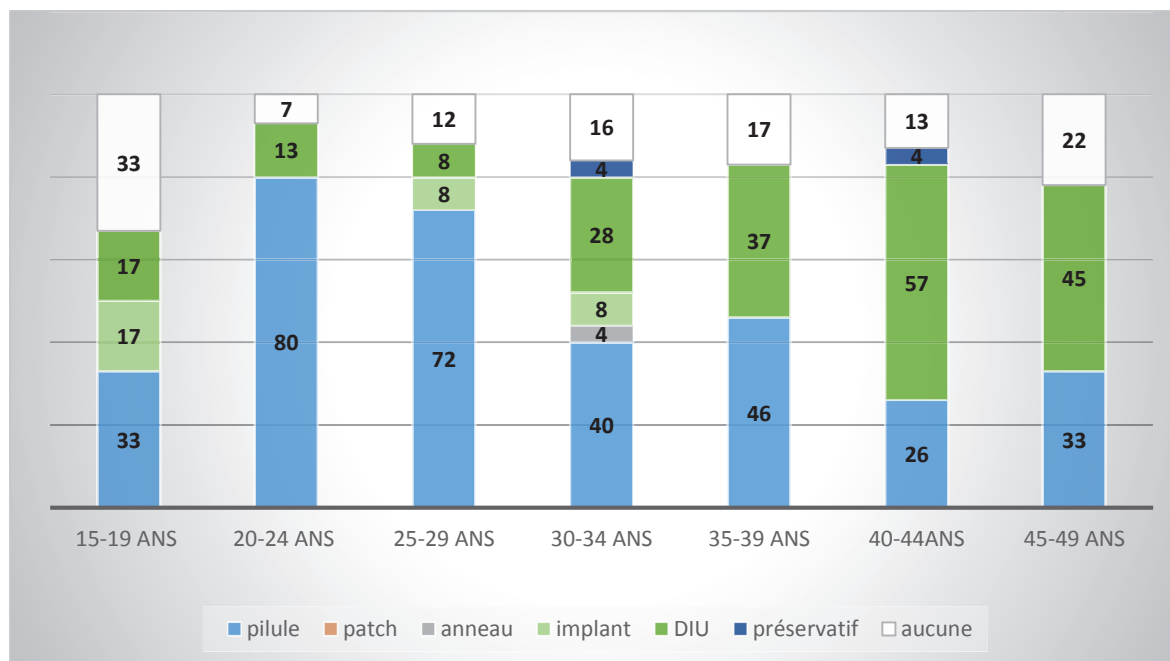


Figure 4 : Répartition en pourcentage des moyens de contraception en fonction de l'âge

b) Expérience du DIU

40 % des femmes avaient déjà expérimenté le DIU.

La moyenne d'âge de ces femmes était de 36 ans.

4) Suivi gynécologique

a) Prévalence

88% de notre population avait un suivi gynécologique.

b) Professionnel assurant le suivi

• Professionnel du suivi

Parmi les femmes suivies gynécologiquement, 54 l'étaient par un médecin généraliste , 59 par un gynécologue , 4 par ces deux professionnels.

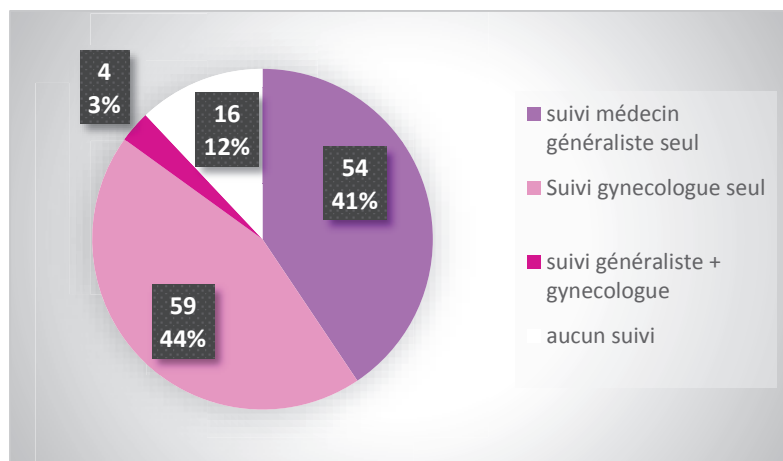


Figure 5 : Professionnel assurant le suivi gynécologique

- Contraception en fonction du professionnel

Parmi les femmes suivies par un généraliste uniquement, 13% portaient un DIU.

Parmi les femmes suivies par un gynécologue uniquement, 49% portaient un DIU.

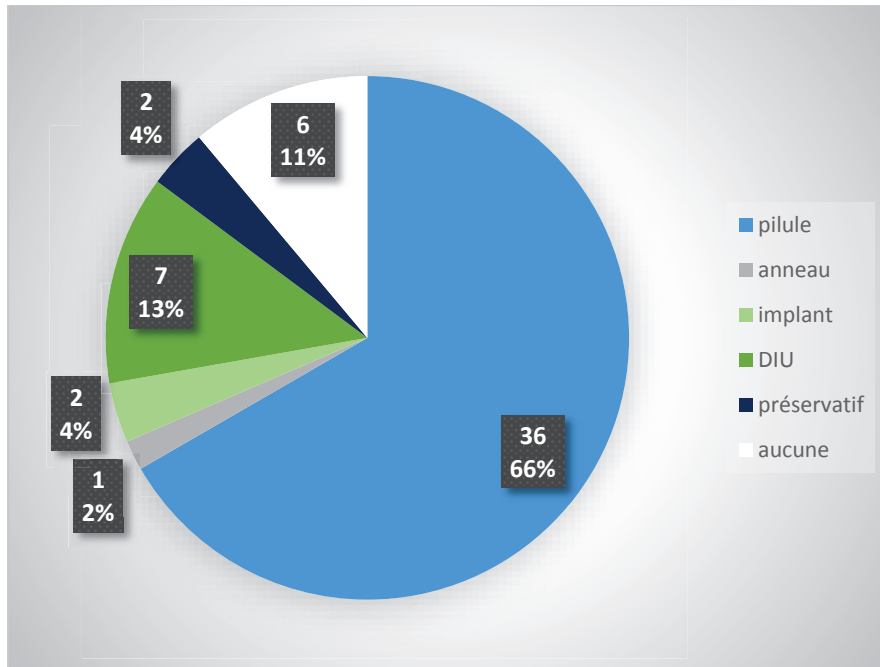


Figure 6 : Moyens de contraception utilisés par les femmes suivies par un médecin généraliste seul

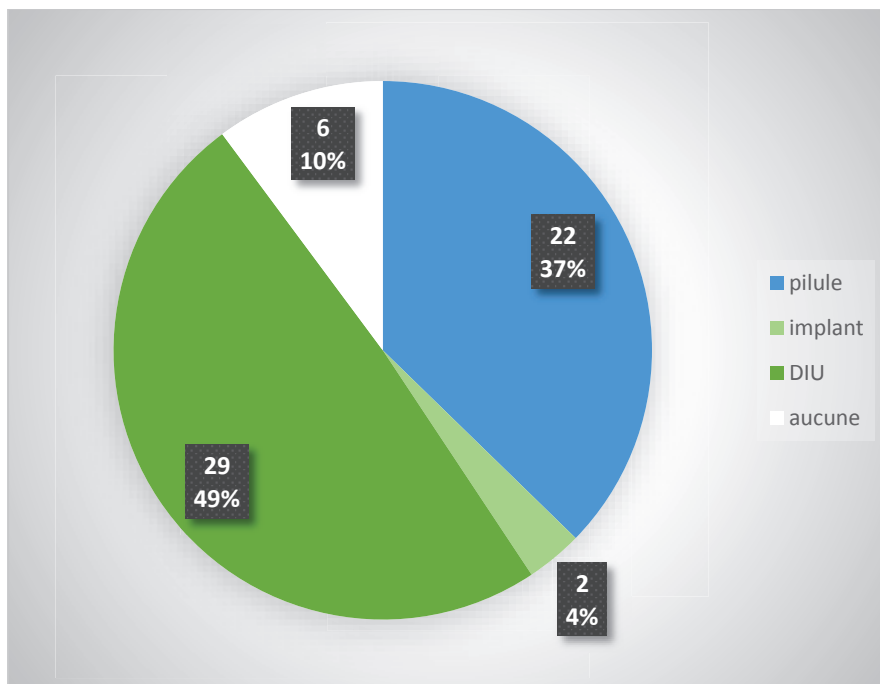


Figure 7 : Moyens de contraception utilisés par les femmes suivies par un gynécologue seul

B. Caractéristiques des porteuses de DIU

La moyenne d'âge des femmes utilisant le DIU était de 37 ans. 70% d'entre elles avaient plus de 35 ans.

7% étaient des nullipares, 10% avaient un enfant, 83% en avaient deux ou plus.

95% avaient un suivi gynécologique, assuré à 73% exclusivement par un gynécologue, à 17% par un médecin généraliste seul et à 5% par les deux professionnels.

