



HAL
open science

Enquête sur les connaissances des femmes de 18 à 45 ans sur le dispositif intra-utérin en médecine ambulatoire, en Isère

Marie Lalo, Florie Sacareau

► **To cite this version:**

Marie Lalo, Florie Sacareau. Enquête sur les connaissances des femmes de 18 à 45 ans sur le dispositif intra-utérin en médecine ambulatoire, en Isère. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01096008

HAL Id: dumas-01096008

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01096008>

Submitted on 16 Dec 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année : 2014

N°

**Enquête sur les connaissances des femmes de 18 à 45 ans sur le dispositif intra-utérin en
médecine ambulatoire, en Isère**

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT

Marie LALO
Née le 09 Février 1987 à Saint-Martin d'Hères

Florie SACAREAU
Née le 06 Septembre 1986 à Saint-Martin d'Hères

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE
GRENOBLE*

Le 12 décembre 2014

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Président du jury : Mme le Professeur Sylviane HENNEBICQ

Membres

Mr le Professeur Pierre-Yves BENHAMOU

Mr le Professeur Jean-Jacques RAMBEAUD

Mme le Docteur Véronique EQUY

Mme le Docteur Claire SANTONI

**La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation
aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs
auteurs*

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER

Année 2013-2014

Professeurs à l ' UFR de MEDECINE

N° poste HARPEGE	N° poste ministère	Occupation Actuelle	Discipline universitaire
2304	0100	ALBALADEJO Pierre Depuis 01/09/2008	Anesthésiologie réanimation
2321	0054	APTEL Florent depuis le 01/09/2014	Ophthalmologie
2315	0174	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine Depuis de 01/09/2007	chirurgie générale
2431	0024	BALOSSO Jacques Depuis 01/09/2003	Radiothérapie
2301	0919	BARRET Luc Depuis 01/10/1992	Médecine légale et droit de la santé
2290	0003	BENHAMOU Pierre Yves Depuis 01/09/2003	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
2495	0031	BERGER François Depuis 01/09/2001	Biologie cellulaire
2324	0042	BETTEGA Georges Depuis le 01/09/2013	Chirurgie maxillo-faciale, stomatologie
2456	0039	BONAZ Bruno Depuis 01/09/2001	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
5179	1453	BOSSON Jean-Luc Depuis 01/01/2006	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
2416	0011	BOUGEROL Thierry Depuis 01/09/1998	Psychiatrie d'adultes
2372	0013	BOUILLET Laurence Depuis 01/09/2012	Médecine interne
	SURNOMBRE 9/10/013	BRAMBILLA CHRISTIAN Depuis 01/10/1989	Pneumologie
	SURNOMBRE	BRAMBILLA Elisabeth Depuis 01/10/1993	Anatomie et cytologie pathologiques
2302	0048	BRICAULT Ivan Depui 01/09/2011	Radiologie et imagerie médicale
2365	0900	BRICHON Pierre-Yves Depuis 01/10/1993	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
2294	0043	CAHN Jean-Yves Depuis 01/09/2004	Hématologie
2405	0017	CARPENTIER Françoise Depuis 01/09/1997	Thérapeutique, médecine d'urgence

2310	0020	CARPENTIER Patrick Depuis 01/10/1990	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
2425	0030	CESBRON Jean-Yves Depuis 01/09/1999	Immunologi
2308	0110	CHABARDES Stephan Depuis 01/09/2010	Neurochirurgie
2535	0725	CHABRE Olivier Depuis 01/09/2002	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
2316	0061	CHAFFANJON Philippe Depuis 01/09/2005	Anatomie
2340	0134	CHAVANON Olivier Depuis 01/09/2006	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
2297	0190	CHIQUET Christophe Depuis 01/09/2007	Ophthalmologie
2343	0233	CINQUIN Philippe Depuis 01/10/1992	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
3551	1414	COHEN Olivier Depuis 01/09/2003	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
5237	0103	COUTURIER Pascal Depuis 01/09/2007	Gériatrie et biologie du vieillissement
2306	0077	CRACOWSKI Jean-Luc Depuis 01/09/2009	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique

2313	0879	DE GAUDEMARIS Régis Depuis 01/07/1992	Médecine et santé au travail
2322	0032	DEBILLON Thierry Depuis 01/09/2003	Pédiatrie
8855	0084	DEMATTEIS Maurice Depuis 01/09/2010	Addictologie
	SURNOMBRE	DEMONGEOT Jacques Depuis 01/10/1989	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
2403	0022	DESCOTES Jean-Luc Depuis 01/09/1997	Urologie
2369	0041	EPAULARD Olivier Depuis le 01/09/2014	Maladies infectieuses, maladies tropicales
4068	1437	ESTEVE François Depuis 01/09/2004	Biophysique et médecine nucléaire
2361	0034	FAGRET Daniel Depuis 01/10/1992	Biophysique et médecine nucléaire
2493	0055	FAUCHERON Jean-Luc Depuis 01/09/2001	chirurgie générale
2447	0047	FERRETTI Gilbert Depuis 01/09/2000	Radiologie et imagerie médicale
2317	0005	FEUERSTEIN Claude Depuis 01/07/1992	Physiologie
5178	1452	FONTAINE Eric Depuis 01/01/2006	Nutrition
2411	0028	FRANCOIS Patrice Depuis 01/09/1998	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

