

2015-2016

Mémoire

Sage-femme

Nullipare et accès au dispositif intra-utérin (DIU) :

Évaluation des connaissances et des
pratiques dans le département du
Maine-et-Loire.

Villoteau Agathe |

Sous la direction du Dr BELLOEIL |

Membres du jury

C. ROUILLARD

P. GILLARD

V. BELLOEIL

D. FRISQUE

Y. ROSSARD

Soutenu publiquement le :
Mardi 31 mai 2016

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée VILLOTEAU Agathe
déclare être pleinement consciente 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'étudiante le **17 / 04 / 2016.**

Présidence de l'université
40 rue de rennes – BP 73532
49035 Angers cedex
Tél. 02 41 96 23 23 | Fax 02 41 96 23 00

L'auteur du présent document vous autorise à le partager, reproduire, distribuer et communiquer selon les conditions suivantes :



- Vous devez le citer en l'attribuant de la manière indiquée par l'auteur (mais pas d'une manière qui suggérerait qu'il approuve votre utilisation de l'œuvre).
- Vous n'avez pas le droit d'utiliser ce document à des fins commerciales.
- Vous n'avez pas le droit de le modifier, de le transformer ou de l'adapter.

Consulter la licence creative commons complète en français :
<http://creativecommons.org/licences/by-nc-nd/2.0/fr/>

Ces conditions d'utilisation (attribution, pas d'utilisation commerciale, pas de modification) sont symbolisées par les icônes positionnées en pied de page.



Remerciements :

A Mme le Dr BELLOEIL Vanessa, ma directrice de mémoire, pour son aide et ses conseils dans la réalisation de ce travail.

A Mme ROUILLARD Cécile et Mme GAUDIN Catherine pour leurs conseils méthodologiques et leur disponibilité.

A Mme SADI Laurence pour son dévouement auprès des étudiants sages-femmes.

A mes parents, Adeline, Anne-Sophie et Antoine, de m'avoir soutenu et d'avoir toujours cru en moi durant ces 6 années.

A Arthur pour son soutien, son réconfort et ses conseils.

A Alexandra, Lila, Marylène, Solène, Isabelle, Marie et Laurène, pour ces quatre années inoubliables auprès de vous.

A toute ma promo pour tous les bons moments passés ensemble.

Glossaire

AINS : Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens

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

CIVG : Centre d'Interruption Volontaire de Grossesse

CPEF : Centre de Planification et d'Éducation Familiale

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DU : Diplôme Universitaire

GEU : Grossesse Extra-Utérine

HAS : Haute Autorité de Santé

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

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

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

IVG : Interruptions Volontaires de Grossesse

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Sommaire

Introduction.....	1
Matériel et méthodes.....	2
Résultats	4
a) Flow chart :	4
b) Caractéristiques des professionnels :	4
c) Recommandation proactive du DIU auprès des nullipares :	6
d) Barrières à la pose de DIU (toutes parités confondues) :	7
e) Caractéristiques et avis des professionnels posant des DIU :	8
f) Pose de DIU chez les nullipares :	8
g) Evolution depuis 2013 selon l'ensemble des professionnels:	9
Discussion.....	10
a) Forces et faiblesses de l'étude :	10
b) Analyse des résultats :	10
Conseils contraceptifs des professionnels :	10
Pose de DIU :	12
Pose de DIU et nulliparité :	12
Conclusion	13
Bibliographie.....	14
Annexes	16

Introduction

En 2009, un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) révélait que malgré une couverture contraceptive étendue en France, le niveau d'échec contraceptif était préoccupant : 72% des Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) étaient réalisées chez des femmes sous contraception. Ces échecs reflétaient une inadéquation des méthodes et des pratiques contraceptives. L'IGAS incitait en conclusion à promouvoir les méthodes de contraception de longue durée, en particulier le stérilet(1).

En 2013, l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) a lancé une campagne de communication ayant pour thème « la contraception qui vous convient existe », s'adressant au grand public et aux professionnels de santé. A cette occasion, la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé, Marisol Touraine, « a réaffirmé sa volonté de lutter contre les obstacles à un libre exercice du droit à la contraception »(2).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a publié des recommandations professionnelles afin de promulguer une utilisation plus large du DIU chez les femmes, y compris chez les nullipares(3). En France, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) a rendu accessible le dispositif intra-utérin (DIU) aux nullipares en 2004. Dans ses recommandations, la Haute Autorité de Santé (HAS) a reconfirmé l'accès à cette méthode de contraception aux nullipares(4).

En France, le DIU est actuellement le 2ème moyen de contraception le plus utilisé après la pilule, mais son recours reste majoritairement réservé aux femmes ayant déjà eu des enfants, en dépit des recommandations. Selon l'enquête FECOND menée en 2010, seules 1,3% des femmes de 15-49 ans nullipares utilisent le DIU. Ce taux s'élève à 20% parmi celles qui ont déjà un enfant et à 40% pour celles qui en ont deux ou plus(5).

Le DIU bénéficie d'un succès croissant compte tenu de sa fiabilité, de son faible coût, des faibles contraintes et de l'absence d'hormone pour le DIU au cuivre. Cependant ce choix semble être encore difficile d'accès aux nullipares, notamment auprès des professionnels de santé(6,7). De ce fait, la HAS a publié un rapport analysant les freins d'accès à la contraception adaptée et proposé des leviers d'action pour y palier(8).

Dans ce contexte, l'objectif de cette étude était d'évaluer les connaissances et pratiques des professionnels de santé du Maine-et-Loire quant à l'accès et à la pose de DIU chez les nullipares.

Matériel et méthodes

Il s'agissait d'une étude épidémiologique transversale descriptive, issue d'un questionnaire en ligne établi en septembre 2015 puis mis en ligne en octobre 2015.

Pour ce faire, la population source sélectionnée se composait de professionnels libéraux exerçant dans le Maine-et-Loire : des sages-femmes, des gynécologues et des médecins généralistes. Un exercice libéral était ici défini comme un exercice professionnel hors hôpital et hors clinique uniquement.

Le décompte total de la population a été réalisé grâce au listing des sages-femmes libérales sur le site internet du Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes ; et grâce au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins qui disposait de la liste des praticiens libéraux pour les gynécologues et les médecins généralistes.

Les participants ont été contactés par voie électronique début octobre 2015, avec une relance fin octobre. Les coordonnées des sages-femmes étaient disponibles sur le site du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Certains gynécologues ont été contactés par téléphone afin de récupérer leur adresse mail, les coordonnées électroniques des autres étaient disponibles en ligne. Les médecins généralistes ont été avertis quant à eux par l'intermédiaire d'une secrétaire de la faculté de médecine d'Angers. Des données manquantes ont également pu être renseignées grâce à des contacts personnels. Au total, ont été informés directement : 65 sages-femmes, 18 gynécologues, 743 médecins généralistes. D'autre part, des professionnels ont diffusé spontanément le message à leurs pairs, ce qui a rendu impossible un calcul exact du nombre de personnes contactées.