II. Connaissances sur le DIU

A. Résultats

1) Connaissances globales

Tableau I : Pourcentages de « ne sait pas », bonnes et mauvaises réponses et absence de réponses pour chaque question (sont surlignés en gras les chiffres supérieurs à la moyenne)

	bonnes réponses en %	mauvaises réponses en %	"ne sait pas" En %	Absence de réponse en %
Q1	51	8	41	0
Q3	46	7	47	0
Q4	23	2	75	0
Q5	47	2	50	1
Q6	48	8	44	0
Q7	31	35	34	0
Q8	57	11	32	0
Q9	62	12	25	1
Q10	23	14	62	1
Q11	71	11	17	1
Q12	8	44	46	2
Q13	59	5	34	2
<i>Moyenne</i>	44	13	42	1

Les femmes ont eu en moyenne 44% de bonnes réponses sur les 12 questions, 42% de « ne sait pas » et 13% de mauvaises.

2) Taux de bonnes réponses supérieur à la moyenne

-A la question 11 « le stérilet peut blesser le partenaire lors des rapports », 71% ont dit que c'était faux.

En effet le DIU est placé dans l'utérus. Seuls les fils coupés court dépassent dans le vagin et ne peuvent pas blesser le partenaire. Il est néanmoins possible de les ressentir. Si c'est le cas et que cela le gêne, le médecin peut raccourcir les fils.

-62 % des femmes savaient qu'on peut poser un DIU chez une femme n'ayant jamais eu d'enfants (question 9).

L'utilisation du DIU chez la nullipare est classée dans la catégorie 2 de l'OMS, c'est-à-dire qu'elle correspond à une méthode utilisable d'une manière générale, « les bénéfices du DIU l'emportant généralement sur les risques théoriques ou avérés » (11).

Les recommandations actualisées de l'HAS en 2013 confirment que les DIU peuvent être proposés aux femmes, quelles que soient la parité et la gestité. Les DIU sont utilisables chez l'adolescente ne présentant pas de contre-indications (en particulier malformations utérines, infections en cours ou saignements inexplicables), après avoir évalué et écarté un risque infectieux (rechercher une infection à *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae* avant la pose). Certains dispositifs de plus petite taille sont mieux adaptés pour elles (12).

-Concernant le retour à la fertilité après un DIU, 59% d'entre elles pensaient qu'il n'y a pas plus de difficultés à concevoir après avoir eu un DIU (question 13).

Quand une grossesse est envisagée, le DIU peut être retiré à n'importe quel moment du cycle. Les délais de recouvrement de la fertilité ou de conception suite au retrait sont plus élevés que pour l'utilisation des seules méthodes barrières mais semblent comparables à ceux observés pour la contraception orale, y compris chez les nullipares (niveau de preuve 2) (13).

De nombreuses études de cohorte non comparatives portant sur la grossesse suite au retrait d'un DIU ont été identifiées dans la littérature. Elles rapportent des taux variant de 72 à 92 % un an après le retrait, de 78 à 100 % deux ans après le retrait et de 92,4 à 100 % trois ans après le retrait. Ces chiffres variaient en fonction de l'âge des femmes, de la durée d'utilisation du DIU et des antécédents de maladie inflammatoire pelvienne (MIP) (14).

Il n'y a pas de différence de délai après port d'un DIU au cuivre ou d'un DIU au Levonorgestrel (DIU-LNG) et celui de la population générale (15).

Les rares difficultés à concevoir un enfant après un DIU sont dues non pas au dispositif, mais à une anomalie antérieure ou à une infection gynécologique contractée par l'homme ou la femme déterminante dans la genèse de l'infertilité.

-57% de notre population savait que le tampon peut être utilisé chez une porteuse de DIU (question 8).

- Concernant les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), 51% ont répondu qu'ils n'étaient pas contre-indiqués avec le DIU (question 1).

En effet, contrairement à une croyance française, ceux-ci ne sont pas contre-indiqués chez les porteuses de DIU. L'effet anti-inflammatoire local du DIU n'a pas été prouvé, et des études ont montré que la prise d'AINS ne constitue absolument pas un facteur de risque d'échec de cette contraception (16).

- 48% des femmes interrogées ne craignent pas de malformation du bébé nés suite aux grossesses sur DIU (question 6).

La fréquence des malformations chez les enfants conçus malgré la présence d'un DIU est la même chez les enfants conçus sans contraception (7).

Par contre une étude confirme que les grossesses sur DIU sont des grossesses à risque, nécessitant un suivi en milieu spécialisé (rupture prématurée des membranes, accouchement prématuré, chorioamniotites). Il semble cependant probable qu'un retrait très précoce du DIU serait associé à un risque moindre (17).

-Le risque de perforation lors de la pose n'était pas considéré comme fréquent pour 47% de notre population (question 5).

C'est effectivement une complication rare. L'incidence est d'environ 1 pour 1000 (18).

Les facteurs de risque de perforation lors de la pose sont une position très anté ou rétro versée de l'utérus, l'inexpérience ou la maladresse de l'opérateur, la période post-partum et l'allaitement (19).

- Le DIU ne favorise pas les infections génitales de l'avis de 46% des femmes (question 3).

Même si le risque de MIP lié à la pose est avéré, sa survenue est essentiellement limitée aux trois semaines qui suivent l'insertion (niveau de preuve 2). Il pourrait être plus élevé pour les femmes ayant des facteurs de risque infectieux (notamment certaines IST, infection génitale haute en cours ou récente, âge < 25 ans, partenaires multiples) (niveau de preuve 4). Cet aspect souligne la nécessité de réaliser son insertion en respectant des conditions d'hygiène rigoureuses et après évaluation du risque infectieux c'est-à-dire après recherche d'une infection à *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae* (20,21).

3) Taux de mauvaises réponses supérieur à la moyenne

-44 % des femmes pensaient à tort qu'il faut attendre le retour des règles après un accouchement ou une IVG avant de pouvoir poser un stérilet (question 12).

➤ Délais après une IVG :

D'après les recommandations de l'OMS de 2005, la pose d'un DIU au cuivre ou d'un DIU-LNG est possible immédiatement après un avortement pratiqué dans le premier trimestre de gestation. Si l'avortement intervient au cours du deuxième trimestre de gestation, la femme peut généralement se faire poser un DIU au cuivre ou un DIU-LNG immédiatement après l'intervention (sauf si avortement septique) (22).

Les recommandations de l' HAS 2013 précisent que les DIU sont utilisables après une IVG (chirurgicale ou médicamenteuse) en l'absence de contre-indications (en particulier malformations utérines, infections en cours ou saignements inexpliqués), après avoir évalué et écarté un risque infectieux. Quel que soit le DIU, il peut être mis en place immédiatement au décours de l'aspiration après une IVG chirurgicale (sauf en cas d'épisode infectieux) ou lors de la visite de contrôle après une IVG médicamenteuse si la vacuité utérine à l'échographie est constatée ou si le dosage de bêta-hCG plasmatiques est négatif. En cas de doute, le DIU est posé lors des règles suivantes (dans ce cas, une autre contraception doit être utilisée dans l'intervalle) (23).

➤ Délais en Post-partum :

D'après les recommandations de l'OMS de 2005 et celles de l'HAS en 2013, la femme en post partum qui allaite ou non (y compris après une césarienne) (24,25) :

- peut en général se faire poser un DIU au cuivre moins de 48 heures après l'accouchement mais ce n'est pas d'usage courant en France.
- De 48 heures à moins de 4 semaines après l'accouchement, l'utilisation du DIU au cuivre ou du DIU-LNG n'est habituellement pas recommandée, sauf en l'absence d'autres méthodes acceptables plus appropriées. (Situation hors AMM pour le DIU au LNG : délai requis de 6 semaines pour la pose après l'accouchement).
- Si l'accouchement remonte à 4 semaines ou plus, et que les règles sont revenues ou que la femme présente une aménorrhée mais que l'on a de bonnes raisons de considérer qu'elle n'est pas enceinte, elle peut se faire poser un DIU au cuivre ou DIU-LNG.

En cas de septicémie puerpérale, ne pas poser de DIU au cuivre ni DIU-LNG.

Il faut évaluer et écarter un risque infectieux avant la pose.

-35% des femmes pensaient qu'on ne peut pas perdre le DIU (question 7).

Mais ce risque existe. Il varie de 1 à 7 % en fonction des études, des DIU et du groupe de femmes étudiées. Les expulsions surviennent en général les trois premiers mois après l'insertion et plus fréquemment lors d'une insertion trop basse, en cas d'anomalie de la cavité utérine méconnue, de béance cervicale, de nulliparité, de règles abondantes ou de dysménorrhée (26).

-14 % ont répondu que le DIU augmente le risque de grossesse extra-utérine (GEU) (question 10).

Si une grossesse survient sur DIU, la probabilité qu'elle soit extra-utérine est augmentée. Mais étant donné la grande efficacité des DIU (>99%), le risque absolu de grossesse est extrêmement faible. L'incidence des GEU chez les utilisatrices de DIU est inférieure à celle chez les femmes n'utilisant aucune contraception (de l'ordre de 0,02 pour 100 femmes par an contre 0,3 à 0,5 pour 100 femmes) (27).

Il n'existe pas de données fiables permettant de comparer les risques de GEU selon que le DIU soit hormonal ou au cuivre (28).

4) Taux de « ne sait pas » supérieur à la moyenne

-75% des femmes interrogées ne savaient pas qu'il est possible de poser un DIU quand une infection génitale est guérie depuis plus de trois mois (question 4).