9594	0072	GARBAN Frédéric Depui 01/09/2011	Hématologie, transfusion
2491	0053	GAUDIN Philippe Depuis 01/09/2001	Rhumatologie
2296	0052	GAVAZZI Gaetan Depui 01/09/2011	Gériatrie et biologie du vieillissement
2300	0065	GAY Emmanuel Depuis 01/09/2004	Neurochirurgie
2368	0004	GODFRAND Catherine Depuis le 01/09/2013	Anatomie et cytologie pathologiques (type clinique)
2318	9901	GRIFFET Jacques Depuis 01/03/2010	Chirurgie infantile
	SURNOMBRE 17/01/012	HALIMI Serge Depuis 01/10/1990	Nutrition
2339	0102	HENNEBICQ Sylviane Depuis 01/09/2012	Génétique et procréation
2305	0027	HOFFMANN Pascale Depuis 01/09/2012	Gynécologie obstétrique
2384	0012	HOMMEL Marc Depuis 01/09/1995	Neurologie
2404	1317	JOUK Pierre-Simon Depuis 01/09/1997	Génétique
2364	0014	JUVIN Robert Depuis 01/10/1993	Rhumatologie
5235	0069	KAHANE Philippe Depuis 01/09/2007	Physiologie
2508	0050	KRACK Paul Depuis 01/09/2003	Neurologie
2338	0912	KRAINIK Alexandre Depuis 01/09/2009	Radiologie et imagerie médicale
2344	1009	LABARERE José Depuis 01/09/2012	Département de veille sanitaire
5176	1480	LANTUEJOUL Sylvie Depuis 01/09/2008	Anatomie et cytologie pathologiques
2507	0015	LECCIA Marie-Thérèse Depuis 01/09/2002	Dermato-vénéréologie

2392	0006	LEROUX Dominique Depuis 01/09/1996	Génétique
2303	0064	LEROY Vincent Depuis 01/09/2007	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
	SURNOMBRE	LETOUBLON Christian Depuis 01/05/1992	chirurgie générale
2401	0033	LEVY Patrick Depuis 01/09/1997	Physiologie
	SURNOMBRE	MACHECOURT Jacques Depuis 01/10/1989	Cardiologie

2329	0184	MAGNE Jean-Luc Depuis 01/07/1990	Chirurgie vasculaire
5233	3755	MAITRE Anne Depuis 01/09/2007	Médecine et santé au travail
2500	0056	MAURIN Max Depuis 01/09/2002	Bactériologie - virologie
2330	0021	MERLOZ Philippe Depuis 01/10/1991	Chirurgie orthopédique et traumatologie
2332	0007	MORAND Patrice Depuis 01/09/2007	Bactériologie - virologie
2323	0018	MOREAU-GAUDRY Alexandre Depuis 01/09/2013	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
2362	0071	MORO Elena Depuis 01/09/2012	Neurologie
2293	0046	MORO-SIBILOT Denis Depuis 01/09/2005	Pneumologie
2380	0010	MOUSSEAU Mireille Depuis 01/09/1994	Cancérologie
2331	0001	MOUET François Depuis 01/10/1990	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlogie
2311	0062	PALOMBI Olivier Depuis 01/09/2011	Anatomie
2325	0026	PARK Sophie Depuis le 01/09/2013	Hémato - transfusion
2379	0019	PASSAGIA Jean-Guy Depuis 01/09/1994	Anatomie
2393	0009	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François Depuis 01/09/1996	Anesthésiologie réanimation
2486	0889	PELLOUX Hervé Depuis 01/09/2001	Parasitologie et mycologie
2291	0057	PEPIN Jean-Louis Depuis 01/09/2004	Physiologie
2395	1318	PERENNOU Dominique Depuis 01/04/2008	Médecine physique et de réadaptation
2312	0051	PERNOD Gilles Depuis 01/09/2007	Médecine vasculaire
2314	0060	PIOLAT Christian Depuis 01/09/2009	Chirurgie infantile
2381	0671	PISON Christophe Depuis 01/09/1994	Pneumologie
2333	0044	PLANTAZ Dominique Depuis 01/09/2003	Pédiatrie

2412	0038	POLACK Benoît Depuis 01/09/1998	Hématologie
2327	0112	POLOSAN Mircea Depuis le 01/09/2013	Psychiatrie d'adultes
2414	0066	PONS Jean-Claude Depuis 01/09/1998	Gynécologie obstétrique
2334	0058	RAMBEAUD Jacques Depuis 01/07/1991	Urologie

2367	0911	REYT Emile Depuis 01/10/1992	Oto-rhino-laryngologie
2307	1117	RIGHINI Christian Depuis 01/09/2010	Oto-rhino-laryngologie
2335	0023	ROMANET J. Paul Depuis 01/10/1991	Ophtalmologie
2336	0025	SARAGAGLIA Dominique Depuis 01/07/1992	Chirurgie orthopédique et traumatologie
	0063	SAUDOU Frédéric Depuis le 01/09/2014	Biologie cellulaire
2298	0913	SCHMERBER Sébastien Depuis 01/09/2005	Oto-rhino-laryngologie
2326	0037	SCHWEBEL Carole Depuis 01/09/2012	Réanimation médicale
11273	8888	SCOLAN Virginie Depuis le 01/09/2013	Médecine légale et droit de la santé
2387	1281		
2320	0059	SESSA Carmine	Chirurgie vasculaire en disponibilité pour un an
2341	1026	STAHL Jean-Paul Depuis 01/10/1992	Maladies infectieuses, maladies tropicales
2337	0002	STANKE Françoise Depuis 01/09/2011	Pharmacologie fondamentale
2328	0045	TAMISIER Renaud Depuis 01/09/2013	Physiologie
2321	0054		
2319	0088	TONETTI Jérôme 01/09/2007 au 31/12/2010	Chirurgie orthopédique et traumatologie
2370	0074	TOUSSAINT Bertrand Depuis 01/09/2008	Biochimie et biologie moléculaire
2428	0016	VANZETTO Gérald Depuis 01/09/1999	Cardiologie
2430	0035	VUILLEZ Jean- Philippe Depuis 01/09/1999	Biophysique et médecine nucléaire

9591	0117	WEIL Georges Depuis 01/09/2011	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
2292	0878	ZAOUI Philippe Depuis 01/09/2002	Néphrologie
2377	0036	ZARSKI Jean-Pierre Depuis 01/09/1994	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

REMERCIEMENTS

A notre présidente du jury, Madame le Professeur Sylviane HENNEBICQ,

Merci de nous avoir fait l'honneur de présider notre jury de thèse. Veuillez accepter pour cela nos plus sincères remerciements.