Les critères d'inclusion étaient d'être une sage-femme / un gynécologue / un médecin généraliste, exerçant en libéral, dans le département du Maine-et-Loire. Dans le cas où le professionnel n'effectuait pas de suivi contraceptif, cela constituait un critère de non-inclusion.

L'objectif de cette étude était d'analyser le point de vue actuel des praticiens quant à l'accès et à la pose de DIU chez les nullipares. Le critère de jugement principal était la proposition du DIU aux nullipares par les praticiens libéraux.

Le questionnaire se composait de plusieurs parties :

- Profil du professionnel (profession, âge, sexe, ...).
- Pratiques et connaissances professionnelles autour de la contraception et plus spécifiquement chez les nullipares, dont les poses et retraits de DIU.
- Evolution des pratiques contraceptives depuis la crise de la pilule en 2013.

La majorité du questionnaire se présentait sous forme de question à choix unique ou multiple. Pour certaines réponses, les participants pouvaient joindre des informations complémentaires par texte libre. L'approche des variables était de type quantitatif.

Le recueil des données a été réalisé de début octobre à fin novembre 2015 et a nécessité trois logiciels : EpiData Entry, EpiData Analysis et Excel, ainsi qu'un logiciel de tests statistiques en ligne : BiostaTGV. Les tests statistiques utilisés ont été le test du Chi2 et le test exact de Fisher pour les variables qualitatives. Le seuil de significativité était fixé à 5%. Ainsi une valeur avec $p < 0,05$ était retenue comme statistiquement significative.

Résultats

a) Flow chart :

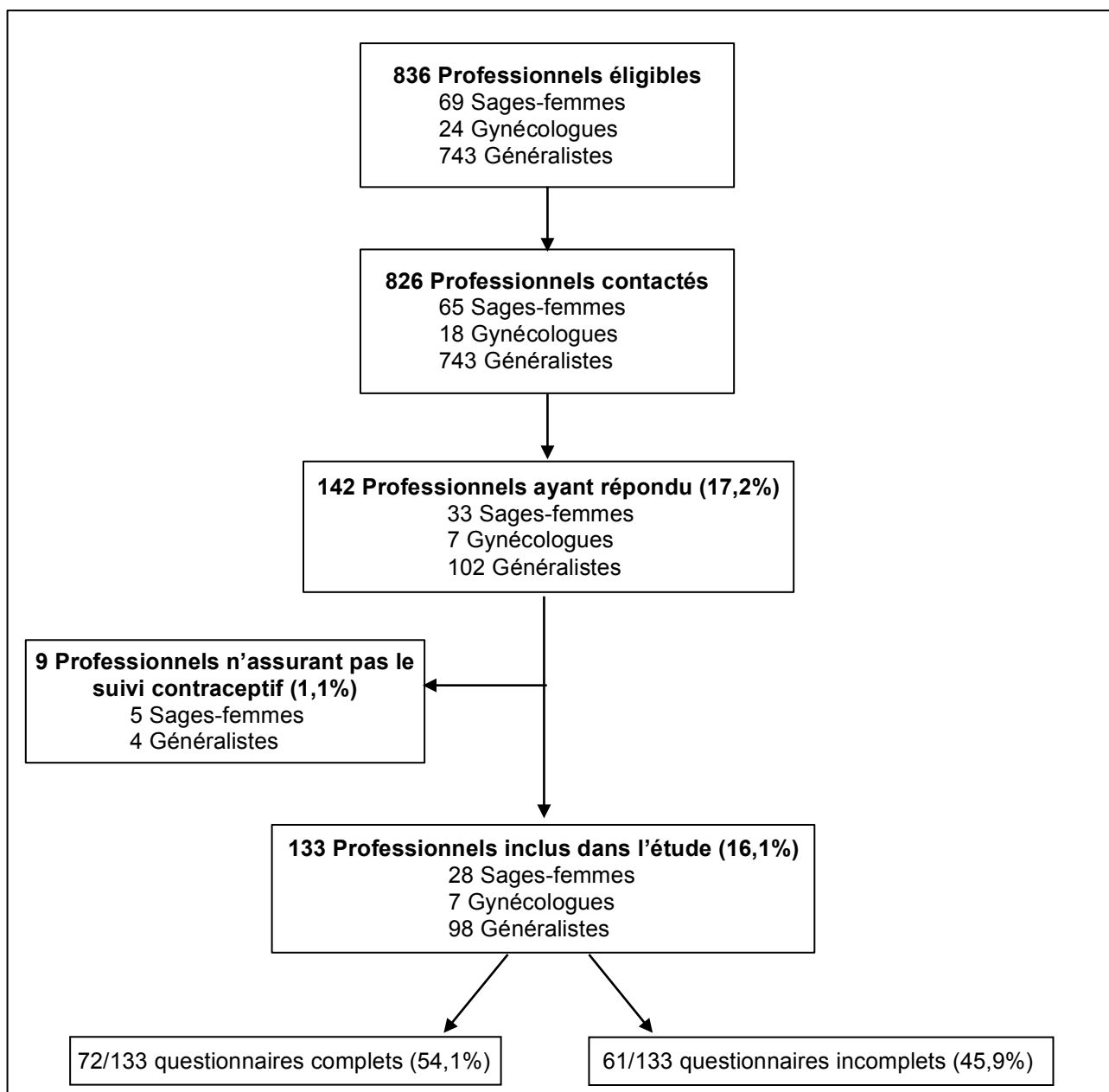


Figure 1: Flow chart de l'étude épidémiologique descriptive des professionnels libéraux du Maine-Et-Loire.

Des questionnaires étant incomplets, les statistiques des variables concernées ont été ajustées.

b) Caractéristiques des professionnels :

Les caractéristiques individuelles et pratiques contraceptives des professionnels inclus dans l'étude sont présentées dans le tableau I.

Tableau I : Caractéristiques et pratiques contraceptives des professionnels interrogés.

		n	%
Caractéristiques des professionnels :			
Sexe (N=132)	homme	30	22,7%
	femme	102	77,3%
Âge (N=133)	<50	90	67,7%
	≥50	43	32,3%
Profession (N=133)	gynécologue	7	5,3%
	sage-femme	28	21,1%
	médecin	98	73,7%
Mode d'exercice (N=132)	remplaçant	3	2,3%
	seul	27	20,5%
	en collaboration	102	77,3%
Ancienneté d'exercice du suivi contraceptif (N=130)	<20 ans	104	80,0%
	≥20 ans	26	20,0%
Activité annexe en lien avec la contraception (N=132)	non	125	94,7%
	CPEF/CIVG	7	5,3%
Caractéristiques des pratiques contraceptives :			
Proposition de consultation dédiée à la contraception (N=132)	systématique	102	77,3%
	non	30	22,7%
Proposition proactive du DIU aux patientes en général (N=133)	oui	115	86,5%
	non	18	13,5%
Proposition proactive du DIU aux nullipares (N=131)	oui	99	75,6%
	non	32	24,4%
Réévaluation de la méthode de contraception à chaque consultation (N=133)	systématique	113	85,0%
	non	20	15,0%
Protocole de coopération pour la prescription contraceptive (N=133)	oui	16	12,0%
	non	117	88,0%

CPEF = Centre de Planification et d'Éducation Familiale ; CIVG = Centre d'Interruption Volontaire de Grossesse.