Selon les recommandations de l'ANAES de 2004, si une infection génitale haute est guérie depuis plus de trois mois, et en l'absence de risque accru d'IST ou d'infection génitale haute, la pose d'un DIU est possible (29).

- 62% ne connaissaient pas la réponse à la question sur le risque de GEU.

-47% d'entre elles méconnaissaient les risques d'infections génitales, 44 % celui de malformation du bébé en cas de grossesse sur DIU. 46% n'avaient pas d'idée sur les délais de pose après un accouchement ou une IVG.

B. Sources d'information

Les sources les plus citées étaient les médias et l'entourage puis les professionnels de santé.

La répartition des bonnes et des mauvaises réponses selon ces sources était la suivante :

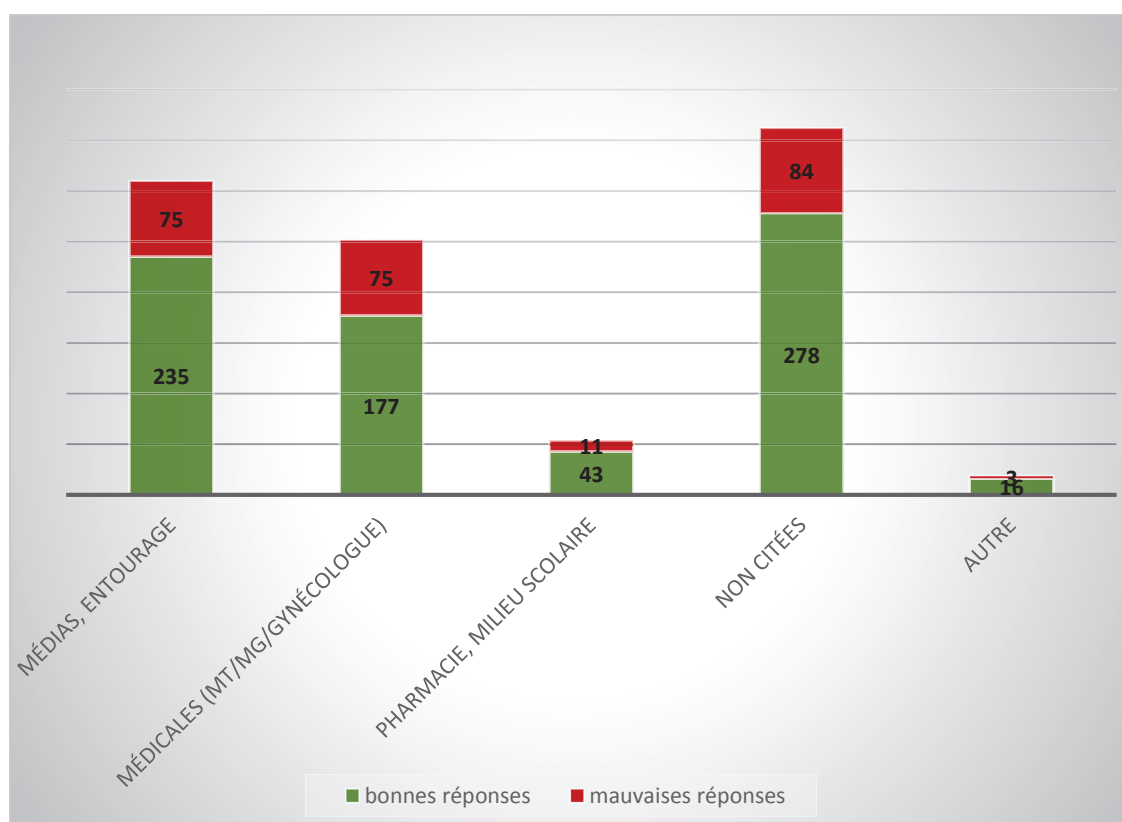


Figure 8 : Répartition en valeur absolue des bonnes et mauvaises réponses selon les sources

C. Réponses corrélées avec les caractéristiques de la population

Les quatre types de réponses ont été répartis en pourcentages sur l'ensemble des femmes en fonction des caractéristiques suivantes : âge, parité, expérience du DIU, suivi gynécologique.

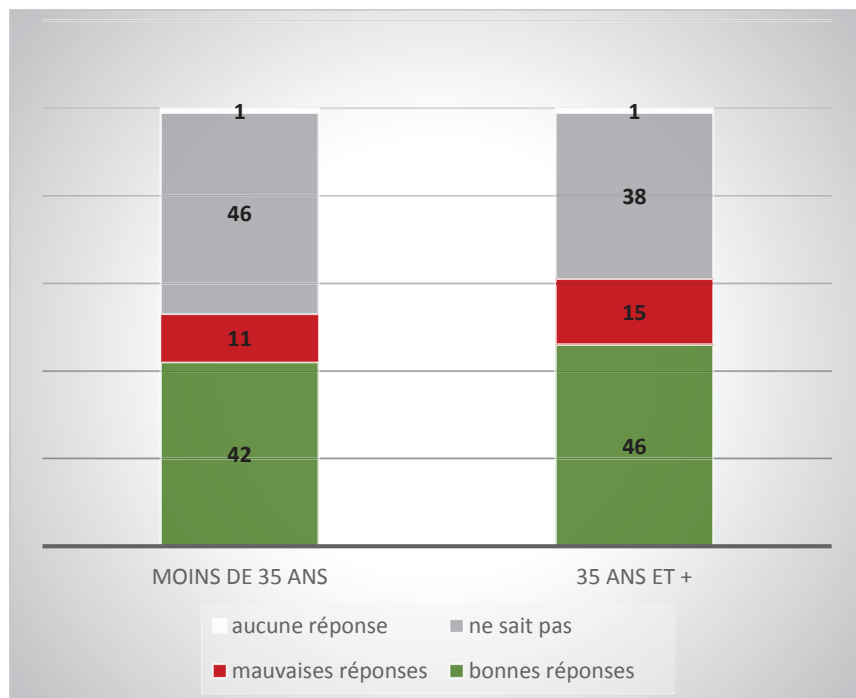


Figure 9 : Répartition en pourcentage des types de réponses en fonction de l'âge

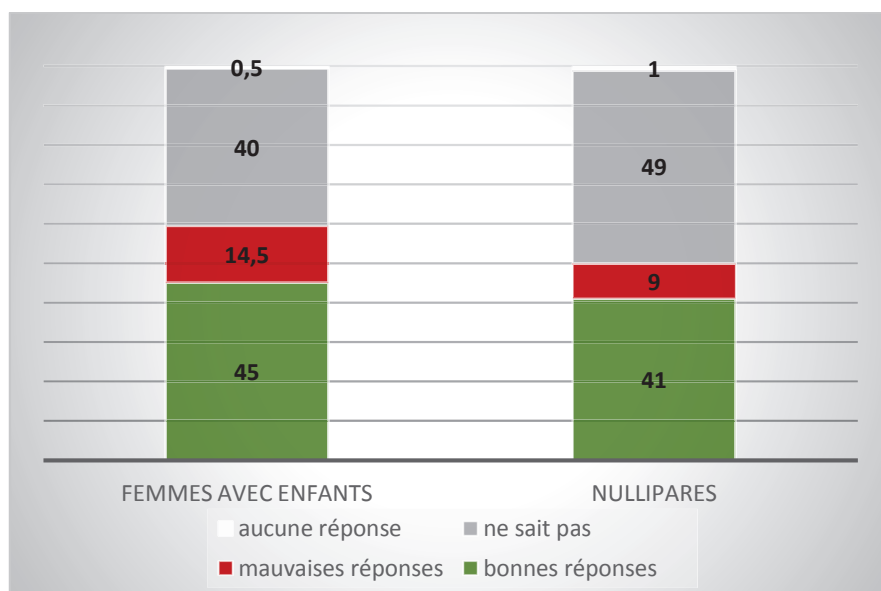


Figure 10 : Répartition en pourcentage des types de réponses en fonction de la parité

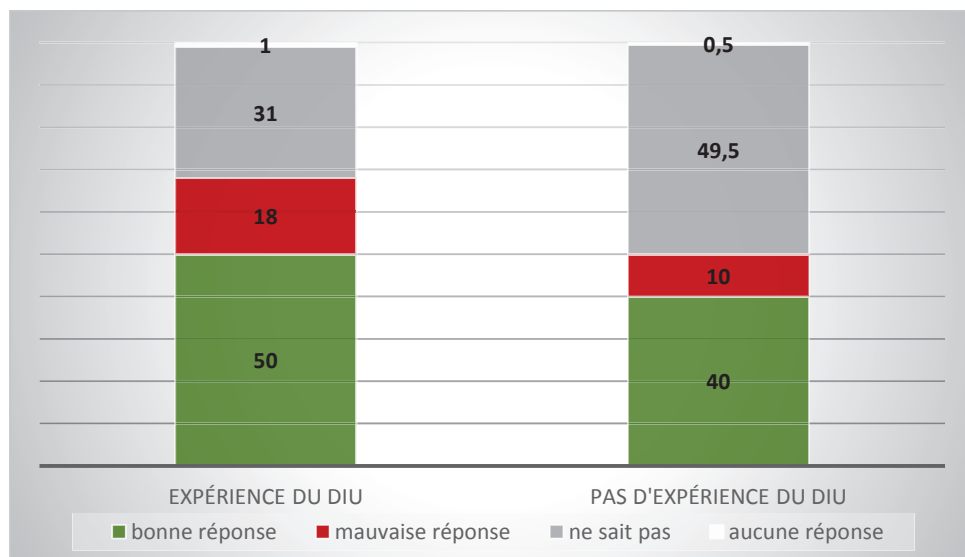


Figure 11 : Répartition en pourcentage des types de réponses en fonction de l'expérience du DIU