Aux membres du jury,

Au Professeur Pierre-Yves BENHAMOU, toute notre gratitude pour votre participation à ce jury. Merci aussi pour votre enseignement passionné au cours des premier et deuxième cycles de nos études, et pour nous avoir transmis avec générosité une partie de votre savoir.

Au Professeur Jean-Jacques RAMBEAUD, merci de l'intérêt porté à notre travail, et de nous faire l'honneur de participer à notre jury de thèse.

Au Docteur Véronique EQUY, toute notre reconnaissance pour votre participation à ce jury, ainsi que pour votre enseignement dynamique de la gynécologie à la faculté et au sein de votre service hospitalier.

A notre directrice de thèse, Madame le Docteur Claire SANTONI,

Pour avoir accepté de diriger notre thèse. Merci pour avoir cru en ce travail, et pour tout le temps passé. Merci de ta présence et de tes conseils avisés. Merci aussi pour ton enseignement en tant qu'interne, puis en tant que médecin au Centre de Planification et d'Education Familiale.

Aux médecins ayant participé à notre *Ronde Delphi*, ainsi qu'à ceux ayant accepté de distribuer nos questionnaires au sein de leur cabinet,

Merci pour votre participation à l'élaboration et à la distribution de notre questionnaire d'étude. Merci aussi pour votre œil d'expert sur le sujet qui nous a été précieuse.

A Monsieur André LECOANET, merci pour ton aide à la réalisation de nos statistiques

REMERCIEMENTS de Mademoiselle Marie LALO

A Lars, merci d'avoir été là tout au long de ces années. Je suis tellement fière de tout ce que tu as réussi à faire. Merci pour ton soutien sans faille, pour ta patience, et ton amour.

A mes parents, qui m'ont soutenue depuis le début de ces longues années de médecine, même dans les moments de doute. Merci d'avoir toujours cru en moi, merci pour votre présence, et pour votre amour.

A ma petite sœur que j'aime plus que tout. Toi aussi tu as toujours été là. Merci pour toutes ces années de bonheur partagées dans notre enfance et après, et pour ce soutien mutuel qu'on s'apportera toujours.

A mes cousines adorées Clair et Marie, à vos moitiés bien sûr, et à mon filleul Benjamin que j'aime tant. Qu'est-ce que j'aurais fait sans vous. Merci pour tous ces moments partagés, pour nos papotages interminables, nos fous rires, nos délires.

A tous les cousins : Les Noël, les vacances, et les réunions familiales qu'on attend avec impatience. Je n'ai que de supers souvenirs en mémoire. Merci à vous qui êtes venus ce soir.

A vous les potes : Gomar, Zouz, Poulou, Manus, Marie Rrr, Léa, Amaël, Rob. Dix années à faire la fête vivre ensemble (les nanas), mais aussi à bosser ! Merci pour tous ces supers moments, ces week-ends et vacances de compet' passés avec vous.

A Diane et Eddy. Ce semestre à Chambéry valait tellement la peine, rien que pour vous rencontrer. Merci Diane d'avoir toujours été là, tu es une amie et une personne en or, en qui j'aurai toujours confiance.

A Victoire et Anaïs, merci pour votre soutien les copines, et pour tous ces moments partagés, passés et à venir !

A mon parrain, avec qui j'ai découvert et adoré partager ces week-ends à Roland-Garros, **et à ma marraine** qui a toujours été là. Merci pour votre présence rassurante toutes ces années.

A mes deux grand-mères, qui seraient tellement fières de moi si elles avaient pu venir aujourd'hui. **A Daddy**, merci pour cette famille géniale que tu as toujours contribué à souder. **A grand-père**, tu serais fier aussi je l'espère.

A mes praticiens, qui ont contribué à me faire découvrir et aimer la médecine générale...

REMERCIEMENTS de Mademoiselle Florie SACAREAU

A **ma mère**, qui serait heureuse et émue d'être là ce soir. Maman, merci de m'avoir encouragée dans cette voie médicale. Je pense fort à toi.

A **mon père**, dont le dévouement pour ma scolarité est sans limite. Merci pour ton savoir de statisticien hors pair, ta manière de jouer avec les chiffres dans tous les sens et la délicatesse utilisée pour me prouver le contraire lorsque je te soutiens des vérités que je considère établies. Tes précieux conseils dans tous les domaines m'ont permis de réaliser ces longues et belles études.

A **Vincent**, c'est une chance et un vrai bonheur d'être à tes côtés depuis deux ans déjà. Merci pour ta patience au quotidien, tes conseils et ta participation active dans le traitement des données du tableau Excel.

A **Jordan**, merci pour tes conseils illimités à toute heure du jour et de la nuit, merci pour notre complicité. Tes conseils en tant qu'ancien thésard m'ont beaucoup aidée. Merci du temps précieux que tu m'as accordé.

A **Corentin**, merci d'être toujours là pour pondérer et canaliser mes idées parfois saugrenues et mes actions impulsives. A mon tour j'espère pouvoir te conseiller pour ta thèse sur les bolets à pied rouge.

A mes **deux grands-mères**, merci d'être là ce soir.

A **Caroline Vincent**, merci de ton aide précieuse pour la relecture. Cela nous a fortement aidées. Ton soutien technique ces derniers mois m'a touchée.

A mon oncle **Didier**, confrère émérite, merci de m'avoir poussée vers ce métier passionnant qu'est la médecine générale. Je suis flattée que tu m'aies confié tes patients le temps de quelques semaines.

A **Bénédicte**, qui s'est toujours beaucoup intéressée à mes stages et à ma scolarité. Merci de ta présence depuis toutes ces années.

A ma cousine et confidente **Alice**, merci pour cette complicité.

A Caroline, Marine et Charlotte, que je connais depuis dix ans. Pour tous ces moments incroyables passés et à venir.

A la **délégation toulousaine** qui est venue ce soir,

Au **DT Crew**, votre humour reste indétronable.

A la **gynéco team**, **Marion et Noémie** : merci d'être tous présents pour moi.