Concernant l'âge et le nombre d'années de suivi contraceptif :

- Âge :
 - Etendue de 25 à 66 ans
 - Valeur médiane à 42 ans
 - Ecart-type de 10,3 ans
- Ancienneté d'exercice du suivi contraceptif :
 - Etendue de 0 à 35 ans d'exercice
 - Valeur médiane de 8 ans
 - Ecart-type de 9,7 ans

Concernant leurs pratiques contraceptives :

- Réévaluation systématique à chaque consultation de la méthode de contraception utilisée :
 - 100% des sages-femmes (28/28) et des gynécologues (7/7)
 - 79,6% des médecins généralistes (78/98)
- Protocole de coopération dans le domaine contraceptif (que ce soit des professionnels redirigeant ou vers qui sont redirigés les patientes) :
 - 11/16 (68,8%) en ayant un étaient des médecins généralistes
 - 6/16 (37,5%) des professionnels concernés ne posaient pas de DIU.

c) Recommandation proactive du DIU auprès des nullipares :

93/128 (72,7%) des professionnels se basaient sur les publications et recommandations des autorités de santé pour compléter leur formation en matière de contraception. Parmi eux, 76/93 (81,7%) recommandaient de façon proactive l'usage du DIU aux nullipares.

15/128 (11,7%) avaient un diplôme universitaire (DU) en rapport avec la contraception : 12/15 (80,0%) recommandaient le DIU aux nullipares.

Certaines caractéristiques et avis des professionnels différenciaient significativement les professionnels entre eux quant à leur recommandation proactive du DIU auprès des nullipares (cf tableau II).

Tableau II : Caractéristiques/avis des professionnels associés au taux de recommandation proactive du DIU aux nullipares (calculs ajustés au nombre de réponses selon les variables). Utilisation du test exact de Fisher, avec un seuil de significativité fixé à 0,05.

		N	%	Conseil du DIU proactif parmi N		p	OR	IC 95%
				n	%			
Critères / Paramètres des professionnels :								
Sexe (N=133)	Homme	30	23,1%	18	60,0%	0,032	0,38	0,14-1,01
	Femme	100	76,9%	80	80,0%			
Travail (N=131)	Seul	27	20,6%	20	74,1%	0,806	0,90	0,32-2,84
	En groupe/ collaboration	104	79,4%	79	76,0%			
Âge (N=131)	<50	88	67,2%	76	86,4%	<0,001	5,42	2,16-14,21
	≥50	43	32,8%	23	53,5%			
Profession (N=131)	Sage-femme et gynécologue	35	26,7%	30	85,7%	0,114	2,33	0,78-8,51
	Généraliste	96	73,3%	69	71,9%			
Nombre d'années de pratique de suivi contraceptif (N=128)	<20 ans	102	79,7%	87	85,3%	<0,001	9,05	3,20-27,19
	≥20 ans	26	20,3%	10	38,5%			
Activité annexe en lien avec la contraception (N=129)	Non	123	95,3%	94	76,4%	0,162	3,21	0,41-25,26
	CPEF/CIVG	6	4,7%	3	50,0%			
Pose de DIU (N=130)	Oui	81	62,3%	70	86,4%	< 0,001	4,71	1,89-12,36
	Non	49	37,7%	28	57,1%			
Formation initiale (N=126)	Suffisante	59	46,8%	50	84,7%	0,089	2,19	0,84-6,06
	Insuffisante	67	53,2%	48	71,6%			
Critères spécifiques aux professionnels posant des DIU :								
Avis sur l'utilisation du DIU chez les nullipares (N=80)	Favorable	75	93,8%	65	86,7%	0,533	1,61	0,03-18,69
	Défavorable	5	6,3%	4	80,0%			
Pose de DIU chez nullipares (N=81)	Oui	60	74,1%	54	90,0%	0,142	2,77	0,59-12,59
	Non	21	25,9%	16	76,2%			
Risque infectieux augmenté à la pose (N=80)	Oui	15	18,8%	12	80,0%	0,423	0,57	0,11-3,79
	Non	65	81,3%	57	87,7%			
Douleur et/ou malaise à la pose augmenté(s) (N=81)	Oui	56	69,1%	47	83,9%	0,489	0,46	0,04-2,48
	Non	25	30,9%	23	92,0%			
Avis sur l'évolution depuis 2013 :								
Nullipares plus demandeuses de DIU (N=127)	Oui	69	54,3%	58	84,1%	0,013	2,97	1,20-7,66
	Non	58	45,7%	37	63,8%			
Amélioration accès aux nullipares avec DIU "short" (N=122)	Oui	84	68,9%	71	84,5%	0,005	3,52	1,34-9,40
	Non	38	31,1%	23	60,5%			
Accès formations pratiques aux gestes de pose/retrait du DIU (N=122)	Facile	69	56,6%	60	87,0%	0,004	3,68	1,40-10,35
	Difficile	53	43,4%	34	64,2%			

DIU = Dispositif Intra-Utérin ; CPEF = Centre de Planification et d'Éducation Familiale ; CIVG = Centre d'Interruption Volontaire de Grossesse.

d) Barrières à la pose de DIU (toutes parités confondues) :

51/132 (8,6%) des professionnels ne posaient pas de DIU, pour différentes raisons (cf tableau III). Tous redirigeaient alors leurs patientes pour la pose. 47 ont spécifié leurs redirections : 72,3% (34/47) vers un gynécologue; 57,4% (27/47) vers un médecin généraliste, 40,4% (19/47) vers les sages-femmes et 29,8% (14/47) vers les centres de planification.

Un professionnel n'a pas argumenté sa non-pose. 33/50 (66,0%) praticiens étaient réticents à la réalisation des gestes techniques et/ou estimaient leur formation insuffisante sur le DIU. 2 ne s'étant pas prononcés parmi ces 33, 28/31 (90,3%) estimaient que leur formation initiale était insuffisante. 11/31 (35,5%) ne souhaitaient pas de formation complémentaire. Quant aux 20/31 (64,5%) qui en désiraient une, 18/20 (90,0%) optaient pour une formation de type pratique.

L'accès aux formations pratiques aux gestes techniques de pose/retrait du DIU était qualifié de difficile par :

- 47 médecins généralistes sur 90 (52,2%)
- 8 sages-femmes sur 27 (29,8%)
- aucun des gynécologues (0/7).