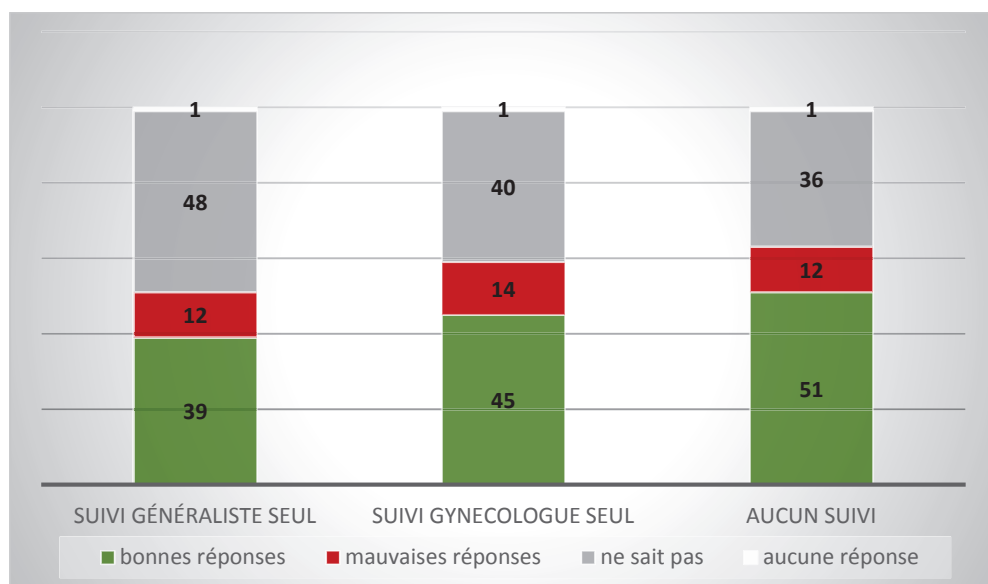


Figure 12 : Répartition en pourcentage des types de réponses en fonction du suivi gynécologique.

DISCUSSION

I. Matériel et méthode

Les points forts de notre étude :

Le recrutement a été fait auprès des femmes venant consulter différents médecins généralistes dont un exerçant en centre de planification pour augmenter la variété des caractéristiques de la population. Leur expérience sur le DIU n'a pas été recherchée dans les critères de choix de recrutement pour enrichir sa variation.

Le questionnaire n'a été distribué qu'aux femmes concernées par la contraception, donc de 15 à 50 ans. Nous avons utilisé un langage adapté, avec des termes courants. Les femmes n'ont pas reçu d'aide au remplissage en cas de difficulté de compréhension.

Les questions posées font référence au livre de Martin WINCKLER (7).

Les points faibles de notre étude

Il est possible que toutes les femmes de la tranche d'âge ciblée n'aient pas répondu, soit à cause d'une charge de travail trop importante pour les secrétaires, soit par manque de motivation à remplir un questionnaire.

La population source était différente de la population analysée car 9 femmes ayant rempli le questionnaire ont été exclues parce qu'elles avaient plus de 50 ans ou n'avaient pas précisé leur âge.

Nous n'avons pas vérifié que les questionnaires aient bien été rendus avant le rendez-vous médical, même si cette condition avait été précisée aux secrétaires.

Nous n'avons pas demandé de précisions sur les raisons de l'absence de contraception (grossesse, désir de grossesse, stérilité, pas de partenaire sexuel...), contrairement aux études nationales. Cela nous a donc empêché de faire les comparaisons statistiques des moyens de contraception avec ces études.

Nous avons fait le choix de ne pas inclure les Sages-femmes dans les propositions du professionnel de santé assurant le suivi gynécologique car leur expérience était trop récente par rapport aux DIU (loi HPST de juillet 2009) (30).

La question 2 qui était « Le stérilet fait grossir » a été annulée car la réponse attendue varie en fonction du type de DIU.

Nous avons considéré la réponse « FAUX » comme étant la bonne réponse à la question 3 « le stérilet favorise les infections génitales », car le risque est très faible et seulement légèrement augmenté lors des trois premières semaines. Mais pour être plus rigoureux, il aurait fallu préciser « dans les vingt premiers jours » ou « à long terme » dans la question.

La question 12 était mal formulée car il y avait deux questions en une seule (« il faut attendre le retour des règles après un accouchement ou une interruption volontaire de grossesse avant de pouvoir poser un stérilet »). Cela a pu perturber les femmes dans leur raisonnement. Il aurait fallu poser les deux questions distinctement.

II. Résultats

A. Caractéristiques de la population globale

Notre population contient peu de femmes aux âges extrêmes (15-24 et 45-49 ans) et n'est donc pas représentative de la répartition de la population générale en 2012 qui est plutôt linéaire d'après l'INSEE (annexe 2). C'est pourquoi nous avons fait le choix de l'analyser en la divisant en 2 sous-groupes basés sur la médiane d'âge qui était de 34 ans, afin d'avoir des effectifs équilibrés.

Le nombre moyen d'enfants par femme était de 1,51. Mais ce chiffre n'est pas comparable au taux de fécondité ni à l'indicateur conjoncturel de fécondité donnés par les instituts statistiques nationaux, qui s'appuient sur le nombre de naissances d'une année dans une population donnée (annexe 3). Selon l'INSEE, l'indice conjoncturel de fécondité en France en 2012 était de 2,01 enfants par femme (31). Le nombre moyen d'enfants par femme par âge n'a pas été comparé statistiquement aux chiffres nationaux du fait des trop petits effectifs (annexe 4).

Le taux de prévalence contraceptive et celui des moyens de contraception utilisés dans notre population ne sont pas comparables statistiquement à ceux des autres études car nous n'avons pas exclu les femmes stériles, enceintes ou ayant un désir de grossesse, et celles non sexuellement actives au cours des douze derniers mois, ce qui était le cas dans l'étude du Baromètre Santé de 2010 et dans l'enquête Fécond (annexes 5 et 6). Cette différence de recrutement explique possiblement que le taux de prévalence contraceptive dans notre population, qui était de 85%, soit inférieur à celui de l'étude du Baromètre Santé qui était de 90.2 % et à celui de l'enquête Fécond qui était de près de 97%.

Dans l'ensemble, 49% des femmes avaient choisi la pilule contre 49.6% dans l'étude Fécond et 30% utilisaient le DIU contre 20.7% dans l'enquête Fécond. Parmi les moyens de contraception choisis, la pilule était le premier avec 57 % d'utilisation contre 55.5 % dans celle du Baromètre santé 2010, et le DIU est le second avec 35% contre 26 % dans le Baromètre Santé 2010 (annexe 7).

La pilule était le premier mode de contraception utilisé par les femmes jeunes, les nullipares et celles ayant un enfant. Son utilisation diminuait de façon progressive avec l'âge au bénéfice du DIU qui la dépassait à partir de 40 ans. Dans l'enquête Fécond et dans l'étude du Baromètre Santé, c'était à partir de 45 ans que ce dépassement était constaté.

On constate également que le DIU devenait le premier moyen utilisé à partir de deux enfants. 9% des nullipares étaient porteuses de DIU contre 1.3% dans l'enquête Fecond. La proportion s'élevait à 13 % parmi celles qui avaient un enfant et 47 % pour celles qui en avaient deux ou plus contre respectivement 20 et 40% dans l'enquête Fecond.

88% des femmes étaient suivies sur le plan gynécologique. L'enquête BVA de 2008 (32) retrouvait un taux similaire de 85 %, mais dans une population plus étendue (15 ans et plus). Parmi elles, 50.4% l'étaient par un gynécologue seul, 46.2% par un généraliste seul, 3.4 % par les deux. Cette répartition équilibrée entre les professionnels de santé diffère de celle des statistiques nationales qui montrent une prépondérance des suivis spécialisés. D'après le panel EPPM (base de données qui recueille des informations provenant de médecins généralistes et de spécialistes français exerçant en médecine de ville), les femmes consultant pour le motif « contraception » voient à 61.4% un gynécologue, à 37.9% un médecin généraliste, à 0.7% un autre professionnel (33). L'enquête BVA de 2008 montrait que parmi les femmes suivies sur le plan gynécologique, 82% l'étaient par un gynécologue, 18% par un généraliste (32).

Les généralistes suivaient plus de femmes sous pilule que les gynécologues (66% contre 37%)($p= 0.0018$), mais moins de femmes sous DIU (13% contre 49%) ($p= 3.7^E-5$). Cette tendance était retrouvée dans l'étude Fecond, dans laquelle les femmes qui consultaient un gynécologue utilisaient moins souvent la pilule que celles suivies par un généraliste (48 % contre 70 %) mais avaient davantage recours au stérilet (26 % contre 7 %). Cette différence est possiblement liée au fait que les gynécologues se sentent plus à l'aise avec la pose du DIU que les généralistes (98 % de ceux interrogés par l'enquête Fecond considéraient que leur formation les avait bien préparés à cet acte contre 29 % des généralistes) (3).