A **Julia et margaux**, merci pour votre amitié et tous ces beaux souvenirs qu'on s'est forgé ensemble.

Un grand merci d'être tous venus me soutenir.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	19
MATERIEL ET METHODES	22
1. Objectif de l'étude	22
2. Type d'étude.....	22
3. Population.....	22
4. Lieu et durée de l'étude	22
5. Méthode.....	23
5.1 Elaboration du questionnaire de connaissance.....	23
5.2 Distribution des questionnaires	23
6. Recueil et analyse statistique des données.....	24
RESULTATS.....	25
A/ CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE.....	25
1/ Age	25
2/ Lieu de recueil des données.....	26
3/ Répartition de la population selon le niveau d'étude	26
4/ Statut matrimonial	27
5/ Parité.....	27
6/ Répartition des moyens de contraception dans la population totale de l'étude..	27
7/ Répartition des moyens de contraception chez les femmes déclarant utiliser un moyen de contraception.....	28
8/ Répartition des professionnels de santé assurant le suivi.....	29
9/ Lieu du suivi gynécologique	29
10/ Age des premiers rapports sexuels	29
11/ Taux d'IVG.....	29
12/ Répartition des moyens de contraception en fonction de la parité.....	30
13/ Répartition des moyens de contraception en fonction de l'âge	31
14/ Répartition des moyens de contraception en fonction du professionnel assurant le suivi.....	32
15/ Caractéristiques des femmes portant un DIU	33
B/ SOURCE D'INFORMATION	34
1/ Proportion de femmes informées.....	34

2/ Recherche d'information sur le DIU via internet.....	34
3/ Intérêt pour le DIU.....	34
C/ NIVEAU DE CONNAISSANCE SUR LE DIU	35
D/ NIVEAU DE CONNAISSANCE EN FONCTION DES DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES	37
1/ En fonction de l'âge	37
2/ En fonction de la parité.....	37
3/ En fonction du niveau d'étude	38
4/ En fonction du lieu de recueil des données	38
5/ En fonction de la source d'information	39
6/ En fonction du professionnel assurant le suivi	39
7/ En fonction des antécédents d'IVG.....	40
DISCUSSION	41
CONCLUSION.....	50
BIBLIOGRAPHIE.....	50
ANNEXES	54
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	61
RESUME.....	62

INDEX DES FIGURES

Figure 1 : Répartition de la population par catégorie d'âge	p25
Figure 2 : Répartition de la population selon le lieu de recueil des données	p26
Figure 3 : Répartition des femmes selon leur niveau d'étude	p26
Figure 4 : Répartition des moyens de contraception dans la population totale de l'étude (n=420)	p27
Figure 5 : Répartition des moyens de contraception parmi les femmes déclarant utiliser un moyen de contraception (n=332)	p28
Figure 6 : Répartition des professionnels de santé assurant le suivi	p29
Figure 7 : Répartition des moyens de contraception en fonction de la parité	p30
Figure 8 : Répartition des moyens de contraception en fonction de l'âge	p31
Figure 9 : Répartition des moyens de contraception en fonction du professionnel de santé assurant le suivi	p32
Figure 10 : Taux moyen de bonnes réponses en fonction de l'âge	p37
Figure 11: Taux moyen de bonnes réponses en fonction de la parité	p37
Figure 12 : Taux moyen de bonnes réponses en fonction du niveau d'étude	p38
Figure 13: Taux moyen de bonnes réponses en fonction du lieu de recueil des données	p38
Figure 14: Taux moyen de bonnes réponses en fonction de la source d'information	p39
Figure 15: Taux moyen de bonnes réponses en fonction du professionnel assurant le suivi	p39

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire distribué aux femmes	p54
Annexe 2 : Explications du déroulement de la <i>Ronde Delphi</i> . Elaboration du questionnaire de connaissance	p57
Annexe 3 : Notification d'autorisation de l'étude par le CNIL	p59
Annexe 4 : Analyse statistique. Codage des données	p60

LISTE DES ABREVIATIONS

DIU : Dispositif Intra-Utérin

GEU : Grossesse Extra-Utérine

AINS : Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MG : Médecin Généraliste

MT : Médecin Traitant

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

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

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

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

INTRODUCTION

En France, d'après l'enquête FECOND menée en 2010 [1], 97% des femmes sexuellement actives dans les dix derniers mois et ne souhaitant pas être enceintes utilisaient un moyen de contraception [2].

Le paysage contraceptif français a cependant évolué au cours des dix dernières années. Il a longtemps existé un « standard » contraceptif propre à notre pays, caractérisé par un recours important au préservatif en début de vie sexuelle, à la contraception oestro-progestative par voie orale, alias « pilule » dès que la vie sexuelle se régularisait, et enfin au dispositif intra-utérin (DIU) quand les couples avaient eu le nombre d'enfants qu'ils désiraient [2]. Au début des années 2000, on a pu constater pour la première fois une légère baisse d'utilisation de la pilule par les femmes. Ce changement a probablement fait suite à l'arrivée de nouvelles méthodes contraceptives telles que l'implant, le patch oestro-progestatif, l'anneau vaginal [2]. Mais la pilule restait de loin le premier moyen de contraception utilisé, par plus d'une femme française sur deux (55,5% en 2010) [3].

A la fin de l'année 2012, les pilules de troisième et quatrième génération ont fait l'objet d'un débat médiatique retentissant en France, à propos du risque thrombo-embolique veineux pouvant être associé à leur utilisation. Il semblerait que cette polémique ait contribué à assouplir un modèle contraceptif fortement centré sur la pilule depuis des années, puisque près d'une femme sur cinq aurait changé de méthode contraceptive suite à ce débat [2].

Selon l'enquête FECOND de 2013[2], menée quelque mois après cette controverse, il ne s'agirait pas d'une désaffection vis-à-vis de la contraception. Parmi les femmes en âge de procréer et concernées par la contraception, seules 3% n'en utilisaient aucune, c'est-à-dire la même proportion que celle observée en 2010. Il semble que le débat ait au contraire permis de diversifier les pratiques contraceptives en France.