Tableau III : Professionnels ne posant pas de DIU en général (toutes parités confondues) : Arguments. Professionnels posant des DIU : Critères nécessaires pour envisager la pose de DIU chez les nullipares et schéma thérapeutique pour leur proposer cette méthode de contraception.

	n	%
Arguments des professionnels ne posant pas de DIU (N=50) :		
Réticence à la réalisation des gestes techniques	29	58,0%
Absence/insuffisance de formation	21	42,0%
Temps de consultation nécessaire à la pose de DIU trop long	9	18,0%
Problèmes matériaux/locaux	8	16,0%
Problème éthique : effet abortif	3	6,0%
Non habilitation professionnelle	2	4,0%
Peu de demande et complément d'assurance nécessaire	1	2,0%
Professionnels posant des DIU :		
Critères pour envisager une pose de DIU chez une nullipare (N=72) :		
Absence d'antécédent d'IST	52	72,2%
Partenaire stable	42	58,3%
Antécédent d'IVG	10	13,9%
A la demande de la patiente	8	11,1%
Nullipare à l'aise pour l'examen gynécologique	3	4,2%
Age	2	2,8%
Vérification d'absence de malformation utérine à l'échographie	2	2,8%
Absence d'antécédent de GEU	1	1,4%
Oublis de pilule répétés	1	1,4%
Dysménorrhées malgré pilule	1	1,4%
Compliance pour le suivi gynécologique	1	1,4%
Proposition spontanée du DIU aux nullipares (N=78) :		
En 1ère intention	30	38,5%
En 2ème intention	64	82,1%
En contraception d'urgence	13	16,7%
Jamais	1	1,3%

DIU = Dispositif intra-utérin ; IST = Infections Sexuellement Transmissibles ; IVG = Interruption Volontaire de Grossesse ; GEU = Grossesse Extra-Utérine.

e) Caractéristiques et avis des professionnels posant des DIU :

Ceux qui posaient des DIU le faisaient à des fréquences mensuelles variables :

- de 0 à 1 pose/mois : 29/80 (36,2%)
- 2-5/mois : 36/80 (45,0%)
- 6-10/mois : 11/80 (13,8%)
- >10/mois : 4/80 (5,0%)

72/76 professionnels (94,7%) étaient favorables à l'utilisation de ce type de dispositif chez les nullipares. Pour envisager cette pose de DIU, 72/81 professionnels (88,9%) se référaient à certains critères (cf tableau III). La proposition du DIU pouvait prendre différentes places au sein du schéma thérapeutique des praticiens (cf tableau III).

Concernant la pose, les professionnels devaient donner leur avis quant à l'existence ou non d'une augmentation du risque infectieux et de douleur/malaise chez une nullipare, en comparaison aux femmes ayant déjà eu des enfants (cf tableau IV).

Tableau IV : Avis des professionnels posant des DIU : risque infectieux et risque de douleur à la pose chez les nullipares. Professionnels posant des DIU chez les nullipares : prémédications et techniques d'accompagnement/de prise en charge de la douleur.

	Sages-femmes (N=22)	Gynécologues (N=7)	Généralistes (N=51)	Total	%
Risque infectieux augmenté (N=80) :					
Oui	4 (18,2%)	2 (28,6%)	9 (17,6%)	15	18,8%
Non	18 (81,8%)	5 (71,4%)	42 (82,4%)	65	81,3%
Risque de douleur augmenté (N=80) :					
Oui	17 (77,3%)	6 (85,7%)	33 (64,7%)	56	70,0%
Non	5 (22,7%)	1 (14,3%)	18 (35,3%)	24	30,0%
Prémédications pour les patientes nullipares (N=54) :					
Anti-spasmodique				31	57,4%
Anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS)				27	50,0%
Misoprostol				15	27,8%
Homéopathie				15	27,8%
Paracétamol				9	16,7%
Antibiotiques				0	0,0%
Techniques d'accompagnement/de prise en charge de la douleur pour les patientes nullipares (N=23) :					
Relaxation				13	56,5%
Homéopathie				12	52,2%
Hypnose				5	21,7%
Musique				4	17,4%
Autre*				4	17,4%

*Autre : Acupuncture (n=1) ; entretien-explications au préalable (n=3)

DIU = Dispositif Intra-Utérin

f) Pose de DIU chez les nullipares :

60/81 (74,1%) des professionnels posant des DIU le faisaient également chez les nullipares.

La fréquence de pose des DIU exclusivement chez les nullipares était de 0 à 1 pose par mois pour 46/51 (90,2%) des praticiens, dont 15 précisait avoir 1 à 4 poses/an.

Avant de pratiquer ce geste, un dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) était réalisé par 33/57 (57,9%), notamment par l'ensemble des gynécologues (7/7).

Pour la pose, différentes prémédications et techniques d'accompagnement/de prise en charge de la douleur étaient utilisées (cf tableau IV).

g) Evolution depuis 2013 selon l'ensemble des professionnels:

Observations personnelles des participants depuis 2013 :

- Une évolution des demandes contraceptives était constatée depuis la crise de la pilule pour 102/131 (77,9%) ; dont l'ensemble des gynécologues (7/7).
- Des praticiens relevaient moins de croyances erronées chez leurs patientes :
 - 24 sages-femmes sur 27 (88,9%)
 - 5 gynécologues sur 7 (71,4%)
 - 46 médecins généralistes sur 97 (47,4%).
- Les nullipares étaient également plus demandeuses de DIU selon :
 - l'ensemble des gynécologues (7/7)
 - 19 sages-femmes sur 25 (76,0%)
 - 44 médecins généralistes sur 97 (45,4%).
- Le format « short » des DIU avait amélioré l'accès à ce dispositif aux nullipares selon 86/124 (69,4%) des personnes interrogées.
- Depuis 2013, les méthodes de contraception réversible de longue durée, dont le DIU, n'étaient pas davantage promues en 1^{ère} intention chez les nullipares selon 63/128 (49,2%).

Discussion

a) Forces et faiblesses de l'étude :

La population de l'étude était composée de toutes les catégories de professions prescriptrices de DIU. Les résultats ont ainsi pu être différenciés par catégorie de praticiens, et ont permis d'obtenir une variété d'information quant aux pratiques et connaissances des praticiens sur le DIU, mais également leur avis concernant l'évolution depuis la crise de la pilule en 2013 ; ce qui constitue une force pour cette étude.

Cette étude comportait divers biais :

- Avec la diffusion du message entre pairs, le nombre exact de professionnels contactés pour cette enquête ne pouvait pas être déterminé avec certitude. Les calculs du taux de participation ont donc pu être biaisés. Cependant le nombre potentiel de professionnels contactés ainsi restait minime (seulement 10 personnes éligibles n'avaient pas été contactées personnellement).
- Une grande partie des professionnels qui ont répondu posaient des DIU : ceux qui ont participé pouvaient donc s'intéresser particulièrement à la gynécologie, a contrario de ceux qui se sont abstenus de répondre, et pouvant ainsi modifier les résultats obtenus.
- Le questionnaire étant en ligne, aucune explication ne pouvait être apportée en cas d'incompréhension des questions ; d'où de possibles abstentions ou réponses faussées.
- Les participants devaient sélectionner leurs réponses parmi des listes de propositions : les résultats étaient donc susceptibles d'avoir été influencés par celles-ci.
- Aucune distinction n'était faite dans le questionnaire entre les DIU au cuivre et ceux aux hormones. Les professionnels auraient peut-être répondu différemment en les distinguant.