B. Caractéristiques des porteuses de DIU

De façon statistiquement significative, les femmes de plus de 35 ans utilisaient plus le DIU ($p= 0.0004$) ainsi que celles ayant 2 enfants ou plus ($p= 2.3^E-5$).

Leur suivi était moins confié aux généralistes seuls que celui des autres contraceptions (17% contre 56%) ($p= 7^E-5$) et était plus assuré par uniquement les gynécologues (72.5% contre 33%) ($p= 5^E-5$).

C. Connaissances sur le DIU

1) Réponses aux questions

Les femmes de notre étude étaient soit bien informées (44% de bonnes réponses), soit en manque d'informations (42% de « ne sait pas »). Il y a eu seulement 14% de réponses fausses. Deux questions sur 12 avaient une répartition différente des réponses, une avec un taux de mauvaises qui était supérieur à celui des bonnes, l'autre avec des taux équivalents.

Les connaissances des femmes sur la possibilité de prendre des AINS, de mettre un tampon, et sur le risque de blessure du partenaire étaient justes. Ces questions relatives à la vie quotidienne ont probablement conduit les femmes à trouver les réponses adéquates.

Les femmes avaient une information plutôt correcte concernant la fertilité suite à un DIU et la possibilité qu'il soit posé chez une nullipare. La thèse du Dr Anne-Laure CHANZY WAROQUET, étude menée en 2012 auprès de 189 nullipares sur les réticences au choix du DIU, montre que parmi celles-ci, 75.7% savaient qu'il n'augmente pas le risque d'infertilité et 82.3% qu'il est autorisé chez les nullipares (34).

On retrouve une meilleure information sur cette dernière notion que dans les études antérieures à la campagne de prévention de 2011. En effet d'après l'étude Fecond menée en 2010, 54 % des femmes interrogées considéraient que le DIU leur est contre-indiqué. De même dans l'enquête BVA de 2007, 50% des français pensaient que le DIU était réservé aux femmes ayant des enfants, et 8% ne savaient pas. On retrouvait dans l'étude Fecond de 2010 ce même point de vue chez 69 % des gynécologues et 84 % des généralistes. La thèse des Dr Gwladys GUILLOTEAU et Marie GUYOMAR publiée en 2012, explorait auprès des gynécologues et des médecins généralistes posant des DIU ce qu'ils pensaient de ce dispositif chez les nullipares. Celui-ci était connoté négativement et majoritairement utilisé en deuxième voire en dernière intention. La vie sexuelle des nullipares était considérée comme instable donc à risque d'IST, et contre-indiquait pour beaucoup la pose, de peur de compromettre la fécondité ultérieure (35).

Des questions ont obtenu à la fois des taux de « ne sait pas » et de bonnes réponses supérieures à la moyenne. Il s'agissait de celles sur les risques d'infection, de perforation, de malformation

foetale. Ce constat peut s'expliquer par le fait que ces questions concernaient plutôt les médecins que les patientes et qu'elles étaient moins abordées avec elles.

On retrouve dans la thèse déjà citée étudiant les réticences des nullipares, que 73.5% d'entre elles savaient qu'il n'augmente pas le risque d'infection.

Concernant le risque de GEU et les délais de pose après accouchement ou IVG, on retrouve des taux de « ne sait pas » et de mauvaises réponses supérieurs à la moyenne. Dans l'étude menée auprès des nullipares, 12% avaient peur de la GEU parmi les 80% de non intéressées par le DIU. Plusieurs études internationales montrent que beaucoup de professionnels de santé ont des idées erronées à propos du DIU et qu'ils surestiment le risque de GEU lié à celui-ci (36). Or les professionnels de santé représentent une source d'information importante pour les femmes et peuvent donc leur véhiculer ces informations fausses.

De même, les informations sur le délai de pose du DIU après un accouchement ou une IVG étaient fausses et le délai à respecter après une infection était peu connu. Les femmes ne s'approprient pas ces connaissances car elles s'en remettent aux médecins qui fixent ces délais.

La question ayant une répartition quasi égalitaire des réponses concerne la possibilité de perte du DIU qui est une complication rare.

2) Sources

Les sources les plus citées étaient les médias et l'entourage, suivies par les professionnels de santé, puis par les pharmacies et le milieu scolaire. Les femmes avaient moins recours aux professionnels de santé pour répondre à leurs questions que celles interrogées dans l'étude Epilule de 2003, qui les citaient comme première source d'information. Cette étude relevait que les 16-18 ans nommaient d'abord le collège et le lycée, au travers des enseignements de Sciences de la Vie et de la Terre, des trois séances annuelles d'éducation à la sexualité instaurées par l'Education Nationale en 2003, et du devoir de ces structures d'informer des diverses sources d'information, d'orientation et de conseil existantes au sein de celles-ci et à l'extérieur (37). Ils citaient l'entourage en deuxième position. Le gynécologue n'était que peu cité étant donné le faible nombre de suivi spécialisé à cet âge (3).

Dans l'enquête BVA de 2007, les trois premières sources citées à une fréquence quasi équivalente étaient l'entourage, suivi par le personnel médical (généralistes et spécialistes) et la sphère scolaire (respectivement 67%, 64% et 63%). Etaient ensuite cités les professionnels du social (planning familial, centre médical) à 23%, puis les médias pour 3%.

Aucune des sources n'apportait de façon statistiquement significative plus de bonnes ou de mauvaises réponses par rapport à une autre source pour le questionnaire pris dans sa globalité ni pour chaque question analysée séparément.

3) Corrélations entre les résultats et les caractéristiques de la population

Les femmes ayant eu le moins de « ne sait pas » sont celles ayant des enfants et celles de plus de 35 ans (valeurs respectives du p : 1.2^E-12 et 0.003). Mais elles ont aussi donné plus de mauvaises réponses (valeurs respectives du p : 0.006 et 0.025).

De même, les femmes ayant l'expérience du DIU sont celles ayant eu le moins de « ne sait pas » ($p = 3.7^E-13$) et également le plus de réponses fausses ($p = 9.2^E-6$). Ce dernier constat concernait les délais de pose après un accouchement ou une IVG ($p = 2.2^E-5$), les risques de GEU ($p = 0.047$) et de blessure du partenaire ($p = 0.011$). Pour ce risque de blessure, ont-elles reçu de mauvaises informations ou ont-elles répondu par rapport à des expériences personnelles ? Y aurait-il plus de blessures potentiellement liées au DIU que ce que la littérature rapporte, ou ont-elles associé le fait que leur partenaire puisse sentir les fils à des blessures ? Cette question mériterait d'être étudiée.

En revanche, ces femmes ayant expérimenté le DIU ont aussi eu plus de bonnes réponses ($p = 5.7^E-5$) notamment aux questions relevant de ce qu'elles auraient pu constater par elles-mêmes. En effet elles sont mieux renseignées que les autres sur l'absence de sur-risque d'infection génitale ($p = 0.043$) et de difficultés de conception après un DIU ($p = 0.019$), ainsi que sur la possibilité de mettre un tampon ($p = 0.041$).

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les réponses des femmes suivies par les gynécologues et celles n'ayant pas de suivi.

Les femmes suivies par un généraliste ont moins su répondre que celles suivies par un gynécologue ($p = 0.003$) et que celles n'ayant pas de suivi ($p = 0.004$). Elles ont également donné moins de bonnes réponses (valeurs respectives de p : 0.019 et 0.035), notamment concernant la pose de DIU chez les nullipares (valeurs respectives de p : 0.004 et 0.002).

Au contraire, la question sur le risque de GEU a récolté moins de mauvaises réponses de leur part que de celles des femmes suivies par un gynécologue ($p = 0.001$) et des femmes non suivies ($p = 0.035$).

CONCLUSION

Notre population n'est pas représentative de la population générale française en 2012 en terme de répartition en âge. Néanmoins elle l'est concernant la chronologie du choix des moyens de contraception. La pilule était le premier moyen utilisé, surtout par les femmes jeunes et celles ayant au maximum un enfant. Le DIU était le deuxième moyen de contraception choisi, et était préféré à la pilule à partir de 40 ans et de deux enfants.

Le suivi gynécologique était réparti de façon équilibrée entre les médecins généralistes et les gynécologues. Les porteuses de DIU confiaient plus leur suivi aux gynécologues.

Les femmes de notre étude étaient globalement soit plutôt bien informées soit en manque d'informations. Si on compare nos résultats à ceux des enquêtes menées en 2010 concernant la possibilité de pose de DIU chez les nullipares, il semblerait que les récentes campagnes de prévention et d'information sur la contraception aient permis une meilleure connaissance des femmes sur ce point, malgré les réticences de nombreux professionnels de santé à le poser dans cette population.

Les connaissances des femmes sur la possibilité de prendre des AINS, de mettre un tampon, et sur le risque de blessure du partenaire étaient justes. Ces questions relatives à la vie quotidienne ont probablement conduit les femmes à trouver les réponses. Les femmes avaient une idée plutôt juste concernant la fertilité suite à un DIU.