Le recours à la pilule est ainsi passé de 50% à 41% entre 2010 et 2013 [2]. Selon le bilan dressé par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé (ANSM), l'utilisation des pilules de troisième et quatrième génération est passée de 40% en 2010 à 25% en 2013. Elle aurait été compensée différemment selon les classes d'âge, mais également

selon le niveau socio-économique des femmes [2].

Ainsi chez les femmes de 15 à 19 ans, nous avons assisté à un report vers l'utilisation des pilules de première et de deuxième génération (22% d'utilisatrices de deuxième génération en 2010, contre 23% en 2013). Cependant, tous âges confondus, les femmes ont majoritairement opté pour d'autres méthodes contraceptives, notamment le dispositif intra-utérin en particulier chez les femmes de 25-29 ans. Par ailleurs, nous avons pu assister à l'apparition d'inégalités dans le choix des méthodes contraceptives. Il semblerait que les femmes non diplômées aient davantage délaissé la pilule pour des méthodes moins efficaces telles que les méthodes dites « naturelles » ; tandis que les femmes ayant un CAP ou un BEP se seraient davantage tournées vers le préservatif, et que les femmes les plus diplômées (BAC + 4) auraient davantage opté pour le DIU [2].

Le DIU est aujourd'hui, en France, le second moyen de contraception le plus utilisé après la pilule. En 2010, d'après l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES), 26% des femmes utilisant une contraception déclaraient utiliser un DIU ; soit 21% des femmes en âge de procréer selon l'étude FECOND [2] [3]. Selon cette même étude, il est en premier lieu choisi par les femmes de plus de 45 ans et par celles ayant atteint le nombre d'enfants qu'elles souhaitaient. En effet, seulement 1,3% des femmes nullipares utilisent ce moyen de contraception, contre 20% des femmes ayant eu un enfant, et 40% des femmes en ayant deux ou plus. Très peu de femmes nullipares utilisent donc le DIU, en dépit du fait que l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) le recommande depuis 2004 comme une méthode contraceptive de première intention chez toutes les femmes, une fois les contre-indications et les risques infectieux pris en compte, cette méthode étant à la fois très efficace et de longue durée d'action [5].

Cette « sous-utilisation » du DIU par rapport aux autres méthodes contraceptives, notamment chez les femmes nullipares, semble être multi-factorielle [6] [7] [8] [9] [10]. Il existe des freins provenant du corps médical, et également certaines réticences de la part des patientes [9]. Ces réticences semblent liées à un manque de connaissance et aux représentations que se font les femmes de cette méthode de contraception.

Si l'on étudie l'évolution du recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) en France, on observe que ce taux est stable depuis plusieurs années autour de 210 000/an, malgré une large diffusion des méthodes contraceptives modernes [12]. Il aurait même légèrement augmenté en 2013. Cette relative stabilité s'expliquerait en partie par le fait que

les femmes choisissent davantage de décider du meilleur moment pour l'arrivée d'un enfant, en tenant compte de leur vie personnelle et professionnelle. Mais cette évolution reflète aussi souvent l'inadéquation de la méthode contraceptive utilisée aux conditions de vie sociales, affectives, et sexuelles des femmes.

C'est dans ce contexte actuel de controverses que nous avons voulu essayer de connaître le niveau de connaissance des femmes sur la contraception par DIU en Isère, afin de déterminer les points sur lesquels les professionnels de santé n'insistent peut-être pas suffisamment, et de permettre aux femmes de réaliser un choix éclairé et adapté de leur contraception.

MATERIEL ET METHODES

1. Objectif de l'étude

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer le niveau de connaissance des femmes de 18 à 45 ans sur la contraception par dispositif intra-utérin, en soins primaires ambulatoires, en Isère, en 2014.

L'objectif secondaire était de déterminer si certains facteurs sociodémographiques, ou d'éléments de la vie des femmes étaient associés à ce niveau de connaissance.

2. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude épidémiologique, observationnelle et prospective, réalisée en Isère, à l'aide de questionnaires anonymes distribués dans différents lieux de médecine ambulatoire. (Annexe 1)

3. Population

Les critères d'inclusion étaient : le sexe féminin, l'âge de 18 à 45 ans, la consultation médicale en soins primaires ambulatoire en Isère.

Les mineures étaient exclues de l'étude pour des raisons de difficulté d'obtention du consentement des deux parents.

4. Lieu et durée de l'étude

Il s'agissait d'une étude épidémiologique menée en Isère en 2014. Elle s'est déroulée en deux temps :

- De janvier à fin mai 2014, élaboration du questionnaire de connaissance à l'aide de la technique de la *Ronde Delphi* (Annexe 2)
- De juin à août 2014, distribution des questionnaires en soins primaires ambulatoires

Les investigateurs étaient deux internes de médecine générale et n'avaient aucun conflit d'intérêt.

5. Méthode

Les données ont été exploitées avec l'accord de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), obtenu le 4 mars 2014. (Annexe 3)

5.1 Elaboration du questionnaire de connaissance

La méthode utilisée a été la *Technique Delphi*. Il s'agit d'une méthode semi-quantitative validée qui permet d'obtenir un avis final unique et convergent d'un groupe d'experts, recrutés de par leur intérêt porté au sujet, et de la pertinence potentielle de leur information.

Le principe était d'interroger par mail de façon itérative les experts n'ayant aucune communication entre eux, concernant les questions de connaissance pouvant être posées aux femmes. Nous avons initialement élaboré un questionnaire à l'aide d'une synthèse de la littérature. Celui-ci a ensuite été soumis à l'avis des experts. Lors des deux tours, leurs remarques et propositions ont été prises en compte afin d'améliorer la pertinence du questionnaire.

Le questionnaire ainsi obtenu comportait une première partie relative aux caractéristiques sociodémographiques des femmes, une deuxième partie concernait l'information déjà reçue sur ce type de contraception et enfin, des questions de connaissance sur le dispositif intra-utérin.