D'autre part, la validité externe des résultats est limitée par le faible taux de réponse des professionnels.

b) Analyse des résultats :

Cette étude montrait une différence d'accès au DIU selon la parité des femmes, en dépit des recommandations(3,4,9). La nulliparité était un facteur limitant la proposition proactive du DIU par les professionnels de santé, indépendamment de l'âge de la femme, comme en témoigne la littérature(10).

Conseils contraceptifs des professionnels :

Des caractéristiques socioprofessionnelles influençaient de façon statistiquement significative cet accès ($p < 0,05$). Le fait d'être une femme, d'avoir moins de 50 ans, de faire du suivi contraceptif depuis moins de 20 ans, et de poser soi-même des DIU, étaient des facteurs associés à une plus forte probabilité de recommander proactivement le DIU aux nullipares. Ces données sont en accord avec d'autres études menées à plus grande échelle(5,11), hormis la spécialité médicale qui ne constituait pas ici une différence significative ($p = 0,114$).

Leur avis sur l'évolution depuis 2013 avait également une influence sur leur pratique. Lorsqu'ils observaient que les nullipares étaient plus demandeuses du DIU, que l'accès en était amélioré avec le format « short » (bien que le DIU au cuivre existait déjà sous cette forme avant 2010), et que l'accès aux formations pratiques était facile, ils avaient davantage tendance à recommander le DIU. Cependant, il restait étonnamment une grande part de soignants (environ 20%) qui ne recommandaient pas le DIU bien qu'ils s'informaient des recommandations des autorités de santé ou avaient un DU.

71,9% des médecins généralistes et 85,7% des gynécologues et sages-femmes confondus recommandaient ici le DIU aux femmes nullipares. Dans la surveillance qui a été menée par l'équipe FECOND en 2010 en France, parmi 1011 praticiens, cette recommandation concernait 16% des médecins généralistes et 31% des gynécologues(5). Un tel décalage pourrait donc laisser penser qu'une réelle évolution, constatée par les professionnels eux-mêmes, est en cours en faveur de l'accès du DIU aux nullipares.

Une consultation dédiée uniquement à la contraception n'était pas systématiquement proposée malgré le fait qu'elle soit recommandée(12,13). L'étude montrait aussi que 20,4% des médecins généralistes ne réévaluaient pas systématiquement à chaque consultation la méthode de contraception de leurs patientes. Ils remarquaient également moins souvent que les autres professionnels une diminution des croyances erronées de leurs patientes par rapport au DIU. Ces constatations pourraient être en lien du fait du manque de temps consacré à l'information des femmes ; manque de temps possiblement induit par la durée limitée de leurs consultations et au fait qu'ils assurent un suivi global de la santé de leurs patientes, donc avec des consultations non exclusivement dédiées à la gynécologie. Néanmoins ce temps leur apporterait tous les éléments nécessaires pour choisir au mieux la contraception qui leur convient, et donc de faire cesser des idées reçues. Une telle pratique permettrait aussi de lutter contre la « norme contraceptive française »(5), en adaptant la contraception au parcours de vie des femmes et limitant ainsi les échecs contraceptifs(1,6,8).

En adéquation avec la littérature, les médecins généralistes étaient plus réticents à ce type de contraception chez les nullipares mais également chez les femmes ayant déjà eu des enfants(5). Cependant, dans le contexte actuel de désertification médicale en général et plus spécifiquement dans le domaine de la gynécologie médicale, de plus en plus de médecins généralistes sont amenés à assurer le suivi contraceptif de leurs patientes(11) et il est donc important de s'intéresser à leurs pratiques. D'autant plus qu'ici, la formation pratique était jugée comme étant difficile d'accès selon plus d'un médecin généraliste sur deux, alors qu'il est établi que plus les professionnels sont formés et plus ils recommandent ce dispositif de façon spontanée(14). Les aider à se former plus aisément pourrait donc être un des leviers d'action pour améliorer l'accès au DIU, ainsi que de les inciter à poursuivre la mise en place de protocole de coopération entre professionnels dans le domaine contraceptif, comme l'avait avancé la HAS dans son état des lieux en 2013 sans pour autant proposer de trame(8). En ce sens, il serait par exemple intéressant de

mettre en place des partenariats entre les professionnels de santé et les CPEF afin de leur permettre de se former plus facilement aux gestes ou d'obtenir des renseignements sur les contraceptifs.

Le DIU était surtout employé en 2^{ème} intention alors que celui au cuivre est recommandé en 1^{ère} intention(3,4,9). Ayant la particularité de ne pas contenir d'hormones, il est pourtant attractif pour les patientes qui refusent des contraceptifs hormonaux, surtout depuis la crise de la pilule en 2013(6,7). Ce dispositif, qu'il soit au cuivre ou hormonal, présente aussi l'avantage de pouvoir être prescrit chez des femmes à risque cardiovasculaire (notamment chez les femmes tabagiques ou obèses)(15) et aurait donc un intérêt à être promulgué. Dans le cadre de la contraception d'urgence, son utilisation reste très marginale alors que le DIU au cuivre est la méthode la plus efficace, qu'il peut être inséré dans les 5 jours suivant le rapport à risque, et qu'il a le bénéfice de pouvoir être laissé en place après(16). Cet usage restreint est comparable aux données de la littérature : une enquête menée en 2007 a notamment montré qu'après une IVG, seulement 11,7% des adolescentes avait reçu une prescription pour une méthode de contraception réversible à longue durée (2,9% étaient des DIU)(17).

Pose de DIU :

La grande majorité (91,4%) des professionnels posait des DIU. Tous ceux qui n'en posaient pas redirigeaient leurs patientes, sans pour autant avoir un protocole de coopération clairement établi. De nombreux professionnels n'en posaient pas par réticence. Certes la formation initiale était insuffisante pour 90,3% d'entre eux et pourrait expliquer en partie ce ressenti, mais il subsistait tout de même plus d'un tiers qui ne voulait pas pour autant avoir une formation complémentaire sur le sujet. Il pourrait ainsi être intéressant d'explorer la raison de ce refus de formation.

Pose de DIU et nulliparité :

La plupart des professionnels étaient favorables à l'utilisation du DIU chez les nullipares (94,7%). Pour autant un quart d'entre eux (25,9%) ne les posaient pas eux-mêmes alors qu'ils le faisaient chez les primi/multipares. Ce point n'a pas été approfondi ici mais les motivations de cette distinction en fonction de la parité pourraient être étudiées plus en détail.