Lorsque l'information était délivrée, elle semblait correcte en ce qui concerne les questions sur les risques d'infection, de perforation, de malformation fœtale.

Les connaissances sur le risque de GEU n'étaient pas bonnes. Beaucoup de professionnels de santé surestiment le risque de GEU lié au DIU et pourraient véhiculer cette idée à leur patientes. Le délai de pose du DIU après un accouchement ou une IVG était peu connu, comme celui à respecter après une infection, et était mal estimé.

La possibilité de perte du DIU était mal identifiée par les femmes peut-être parce qu'elle est rare et donc peu abordée.

Les sources les plus citées dans le questionnaire étaient les médias et l'entourage, suivies par les professionnels de santé, puis par les pharmacies et le milieu scolaire, sans qu'un lien entre ces sources et les réponses n'ait pu être mis en évidence de façon statistique.

Nous avons retrouvé que les réponses données étaient liées de façon statistiquement significative à certaines caractéristiques de notre population. Les femmes ayant le plus su répondre au questionnaire (réponse autre que « ne sait pas ») sont celles ayant des enfants, celles de plus de 35 ans et celles ayant l'expérience du DIU. Mais elles ont aussi donné plus de mauvaises réponses.

Les femmes ayant l'expérience du DIU ont eu plus de bonnes réponses notamment aux questions relevant de ce qu'elles auraient effectivement pu constater par elles-mêmes (absence de sur-risque d'infection génitale et de difficultés de conception après un DIU, possibilité de mettre un tampon). Ces femmes avaient aussi un taux de mauvaises réponses supérieur en dépit de leur supposée meilleure connaissance du DIU, particulièrement en ce qui concerne les délais de pose après un accouchement ou une IVG, les risques de GEU et de blessure du partenaire.

Les femmes suivies par des généralistes ont moins su répondre au questionnaire et ont donné moins de bonnes réponses que celles suivies par des gynécologues et celles n'ayant pas de suivi.

Ce constat associé au fait que les femmes ne citent pas les professionnels de santé en tant que source de premier recours, témoigne d'un manque d'information des femmes de leur part. Or les médecins généralistes sont de plus en plus sollicités pour répondre à la demande de suivi gynécologique. Il paraît donc nécessaire d'explorer leurs connaissances actuelles sur le DIU, afin de voir si les informations sont correctes quand elles sont délivrées, et de les encourager à les transmettre à leurs patientes.

Une comparaison de l'avis des femmes sur le DIU avant et après délivrance d'une information juste, actualisée et adaptée serait également intéressante.

Une étude à plus grande échelle permettrait probablement de conclure à plus de différences significatives des réponses en fonction des caractéristiques des femmes et du professionnel du suivi. Par ailleurs une meilleure répartition de chaque tranche d'âge rendrait possible l'extension des conclusions à la population générale.

BIBLIOGRAPHIE

(1) INED. La contraception dans le monde.

http://www.ined.fr/fr/tout_savoir_population/fiches_pedagogiques/naissances_natalite/contraception_monde/. Consulté le 14/01/14

(2) INPES. Contraception : les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? Dossier de presse, octobre 2011. Page 4

(3) Bajos N, Aline Bohet A, Le Guen M, Caroline Moreau C et l'équipe de l'enquête Fecond. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques. Population & Sociétés. Bulletin mensuel d'information de l'Institut national d'études démographiques. Septembre 2012. Numéro 492.

(3) Meniere R .De la connaissance du bon usage de la contraception : apport de l'étude nationale Epilule 2003 auprès de 2802 patientes en médecine générale. Thèse Med : Université Henri Poincaré.2004.

http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2004_MENIERE_RENAUD.pdf

(5) INPES. Contraception, que savent les français? Connaissances et opinions sur les moyens de contraception : état des lieux .Dossier de presse. 5 juin 2007.

(6)ANAES. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations. Décembre 2004. p 10-12, 20-21.

(7) Winckler M. Contraceptions, mode d'emploi. 3^e édition. J'ai lu.2007.

(8) Bajos N and all. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t' il pas baissé en France depuis 30 ans ? Population et Sociétés. Bulletin mensuel d'information de l'Institut national d'études démographiques. Décembre 2004. Numéro 407. p 1-4.

(9) INED. Avortements.

http://www.ined.fr/fr/pop_chiffres/france/avortements_contraception/avortements/. Consulté le 14/01/14

(10) INPES. Les français et la contraception. Enquête de l'Institut BVA. Mars 2007.

(11) ANAES. Recommandations pour la pratique clinique Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Argumentaire .Décembre 2004.

(12) HAS. Fiche Mémo Contraception chez l'adolescente. Juillet 2013.

(13)ANAES. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations. Décembre 2004.p11

(14) ANAES. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Argumentaire. Décembre 2004. p 49

- (15) Anderson K, Batar I, Rybo G. Return to fertility after removal of a levonorgestrel-releasing intrauterine device and Nova-T. CONTRACEPTION. 1992 Dec;46(6):575-84
- (16) Revue prescrire n°235. Janvier 2003.
- (17) Ganer H et al. Pregnancy outcome in women with an intrauterine contraceptive device. AJOG.2009.
- (18) Serfaty D. Contraception.Masson. 2007.
- (19) Andersson K, Ryde-Blomqvist E, Lindell K, Odland V, Milsom I. Perforations with intrauterine devices: report from a Swedish survey. Contraception. 1998;57:251–255. [PubMed]
- (20) ANAES. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations. Décembre 2004. p10-11.
- (21) HAS. Fiche Mémo Contraception chez la femme adulte en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG). Juillet 2013.
- (22) OMS. Sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives 2^e édition. 2005. p68-69,75.
- (23) HAS. Contraception chez la femme après une interruption volontaire de grossesse. Fiche mémo. juillet 2013.
- (24) OMS. Sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives 2^e édition. 2005. p68, 74.
- (25) HAS. Contraception de la femme en post partum. Fiche mémo. juillet 2013.
- (26) ANAES. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme .Argumentaire . Décembre 2004. p57.
- (27) ANAES .Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme .Argumentaire. Décembre 2004 .p56.
- (28) CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique. Prise en charge de la grossesse extra –utérine. 2003.
- (29) ANAES. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations. Décembre 2004.p11
- (30) Site du conseil national du conseil de l'ordre des sages-femmes :
http://ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document/2/parte_extranet/news_data/gynecologie_contraception_et_preconception/la_sagefemme_peutelle_effectuer_la_pose_la_surveillance_et_le_retrait_du_sterilet_/index.htm
- (31) INSEE. Fécondité totale, fécondité selon le groupe d'âges de la mère et âge moyen des mères à l'accouchement.
http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=bilandemo3. Consulté en janvier 2014.

- (32) Sondage de l'Institut BVA réalisé pour la Fédération Nationale des collèges de gynécologie médicale .Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique. Synthèse des résultats. 6 Novembre 2008
http://www.bva.fr/data/sondage/sondage_fiche/736/fichier_ressenti_des_femmes_a_legard_du_suivi_gynecologiquee0a78.pdf
- (33)CNGOF. L'offre de soins – La prise en charge des femmes françaises. Gynécologie et santé des femmes.30 mai 2000
http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm#haut
- (34) Chanzy Waroquet AL. Pourquoi les nullipares ne choisissent pas plus le DIU ? Enquête auprès de femmes. Thèse de médecine : Université de Grenoble. 2013.
- (35) Guilloteau G, Guyomar M. Que pensent les gynécologues et les médecins généralistes posant des dispositifs intra-utérins, en Sarthe et en Maine et Loire, de ce mode de contraception chez la femme nullipare ? Thèse de médecine : Université d'Angers.2012.
- (36)Black, Lotke and all .A review of barriers and myths preventing the more widespread use of intrauterine contraception in nulliparous women. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2012.
- (37) Ministère de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur et de la recherche. La santé des élèves : programme quinquennal de prévention et d'éducation. Bulletin Officiel n°46 du 11 décembre 2003.
<http://www.education.gouv.fr/bo/2003/46/MENE0302706C.htm>

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition de la population par tranches d'âge en valeur absolue.....	12
Figure 2 : Répartition des moyens de contraception.....	13
Figure 3 : Répartition en pourcentages des moyens de contraception en fonction de la parité...	13
Figure 4 : Répartition en pourcentage des moyens de contraception en fonction de l'âge.....	14
Figure 5 : Professionnel assurant le suivi gynécologique.....	14
Figure 6 : Moyens de contraception utilisés par les femmes suivies par un médecin généraliste seul.....	15
Figure 7 : Moyens de contraception utilisés par les femmes suivies par un gynécologue seul...	15
Figure 8 : Répartition en valeur absolue des bonnes et mauvaises réponses selon les sources...	22
Figure 9 : Répartition en pourcentage des types de réponses en fonction de l'âge.....	23
Figure 10 : Répartition en pourcentage des types de réponses en fonction de la parité.....	23
Figure 11 : Répartition en pourcentage des types de réponses en fonction de l'expérience du DIU.....	24
Figure 12 : Répartition en pourcentage des types de réponses en fonction du suivi gynécologique.....	24