5.2 Distribution des questionnaires

Nous avons distribué nos questionnaires dans trois zones géographiques distinctes :

- En milieu urbain, à Grenoble : dans six cabinets de médecine générale, un centre de santé (Vieux Temple) ; deux structures de soins d'urgence (cabinets médicaux de garde) et un Centre d'Education et de Planification Familiale (CPEF).
- En milieu semi-urbain dans trois cabinets de médecine générale (deux à Varcès et un à Saint-Ismier).
- En milieu rural, dans un cabinet de groupe de médecins généralistes à La Côte-Saint-André.

Le questionnaire était le plus souvent distribué en mains propres par le médecin pendant ou à la fin de la consultation, et rempli sur place ou en salle d'attente. Il était parfois distribué à

l'arrivée des patientes, par des secrétaires ou des étudiants en médecine préalablement formés, puis remis au médecin lors de la consultation.

Il était ainsi proposé à toutes les femmes âgées de 18 à 45 ans venant consulter, quel que soit le motif de la consultation. Les questionnaires étaient ensuite déposés dans une boîte afin de conserver l'anonymat, ou bien rendus directement au médecin.

6. Recueil et analyse statistique des données

Nous avons obtenu au total 420 questionnaires.

Les données ont été recueillies à l'aide du logiciel Microsoft Excel, et l'analyse statistique a été réalisée en septembre 2014.

Les tests statistiques que nous avons utilisés sont le *test exact de Fisher* pour les comparaisons de pourcentages, et le *test de Student* pour les comparaisons de moyenne ou le test *ANOVA* s'il y avait plus de deux groupes (type de cabinet et catégorie d'âge). La normalité de la distribution de la note et du taux de réponse correcte a été vérifiée par un *test de Shaprow Wilk*. Une régression linéaire a été effectuée entre la note et le type d'étude. Le seuil de significativité a été fixé à 5%.

Nous avons dans un premier temps étudié les caractéristiques de notre population : âge, niveau d'étude, parité, type de contraception actuelle, information reçue sur le DIU, type de suivi gynécologique, antécédent d'IVG, statut matrimonial, âge du premier rapport sexuel.

Nous avons ensuite comparé les différentes méthodes contraceptives utilisées selon l'âge des femmes interrogées, leur parité, le fait qu'elles soient suivies par un médecin généraliste ou un gynécologue afin d'observer le profil de chaque groupe défini.

Enfin, nous avons établi des niveaux de connaissance en évaluant la moyenne des taux de bonnes réponses au questionnaire. Cette moyenne a été corrélée aux caractéristiques sociodémographiques, dans le but de voir si le niveau de connaissance était significativement supérieur dans un sous-groupe en particulier.

RESULTATS

A/ CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE

1/ Age

Notre étude a été réalisée sur un échantillon de 420 femmes âgées de 18 à 45 ans. Nous avons divisé la population de l'étude en trois sous-groupes d'âge : 18-25 ans, 26-35 ans et 36-45 ans. La moyenne d'âge des patientes de l'étude était de 30 ans, (IC 95% = [29,2-30,8]).

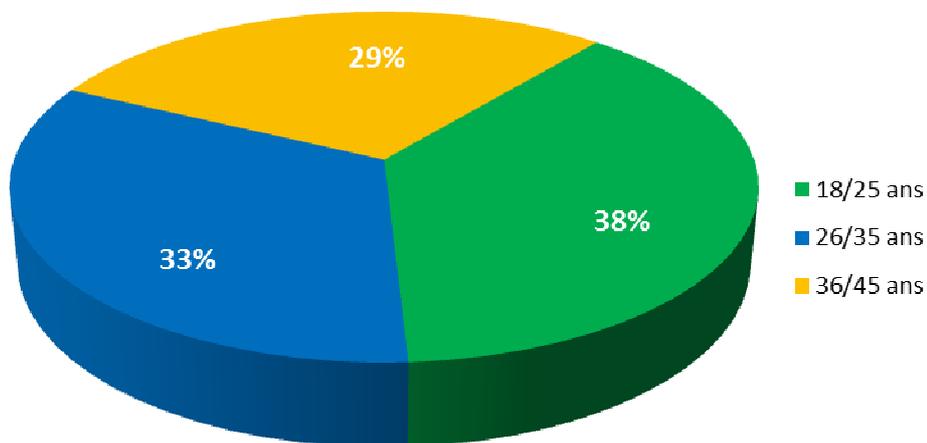


Figure 1 : Répartition de la population par catégorie d'âge

2/ Lieu de recueil des données

Près de deux tiers des données ont été recueillies en zone urbaine, 31% en zone semi-urbaine et 5% en zone rurale.