La faible expérience de pose et la nulliparité sont des facteurs reconnus comme pouvant créer une réticence des professionnels puisque la pose du DIU peut présenter plus de difficultés(10,14,18–20). Pour autant, selon la littérature, l'insertion n'est qu'un peu plus difficile et douloureuse chez les nullipares comparativement aux multipares, et elle serait même facile la plupart du temps(21,22).

Peu de professionnels (18,8%) considéraient qu'il existait une augmentation du risque infectieux par rapport aux autres patientes lors de la pose, et aucun des praticiens ne prescrivait d'antibiotiques en systématique. D'autre part, l'existence possible de ce risque n'influait pas significativement la recommandation ou non du DIU aux nullipares ($p=0,423$). Dans leurs critères pour envisager une pose, ils prenaient surtout en compte l'absence d'antécédent d'IST (72,2%) et le fait d'avoir un partenaire stable (58,3%). Diverses études ont d'ailleurs montré l'absence de lien entre le DIU lui-même et les inflammations pelviennes(16,23,24), ainsi que l'inefficacité d'une

antibioprophylaxie systématique(25,26). Ainsi les mentalités sembleraient avoir évolué et ce risque d'inflammation pelvienne ne représenterait pas une barrière à son usage, contrairement à l'étude de Buhling et al. réalisée en 2012 et l'étude Fécond de 2013(7,10).

Ces deux publications mettaient également en évidence une autre barrière : la douleur augmentée des nullipares lors de la pose. Mais ici aussi ce critère n'était pas un facteur statistiquement significatif de limitation d'accès au DIU des nullipares ($p=0,489$). Bien qu'il n'existe pas actuellement de schéma thérapeutique spécifique, de nombreux moyens sont disponibles pour diminuer cette douleur induite par la pose(27). La levée de cette barrière pourrait par conséquent être en lien avec le développement de techniques d'accompagnement et de prise en charge de la douleur ; notamment avec l'homéopathie, l'hypnose et la relaxation. La part d'explications au préalable, le « counseling », joue également un rôle dans la perception de la douleur ainsi que de sa tolérance(13,19), d'où l'importance encore une fois du temps d'information.

Dans le contexte actuel socioéconomique où l'âge moyen des femmes pour leur 1^{er} enfant est de 30,4 ans(28), la limitation de l'accès à des méthodes de contraception efficace de longue durée est un important risque d'échec contraceptif chez ces femmes jeunes et donc plus à risque de connaître des grossesses non désirées(14).

Conclusion

Le DIU nécessite d'être reconnu comme étant adapté aux femmes nullipares et d'être proactivement intégré dans les conseils contraceptifs des professionnels de santé. Une évolution est ressentie auprès des professionnels mais cette progression reste encore insuffisante au vu du taux d'échec contraceptif. Il est primordial que les praticiens soient sensibilisés à l'importance du temps d'information ainsi qu'à la nécessité d'adapter la contraception au parcours de vie des femmes. Faire évoluer leurs pratiques permettrait de répandre davantage l'usage du DIU, notamment chez les nullipares, et ainsi contribuer à la réduction du taux de grossesses non désirées grâce à une contraception mieux adaptée aux femmes.

La création d'une cotation d'acte spécifique dédiée au temps d'information sur la contraception pourrait inciter les professionnels à s'attarder sur ce point.

D'autre part, il serait plus judicieux que l'ensemble du panel contraceptif disponible soit totalement remboursé pour que les femmes puissent pleinement bénéficier d'un libre choix de contraception.

Bibliographie

1. IGAS LD. Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001 - Rapport de synthèse [Internet]. 2009 [cité 1 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000047/index.shtml>
2. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Dossier de presse : Mise en œuvre de la politique sur la contraception - Lancement de la campagne de communication. 2013.
3. WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use - Fifth edition [Internet]. 2015 [cité 1 mars 2016]. Disponible sur: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en/
4. HAS. Fiche memo contraception chez la femme en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG). Paris: HAS; 2013.
5. Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? sept 2012;(492).
6. Trignol-Viguié N, Blin E, Marret H. Dispositif intra-utérin et nulliparité. Gynécologie Obstétrique Fertil. juin 2014;42(6):432-7.
7. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C, équipe Fécond. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Mai 2014;(511).
8. HAS. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [Internet]. 2013. Disponible sur: http://www.has-sante.fr:contraception_freins_reco2clics-5.pdf
9. The American College of Obstetricians and Gynecologists WHCP. Long-Acting Reversible Contraception: Implants and Intrauterine Devices. Clin Manag Guidel Obstet-Gynecol [Internet]. juill 2011 [cité 22 févr 2015];(121). Disponible sur: <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Practice-Bulletins/Committee-on-Practice-Bulletins-Gynecology/Long-Acting-Reversible-Contraception-Implants-and-Intrauterine-Devices>
10. Buhling KJ, Hauck B, Dermout S, Ardaens K, Marions L. Understanding the barriers and myths limiting the use of intrauterine contraception in nulliparous women: results of a survey of European/Canadian healthcare providers. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. déc 2014;183:146-54.
11. Moreau C, Bohet A, Hassoun D, Ringa V, Bajos N. IUD use in France: women's and physician's perspectives. Contraception. janv 2014;89(1):9-16.
12. HAS. Haute Autorité de Santé - Contraception : prescriptions et conseils aux femmes [Internet]. 2015 [cité 22 févr 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1752432/fr/contraception-prescriptions-et-conseils-aux-femmes
13. Kavanaugh ML, Frohwirth L, Jerman J, Popkin R, Ethier K. Long-acting Reversible Contraception for Adolescents and Young Adults: Patient and Provider Perspectives. J Pediatr Adolesc Gynecol. avr 2013;26(2):86-95.
14. Moreau C, Bohet A, Trussel J, Leguen M, Bajos N. Trends and determinants of use of long-acting reversible contraception use among young women in France: results from three national surveys conducted between 2000 and 2010. Fertil Steril. 2013;100:451-8.