TABLE DES TABLEAUX

Tableau I : Pourcentages de « ne sait pas », bonnes et mauvaises réponses et absence de réponses pour chaque question.....	17
--	----

TABLE DES MATIERES

PLAN.....	8
INTRODUCTION.....	9
MATERIEL ET METHODE.....	11
RESULTATS.....	12
I. Informations générales sur notre population	12
A. Caractéristiques de la population	12
1) Age	12
2) Parité	12
3) Moyens de contraception utilisés.....	12
a) Contraception en cours.....	12
b) Expérience du DIU.....	14
4) Suivi gynécologique.....	14
a) Prévalence	14
b) Professionnel assurant le suivi	14
• Professionnel du suivi.....	14
• Contraception en fonction du professionnel.....	14
B. Caractéristiques des porteuses de DIU	16
II. Connaissances sur le DIU	17
A. Résultats.....	17
1) Connaissances globales.....	17
2) Taux de bonnes réponses supérieurs à la moyenne.....	17
3) Taux de mauvaises réponses supérieurs à la moyenne	20
4) Taux de « ne sait pas » supérieurs à la moyenne	21
B. Sources d'information.....	22
C. Réponses corrélées avec les caractéristiques de la population	23
DISCUSSION.....	25
I. Matériel et méthode	25
II. Résultats.....	27
A. Caractéristiques de la population globale.....	27
B. Caractéristiques des porteuses de DIU.....	28
C. Connaissances sur le DIU	29
1) Réponses aux questions.....	29
2) Sources.....	31
3) Corrélations entre les résultats et les caractéristiques de la population.....	32
CONCLUSION.....	33
BIBLIOGRAPHIE.....	35
TABLES DES FIGURES.....	38

TABLE DES TABLEAUX.....	39
TABLE DES MATIERES.....	40
ANNEXES.....	42

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire

Bonjour, je m'appelle Fanny BUREAU, je suis une future médecin généraliste et dans le cadre de ma thèse je souhaiterais connaître votre point de vue sur le stérilet.

Je vous invite à répondre de façon anonyme à **toutes les questions** de ce questionnaire, même si vous ne vous sentez pas à l'aise avec ce sujet.

Merci de votre coopération et du temps que vous y consacrerez (environ 5 minutes).

Informations générales:

- Quel âge avez-vous ?

- Avez-vous des enfants ?

☐ Oui, nombre :

☐ Non

- Avez-vous une contraception actuellement ?

☐ Oui

Laquelle

☐ pilule

☐ patch

☐ anneau vaginal

☐ implant

☐ stérilet

☐ préservatif

☐ autre :

☐ Non

-Cocher la ou les contraceptions que vous avez déjà utilisées :

☐ pilule

☐ patch

☐ anneau vaginal

☐ implant

- ☐ stérilet
- ☐ préservatif

Si vous avez utilisé d'autres moyens de contraception, précisez lequel ou lesquels:

- Avez-vous un suivi gynécologique ?

- ☐ Oui

Qui vous suit ?

- ☐
 - Votre médecin traitant
 - Un médecin généraliste autre que votre médecin traitant
 - Votre gynécologue
- ☐ Non, je n'ai pas de suivi gynécologique

A chaque phrase : cochez si vous pensez que c'est vrai ou faux (ou si vous ne savez pas)

1) On peut prendre des anti-inflammatoires avec un stérilet :

- ☐ vrai
- ☐ faux
- ☐ ne sait pas

Qui vous l'a dit ? (une ou plusieurs réponses possibles)

- ☐ médias (magazines, télévision, internet, radio...)
- ☐ entourage
- ☐ médecin traitant
- ☐ gynécologue
- ☐ pharmacie
- ☐ milieu scolaire
- ☐ autre :

Commentaires libres :

2) Le stérilet fait grossir:

- ☐ vrai
- ☐ faux
- ☐ ne sait pas

Qui vous l'a dit ? (une ou plusieurs réponses possibles)

- ☐ médias (magazines, télévision, internet, radio...)
- ☐ entourage
- ☐ médecin traitant
- ☐ gynécologue
- ☐ pharmacie
- ☐ milieu scolaire
- ☐ autre :

Commentaires libres :

3) Le stérilet favorise les infections génitales

- ☐ vrai
- ☐ faux
- ☐ ne sait pas

Qui vous l'a dit ? (une ou plusieurs réponses possibles)

- ☐ médias (magazines, télévision, internet, radio...)
- ☐ entourage
- ☐ médecin traitant
- ☐ gynécologue
- ☐ pharmacie
- ☐ milieu scolaire
- ☐ autre :

Commentaires libres :

4) On peut poser un stérilet si une infection génitale est guérie depuis plus de trois mois

- ☐ vrai
- ☐ faux
- ☐ ne sait pas

Qui vous l'a dit ? (une ou plusieurs réponses possibles)

- ☐ médias (magazines, télévision, internet, radio...)
- ☐ entourage
- ☐ médecin traitant
- ☐ gynécologue
- ☐ pharmacie
- ☐ milieu scolaire
- ☐ autre :

Commentaires libres :

5) Il y a un risque fréquent de perforation de l'utérus lors de la pose du stérilet

- ☐ vrai
- ☐ faux
- ☐ ne sait pas

Qui vous l'a dit ? (une ou plusieurs réponses possibles)

- ☐ médias (magazines, télévision, internet, radio...)
- ☐ entourage
- ☐ médecin traitant
- ☐ gynécologue
- ☐ pharmacie
- ☐ milieu scolaire
- ☐ autre :

Commentaires libres :

6) Si on tombe enceinte malgré la présence du stérilet, il y a des risques de malformations pour le bébé

- ☐ vrai

- ☐ faux
- ☐ ne sait pas

Qui vous l'a dit ? (une ou plusieurs réponses possibles)

- ☐ médias (magazines, télévision, internet, radio...)
- ☐ entourage
- ☐ médecin traitant
- ☐ gynécologue
- ☐ pharmacie
- ☐ milieu scolaire
- ☐ autre :

Commentaires libres :

7) On peut perdre le stérilet

- ☐ vrai
- ☐ faux
- ☐ ne sait pas

Qui vous l'a dit ? (une ou plusieurs réponses possibles)

- ☐ médias (magazines, télévision, internet, radio...)
- ☐ entourage
- ☐ médecin traitant
- ☐ gynécologue
- ☐ pharmacie
- ☐ milieu scolaire
- ☐ autre :

Commentaires libres :

8) On ne peut pas mettre de tampons avec un stérilet

- ☐ vrai
- ☐ faux

- ☐ ne sait pas

Qui vous l'a dit ? (une ou plusieurs réponses possibles)

- ☐ médias (magazines, télévision, internet, radio...)
- ☐ entourage
- ☐ médecin traitant
- ☐ gynécologue
- ☐ pharmacie
- ☐ milieu scolaire
- ☐ autre :

Commentaires libres :

9) On peut poser un stérilet chez une femme n'ayant jamais eu d'enfants :

- ☐ vrai
- ☐ faux
- ☐ ne sait pas

Qui vous l'a dit ? (une ou plusieurs réponses possibles)

- ☐ médias (magazines, télévision, internet, radio...)
- ☐ entourage
- ☐ médecin traitant
- ☐ gynécologue
- ☐ pharmacie
- ☐ milieu scolaire
- ☐ autre :

Commentaires libres :

10) le stérilet augmente le risque de grossesse extra utérine ou GEU (grossesse mal localisée, le plus souvent dans les trompes)

- ☐ vrai
- ☐ faux

- ☐ ne sait pas

Qui vous l'a dit ? (une ou plusieurs réponses possibles)

- ☐ médias (magazines, télévision, internet, radio...)
- ☐ entourage
- ☐ médecin traitant
- ☐ gynécologue
- ☐ pharmacie
- ☐ milieu scolaire
- ☐ autre :

Commentaires libres :

11) le stérilet peut blesser le partenaire lors des rapports

- ☐ vrai
- ☐ faux
- ☐ ne sait pas

Qui vous l'a dit ? (une ou plusieurs réponses possibles)

- ☐ médias (magazines, télévision, internet, radio...)
- ☐ entourage
- ☐ médecin traitant
- ☐ gynécologue
- ☐ pharmacie
- ☐ milieu scolaire
- ☐ autre :

Commentaires libres :

12) il faut attendre le retour des règles après un accouchement ou une interruption volontaire de grossesse avant de pouvoir poser un stérilet

- ☐ vrai
- ☐ faux

- ☐ ne sait pas

Qui vous l'a dit ? (une ou plusieurs réponses possibles)

- ☐ médias (magazines, télévision, internet, radio...)
- ☐ entourage
- ☐ médecin traitant
- ☐ gynécologue
- ☐ pharmacie
- ☐ milieu scolaire
- ☐ autre :

Commentaires libres :

13) On a plus de mal à avoir un enfant après avoir eu un stérilet:

- ☐ vrai
- ☐ faux
- ☐ ne sait pas

Qui vous l'a dit ? (une ou plusieurs réponses possibles)

- ☐ médias (magazines, télévision, internet, radio...)
- ☐ entourage
- ☐ médecin traitant
- ☐ gynécologue
- ☐ pharmacie
- ☐ milieu scolaire
- ☐ autre :

Commentaires libres :

Fait le :

Merci beaucoup pour votre participation !