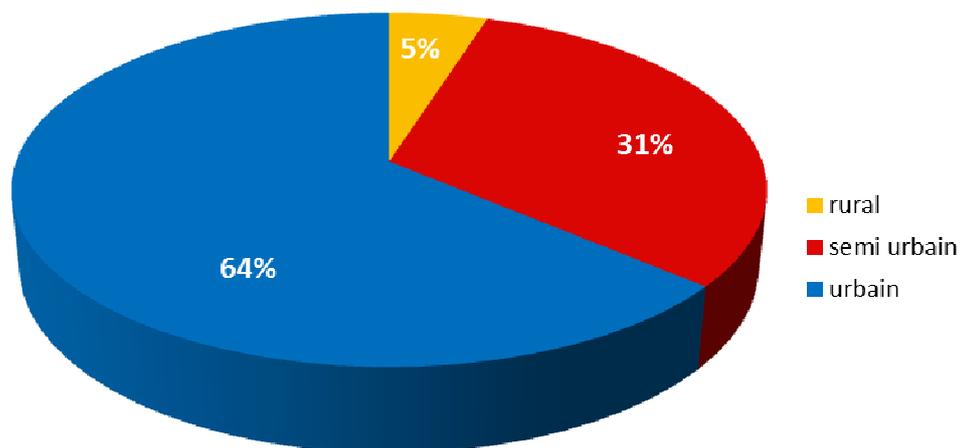


Figure 2 : Répartition de la population selon le lieu de recueil des données

3/ Répartition de la population selon le niveau d'étude

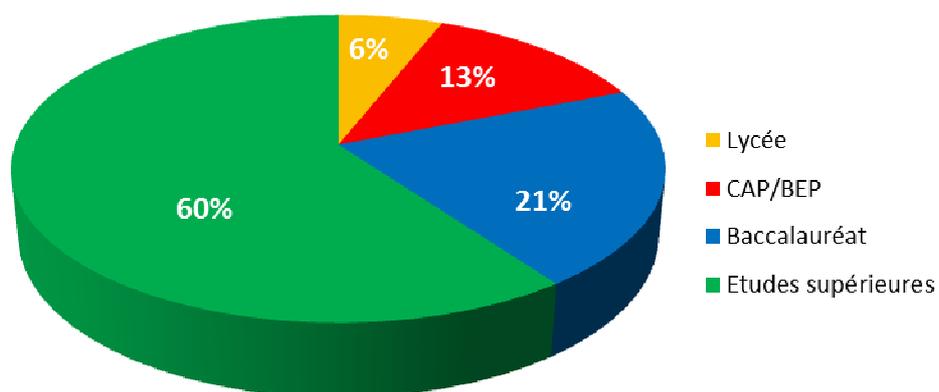


Figure 3 : Répartition des femmes selon leur niveau d'étude

4/ Statut matrimonial

Au total, 78% des femmes interrogées vivaient en couple et 22% d'entre elles étaient célibataires.

5/ Parité

Les femmes ont été réparties en deux sous-groupes selon leur parité : 55% des femmes étaient nullipares et 45% multipares.

6/ Répartition des moyens de contraception dans la population totale de l'étude

L'utilisation d'une contraception était déclarée par 80% des femmes de l'étude : 44% choisissent la pilule et 14% le DIU.

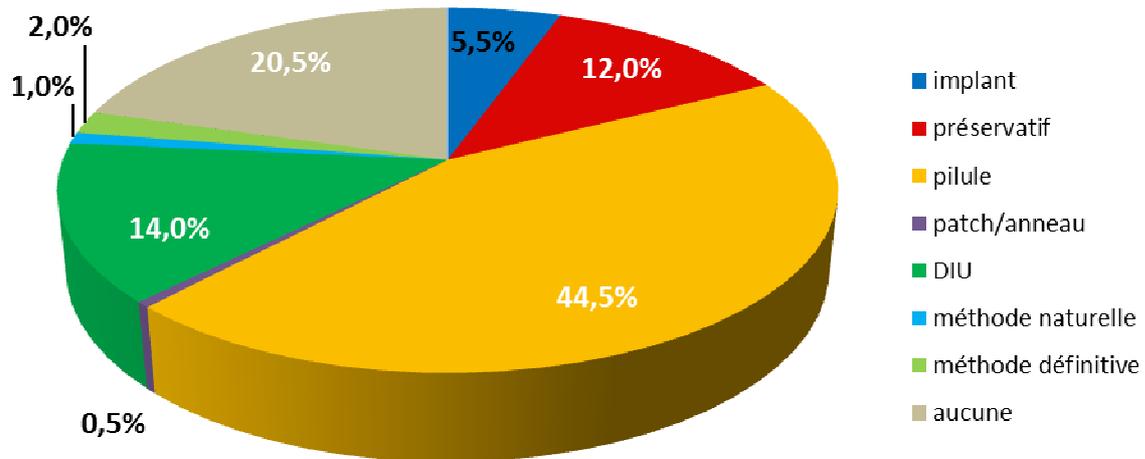


Figure 4 : Répartition des moyens de contraception dans la population totale de l'étude (n=420)

7/ Répartition des moyens de contraception chez les femmes déclarant utiliser un moyen de contraception

Parmi les femmes utilisant une contraception, 56% utilisaient la pilule, 18% le DIU, 15% le préservatif.

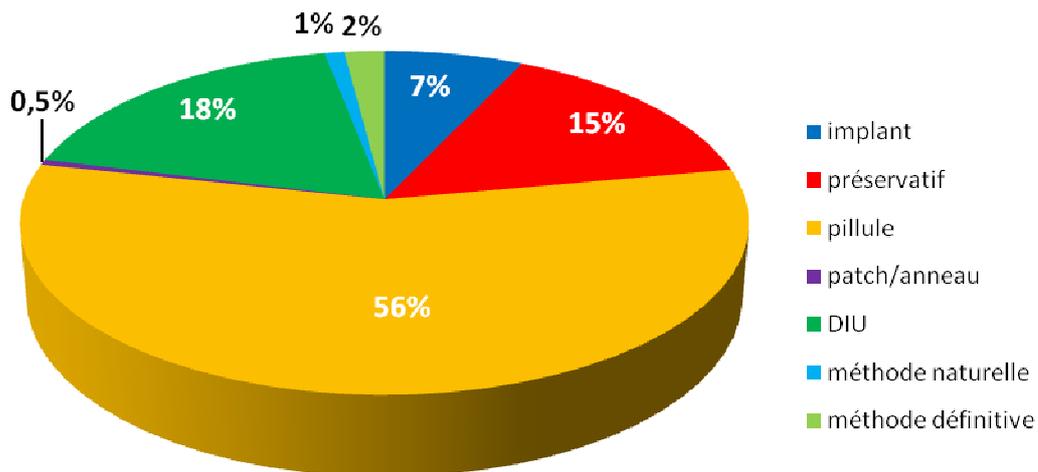


Figure 5 : Répartition des moyens de contraception parmi les femmes déclarant utiliser un moyen de contraception (n=332)