15. HAS. Contraception chez la femme à risque cardiovasculaire - Fiche mémo - Liste. Paris: HAS; 2013.
16. Cheng L, Che Y, Guelmezoglu AM. Interventions for emergency contraception. Cochrane Database Syst Rev. 2012;(8):CD001324.
17. Moreau C, Trussell J, Bajos N. Contraceptive Paths of Adolescent Women Undergoing an Abortion in France. J Adolesc Health. avr 2012;50(4):389-94.
18. Harrison-Woolrych M, Ashton J, Coulter D. Insertion of the Multiload Cu375 intrauterine device; experience in over 16,000 New Zealand women. Contraception. déc 2002;66(6):387-91.
19. Suhonen S, Haukkamaa M, Jakobsson T, Rauramo I. Clinical performance of a levonorgestrel-releasing intrauterine system and oral contraceptives in young nulliparous women: a comparative study. Contraception. mai 2004;69(5):407-12.
20. Hubacher D, Reyes V, Lillo S, Zepeda A, Chen P-L, Croxatto H. Pain from copper intrauterine device insertion: Randomized trial of prophylactic ibuprofen. Am J Obstet Gynecol. nov 2006;195(5):1272-7.
21. Bahamondes MV, Hidalgo MM, Bahamondes L, Monteiro I. Ease of insertion and clinical performance of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in nulligravidas. Contraception. nov 2011;84(5):e11-6.
22. Marions L, Lovkvist L, Taube A, Johansson M, Dalvik H, Overlie I. Use of the levonorgestrel releasing-intrauterine system in nulliparous women - a non-interventional study in Sweden. Eur J Contracept Reprod Health Care. avr 2011;16(2):126-34.
23. Farley TMM, Rowe PJ, Meirik O, Rosenberg MJ, Chen J-H. Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: an international perspective. The Lancet. 28 mars 1992;339(8796):785-8.
24. Black K, Lotke P, Buhling KJ, Zite NB. A review of barriers and myths preventing the more widespread use of intrauterine contraception in nulliparous women. Eur J Contracept Reprod Health Care. oct 2012;17(5):340-50.
25. Grimes DA, Lopez LM, Manion C, Schulz KF. Cochrane systematic reviews of IUD trials: lessons learned. Contraception. juin 2007;75(6, Supplement):S55-9.
26. Walsh T, Grimes D, Frezieres R, Nelson A, Bernstein L, Coulson A, et al. Randomised controlled trial of prophylactic antibiotics before insertion of intrauterine devices. The Lancet. 4 avr 1998;351(9108):1005-8.
27. Gronier H, Letombe B, Collier F, Dewailly D, Robin G. Mise au point sur la contraception intra-utérine en 15 questions-réponses. Gynécologie Obstétrique Fertil. janv 2012;40(1):37-42.
28. Bellamy V, Beaumel C, division Enquêtes et études démographiques. Insee - Population - Bilan démographique 2015 - Le nombre de décès au plus haut depuis l'après-guerre. 2016 janv. (Insee Première). Report No.: 1581.

Annexes : Questionnaire des professionnels :

A. Profil du professionnel de santé :

1. Quel est votre sexe ?
☐ Homme ☐ Femme
2. Quelle est votre année de naissance ?
3. Quelle est votre profession ?
☐ Sage-femme ☐ Gynécologue ☐ Médecin Généraliste

⇒ Si vous êtes sage-femme : Quelle est l'année d'obtention de votre D.E. ?
4. Exercez-vous :
☐ Seul ☐ En collaboration ☐ Autre :
5. Assurez-vous des suivis contraceptifs ?
☐ Oui ☐ Non
5.1. Si non : Le questionnaire est terminé, merci de votre participation.
5.2. Si oui :
 - Depuis quelle année assurez-vous ces suivis ?
 - Avez-vous une activité annexe en lien avec la contraception ?
☐ Non ☐ Centre de planification ☐ Centre d'IVG ☐ Autre(s) :

B. Analyse des pratiques en général :

B.1. Prescription de contraceptif :

1. Une patiente vient vous voir pour une 1^{ère} contraception : proposez-vous **systématiquement** une consultation dédiée uniquement à la contraception (présentation des contraceptifs existants et entretien avec la patiente/le couple)?
☐ Oui ☐ Non
2. En général, parmi les moyens de contraception suivants, lesquels proposez-vous à vos patientes :

<input type="checkbox"/> Préservatif masculin	<input type="checkbox"/> Préservatif féminin	<input type="checkbox"/> Spermicide
<input type="checkbox"/> Cape cervicale	<input type="checkbox"/> Diaphragme	<input type="checkbox"/> Dispositif intra-utérin (D.I.U.)
<input type="checkbox"/> Anneau vaginal	<input type="checkbox"/> Patch	<input type="checkbox"/> Implant progestatif
<input type="checkbox"/> Pilule œstro-progestative	<input type="checkbox"/> Pilule microprogestative	<input type="checkbox"/> Progestatif injectable
3. A vos patientes nullipares, lesquels proposez-vous :

<input type="checkbox"/> Préservatif masculin	<input type="checkbox"/> Préservatif féminin	<input type="checkbox"/> Spermicide
<input type="checkbox"/> Cape cervicale	<input type="checkbox"/> Diaphragme	<input type="checkbox"/> Dispositif intra-utérin (D.I.U.)
<input type="checkbox"/> Anneau vaginal	<input type="checkbox"/> Patch	<input type="checkbox"/> Implant progestatif
<input type="checkbox"/> Pilule œstro-progestative	<input type="checkbox"/> Pilule microprogestative	<input type="checkbox"/> Progestatif injectable
4. Réévaluez-vous **systématiquement** à chaque consultation la méthode contraceptive utilisée?
☐ Oui ☐ Non

B.2. D.I.U.

1. Posez-vous des D.I.U. ? ☐ Oui ☐ Non

1.1. Si oui : Combien en posez-vous en moyenne par mois ?

1.2. Si non :

1.2.1. Pourquoi ?

- ☐ Selon vous, votre profession n'est pas habilitée à pratiquer cet acte
- ☐ Contraintes matérielles/locaux inadaptés à la pose de D.I.U
- ☐ Temps de consultation nécessaire pour une pose de D.I.U. trop long
- ☐ Réticence à la réalisation des gestes techniques
- ☐ Autre(s) :

1.2.2. Adressez-vous vos patientes vers un autre professionnel dans ce cas?

- ☐ Oui ☐ Non

⇒ Si oui : Vers qui les orientez-vous ?

- ☐ Sage-femme ☐ Gynécologue ☐ Médecin généraliste
- ☐ Centre de planification ☐ Autre(s) :

2. Avez-vous un protocole de coopération entre professionnels de santé dans le domaine de la prescription contraceptive?

- ☐ Oui ☐ Non

3. Concernant votre formation initiale à propos du D.I.U., vous pensez que celle-ci est :

- ☐ Suffisante ☐ Insuffisante

4. Quelle(s) ressource(s) utilisez-vous en complément de formation dans le domaine de la contraception ?

- ☐ Publications et recommandations des autorités de santé
- ☐ Journaux et revues médicales
- ☐ Conférences
- ☐ Visites de firmes pharmaceutiques
- ☐ D.U. : Précisez le(s)quel(s) :
- ☐ Autre(s) : Précisez :

5. Souhaiteriez-vous une formation complémentaire ?

- ☐ Oui ☐ Non

⇒ Si oui : Quel type de formation préféreriez-vous ? ☐ Théorique ☐ Pratique

C. Analyse des pratiques chez les nullipares :

Si vous ne posez pas de D.I.U., merci d'aller directement à la partie D.

C.1. Prescription du D.I.U. chez les nullipares :

1. Concernant l'utilisation du D.I.U. chez les nullipares, vous y êtes :

- ☐ Favorable ☐ Défavorable

2. A une nullipare, vous proposez de vous-même le D.I.U. :

- ☐ En 1^{ère} intention ☐ En 2^{ème} intention ☐ En tant que contraception d'urgence
- ☐ Jamais

3. Selon vous, parmi les critères suivants, lesquels sont nécessaires pour envisager une pose de D.I.U. chez une nullipare ?