Annexe 2 : Répartition des femmes dans la population française par groupes de 5 ans au 1^{er} janvier 2012

15-19 ans : 5.8%, 20-24ans : 5.9%, 25-29ans : 6%, 30-34ans : 6.1%, 35-39ans : 6.4%, 40-44ans : 6.8%, 45-49ans : 6.9%.

Bibliographie : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATnon02150

Annexe 3 : définitions de l'indicateur conjoncturel de fécondité et du taux de fécondité

L'indicateur conjoncturel de fécondité est la somme des taux de fécondité par âge d'une année. Il peut être interprété comme le nombre moyen d'enfants que mettrait au monde une femme si elle connaissait, durant toute sa vie féconde, les conditions de fécondité observées cette année-là.

Le taux de fécondité à un âge donné (ou pour une tranche d'âges) est le nombre d'enfants nés vivants des femmes de cet âge au cours de l'année, rapporté à la population moyenne de l'année des femmes de même âge.

Bibliographie: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=bilandemo3

Annexe 4 : Nombre moyen d'enfants par femme

Dans notre population, le nombre moyen d'enfants par femme est de 2 à 49 ans, 2,7 à 40 ans, 2,3 à 35 ans, 1,4 à 30 ans, 0,4 à 25 ans, 0 à 20 ans.

D'après l'INSEE, le nombre d'enfants par femme en 2012 est réparti de la façon suivante : 2,1 à 50 ans , 1,9 à 40 ans, 1,7 à 35 ans, 1,1 à 30 ans, 0,5 à 25 ans et 0,06 à 20 ans.

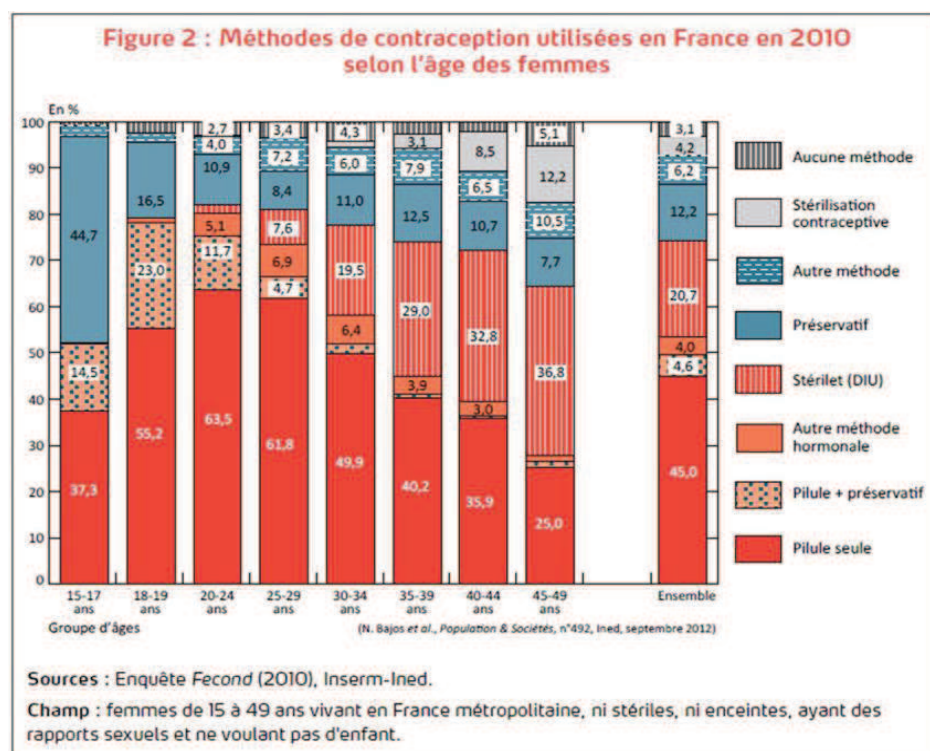
Bibliographie : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF02236

Annexe 5 : Principales méthodes contraceptives utilisées par les femmes âgées de 15 à 49 ans en 2010 (en %) déclarant utiliser une méthode contraceptive. Etude du Baromètre Santé 2010. INPES.

	Contraception définitive (stérilisation)	DIU (ou stérilet)	Implant, patch, anneau, injection	Pilule	Préservatif	Méthodes locales	Méthodes naturelles
15-19 ans	-	-	2,8	78,9	18,3	-	-
20-24 ans	-	3,7	5,4	70,8	83,4	7,2	-
25-34 ans	0,5	20,3	6,2	63,4	8,7	0,1	0,8
35-44 ans	3,5	36,0	3,9	43,4	11,6	0,2	1,4
45-49 ans	5,2	43,2	3,4	35,5	9,7	0,4	2,6
Total	2,2	26,0	4,7	55,5	10,3	0,1	1,2

Bibliographie : INPES. Contraception : les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? Dossier de presse, octobre 2011. Page 4

Annexe 6: Méthodes de contraception utilisées par les femmes âgées de 15 à 49 ans (en %).Enquête Fecond 2010. INED.



Bibliographie : Bajos N, Aline Bohet A, Le Guen M, Caroline Moreau C et l'équipe de l'enquête Fecond. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques. Population & Sociétés. Bulletin mensuel d'information de l'Institut national d'études démographiques. Septembre 2012. Numéro 492.

Annexe 7 : Tableau récapitulatif de la prévalence contraceptive et des moyens de contraception utilisés dans notre étude comparativement à l'étude Baromètre Santé 2010 et à l'étude Fécond de 2010.

	notre étude : femmes de 15 à 49 ans en 2012	Baromètre Santé 2010 (femmes âgées de 15 à 49 ans en 2010 , sexuellement actives au cours des 12 derniers mois, non stériles, ayant un partenaire homme, non enceintes et ne cherchant pas à avoir un enfant)	Enquête Fécond 2010 (femmes concernées par la contraception, celles qui utilisent une méthode et celles qui n'en utilisent pas et ont des rapports sexuels avec des hommes, ne sont ni stériles ni enceintes, et ne souhaitent pas être enceintes)
prévalence contraceptive	85	90,2	97
% pilule chez les femmes sous contraception	57	55,5	
% pilule chez les femmes avec ou sans contraception	49		49,6
% DIU chez les femmes avec contraception	35	26	
% DIU chez les femmes avec ou sans contraception	30		20,7

**Connaissances des femmes en âge de procréer
sur les dispositifs intra-utérins
en Sarthe et en Maine et Loire en 2012**

RÉSUMÉ

En France, le dispositif intra-utérin (DIU) est le second moyen de contraception le plus utilisé après la pilule. Les croyances fausses qui persistent dans l'opinion publique peuvent être des freins importants à son utilisation. Nous avons voulu savoir quelles étaient les connaissances des femmes sur le DIU.

Nous avons réalisé une étude quantitative par questionnaire auprès de 133 femmes de 15 à 50 ans consultant en Sarthe et en Maine et Loire dans des cabinets de médecine générale et dans un centre de planification.

Le DIU était utilisé en premier choix par les femmes de plus de 40 ans et par celles ayant deux enfants ou plus.

Les femmes étaient globalement soit plutôt bien informées soit en manque d'informations. Leurs connaissances sur la possibilité de prendre des anti-inflammatoires non stéroïdiens, de mettre un tampon, sur le risque de blessure du partenaire, sur la fertilité suite à un DIU et sur la possibilité de pose chez les nullipares étaient justes. Lorsque l'information était délivrée, elle semblait correcte en ce qui concernait les questions sur les risques d'infection, de perforation, de malformation fœtale. En revanche les connaissances sur le risque de grossesse extra-utérine (GEU) n'étaient pas bonnes, le délai de pose du DIU après un accouchement ou une interruption volontaire de grossesse (IVG) était mal estimé et peu connu de même que le délai de pose après une infection, et la possibilité de perte du DIU était mal identifiée.

Les sources les plus citées étaient les médias et l'entourage, suivies par les professionnels de santé, puis par les pharmacies et le milieu scolaire.

Les femmes ayant le plus su répondre au questionnaire étaient celles ayant des enfants, celles de plus de 35 ans et celles ayant l'expérience du DIU. Mais elles ont aussi donné plus de mauvaises réponses.

Les femmes ayant l'expérience du DIU ont eu plus de bonnes réponses aux questions portant sur l'absence de sur-risque d'infection génitale et de difficultés de conception après un DIU, et sur la possibilité de mettre un tampon, mais aussi plus de réponses fausses à celles concernant les délais de pose après un accouchement ou une IVG, les risques de GEU et de blessure du partenaire.

Le suivi gynécologique était réparti de façon équilibrée entre les médecins généralistes et les gynécologues, mais il était plus assuré par les gynécologues pour les porteuses de DIU. Les femmes suivies par des généralistes ont moins su répondre au questionnaire et ont donné moins de bonnes réponses que les autres.

De nouvelles études explorant les connaissances actuelles de ces professionnels de santé sur le DIU et comparant l'avis des femmes sur celui-ci avant et après délivrance d'une information correcte, actualisée et adaptée seraient intéressantes.

MOTS-CLES

-Contraception

-connaissances

- Dispositif-intra-utérin

-femmes-en-âge-de procréer.

FORMAT : Mémoire