- ☐ Partenaire stable
- ☐ Absence d'antécédent d'infection sexuellement transmissible (IST)
- ☐ Antécédent d'interruption volontaire de grossesse (I.V.G.)

- ☐ Certain âge : Veuillez préciser :
- ☐ Autre(s) : Précisez :
-

C.2. Pose du D.I.U. chez les nullipares :

1. Posez-vous des D.I.U. chez les nullipares ?

- ☐ Oui ☐ Non

⇒ Si oui : Combien en posez-vous en moyenne par mois chez les nullipares?

2. Selon vous, chez les nullipares (par rapport aux multipares) :

- le risque infectieux est-il augmenté ? ☐ Oui ☐ Non
- le risque de douleur et/ou de malaise est-il augmenté ? ☐ Oui ☐ Non

Si vous ne posez pas de D.I.U. chez les nullipares, merci d'aller directement à la partie D.

3. Avant une pose de D.I.U. chez une nullipare, vous réalisez :

- ☐ Un dépistage de Chlamydiae Trachomatis (± Gonocoque)
- ☐ Un dépistage complet des I.S.T.
- ☐ Aucun bilan particulier
- ☐ Autre(s) :

4. Avant une pose de D.I.U. chez une nullipare, faites-vous une prescription médicamenteuse ?

- ☐ En systématique ☐ Parfois ☐ Jamais

⇒ Si en systématique ou parfois : Que prescrivez-vous ?

- ☐ Paracétamol ☐ AINS ☐ Anti-spasmodique
- ☐ Misoprostol (Cytotec®) ☐ Antibiotiques ☐ Autre(s) :

5. Lors de la pose du D.I.U. chez une nullipare, faites-vous appel à des techniques d'accompagnement/de prise en charge de la douleur?

- ☐ Systématiquement ☐ Parfois ☐ Jamais

⇒ Si systématiquement ou parfois : Quel(s) type(s) de technique utilisez-vous ?

- ☐ Relaxation ☐ Musique ☐ Hypnose ☐ Homéopathie
- ☐ Autre(s) :

D. Observations personnelles depuis 2013 :

1. Avez-vous vu une évolution des demandes contraceptives depuis la crise de la pilule en 2013 ?

- ☐ Oui ☐ Non

2. Selon vous, les patientes ont-elles moins de croyances erronées à propos du D.I.U. ?

- ☐ Oui ☐ Non

3. Les nullipares sont-elles plus demandeuses de D.I.U. ?

- ☐ Oui ☐ Non

4. Selon vous, l'apparition de D.I.U. de format « short » a-t-elle amélioré l'accès à ce dispositif aux nullipares ?

- ☐ Oui ☐ Non

5. Estimez-vous que les méthodes de contraception réversible de longue durée, et notamment le D.I.U., sont davantage promues en 1^{ère} intention chez les nullipares ?
☐ Oui ☐ Non
6. Comment qualifieriez-vous l'accès aux formations pratiques aux gestes techniques de pose/retrait du D.I.U. ?
☐ Facile ☐ Difficile

Avez-vous des remarques ?

.....

.....

.....

.....

.....

Merci de votre participation à ce questionnaire.

Cordialement,

Agathe VILLOTEAU
Étudiante sage-femme - C.H.U. d'Angers

Introduction : Le dispositif intra-utérin (DIU) est actuellement le 2^{ème} moyen de contraception en France, après la pilule. En dépit de la haute efficacité et des bénéfices de cette méthode de contraception, le DIU reste difficile d'accès aux nullipares. Des barrières liées aux professionnels de santé persistent malgré les recommandations.

Objectif : L'objectif de cette étude était d'analyser le point de vue actuel des praticiens quant à l'accès et à la pose du DIU chez les nullipares.

Matériel et méthodes : Sages-femmes, gynécologues et médecins généralistes exerçant en libéral dans le département du Maine-et-Loire. Étude épidémiologique transversale descriptive, à partir d'un questionnaire en ligne.

Résultats : 98 médecins généralistes, 28 sages-femmes et 7 gynécologues étaient inclus dans l'étude. Le DIU était intégré proactivement dans les conseils contraceptifs des primi/multipares par 86,5% des professionnels vs 75,6% lorsqu'il s'agissait de nullipares. Des caractéristiques socioprofessionnelles des praticiens influençaient de façon statistiquement significative cet accès ($p < 0,05$). Les médecins généralistes avaient tendance à moins y avoir recours, toutes parités confondues. Les risques d'infection et de douleur augmentés lors de la pose chez les nullipares n'étaient pas des facteurs statistiquement significatifs de limitation d'accès ($p > 0,05$).

Discussion : Une évolution favorable est perçue mais reste encore insuffisante au vu du taux d'échec contraceptif. Le temps d'information des patientes est essentiel, ainsi que la réadaptation de la contraception tout au long de la vie des femmes. Promouvoir les méthodes de contraception réversibles de longue durée, dont le DIU, contribuerait à la réduction du taux de grossesses non désirées avec une contraception mieux adaptée aux femmes.

mots-clés : nullipare, dispositif intra-utérin, contraception intra-utérine, contraception réversible de longue durée, accès, barrières, professionnel de santé, sage-femme, gynécologue, généraliste, Maine-et-Loire.

Introduction : The intrauterine device (IUD) is the second most popular contraceptive method in France, after pills. Despite the high efficacy and advantages of this long-acting reversible contraception, this method remains difficult to access for nulliparous women. Practitioners' barriers persist even with the recommendations.

Objective : The objective was to analyse the point of view of the healthcare providers about access and insertion of the intrauterine device.

Study design : Independent Midwives, gynecologists, general practitioners who worked in Maine-et-Loire. Descriptive cross-sectional epidemiological study, based on an online questionnaire.

Results : 98 general practitioners, 28 midwives and 7 gynecologists, were included in this study. The IUD was spontaneously recommended to women by 86,5% of practitioners vs 75,6% when they were nulliparous. Some healthcare providers' socio-professional characteristics influenced statistically significantly this access ($p < 0,05$). General practitioners were less likely to prescribe IUD, regardless of parity. Increased risk of infection and pain during insertion to nulliparous women weren't statistically significantly for a limited access ($p > 0,05$).

Discussion : A favorable trend is perceived but is still insufficient seen the contraceptive failure rate. Women's counseling are necessary, as rehabilitation of contraception during patients' life. Promote long-acting reversible contraception, including IUD, could help to reduce the unintended pregnancy rates with contraception better suited to women.

keywords : nulliparous, contraception, intrauterine device, long-acting reversible contraception, access, barriers, healthcare provider, midwife, gynecologist, general practitioner, Maine-et-Loire.

Présidence de l'université
40 rue de rennes – BP 73532
49035 Angers cedex
Tél. 02 41 96 23 23 | Fax 02 41 96 23 00