8/ Répartition des professionnels de santé assurant le suivi

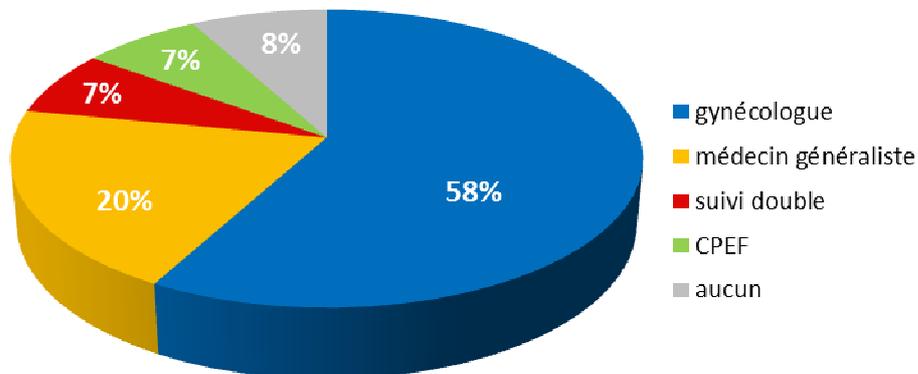


Figure 6 : Répartition des professionnels de santé assurant le suivi

9/ Lieu du suivi gynécologique

Le suivi gynécologique avait lieu pour 81% des femmes au cabinet médical, 9% ont un suivi régulier au centre de planification familiale et 6% allaient en structure hospitalière pour effectuer leur suivi gynécologique.

10/ Age des premiers rapports sexuels

L'âge moyen des premiers rapports sexuels était de 17,6 ans (IC 95% = [17,3-17,8]).

11/ Taux d'IVG

Le pourcentage de femmes ayant déjà eu recours à une IVG au moins une fois dans leur vie était de 19,6% (IC95% = [15,92-23,75]) soit n=85 femmes.

12/ Répartition des moyens de contraception en fonction de la parité

L'utilisation d'une contraception était déclarée par 82% des patientes nullipares, 57% choisissaient la pilule et 3% le DIU.

Les multipares déclaraient utiliser une contraception pour 77 % d'entre elles, 29% choisissaient la pilule et 28% le DIU.

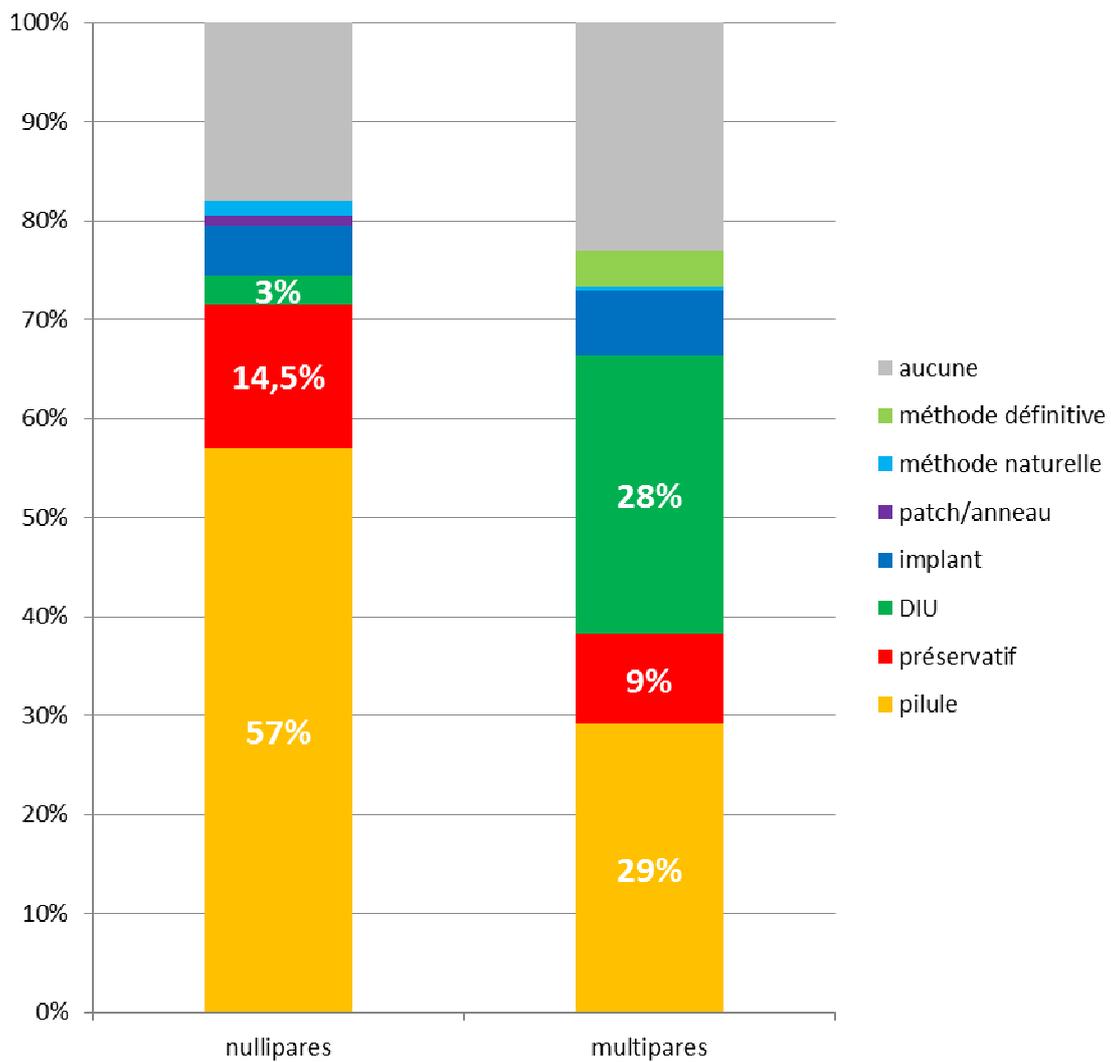


Figure 7 : Répartition des moyens de contraception en fonction de la parité

13/ Répartition des moyens de contraception en fonction de l'âge

Les femmes de plus de 36 ans utilisaient 6.7 fois plus le DIU que les femmes de moins de 25 ans.

La pilule quant à elle était 3 fois plus utilisée par les femmes de moins de 25 ans que celles de plus de 35 ans.

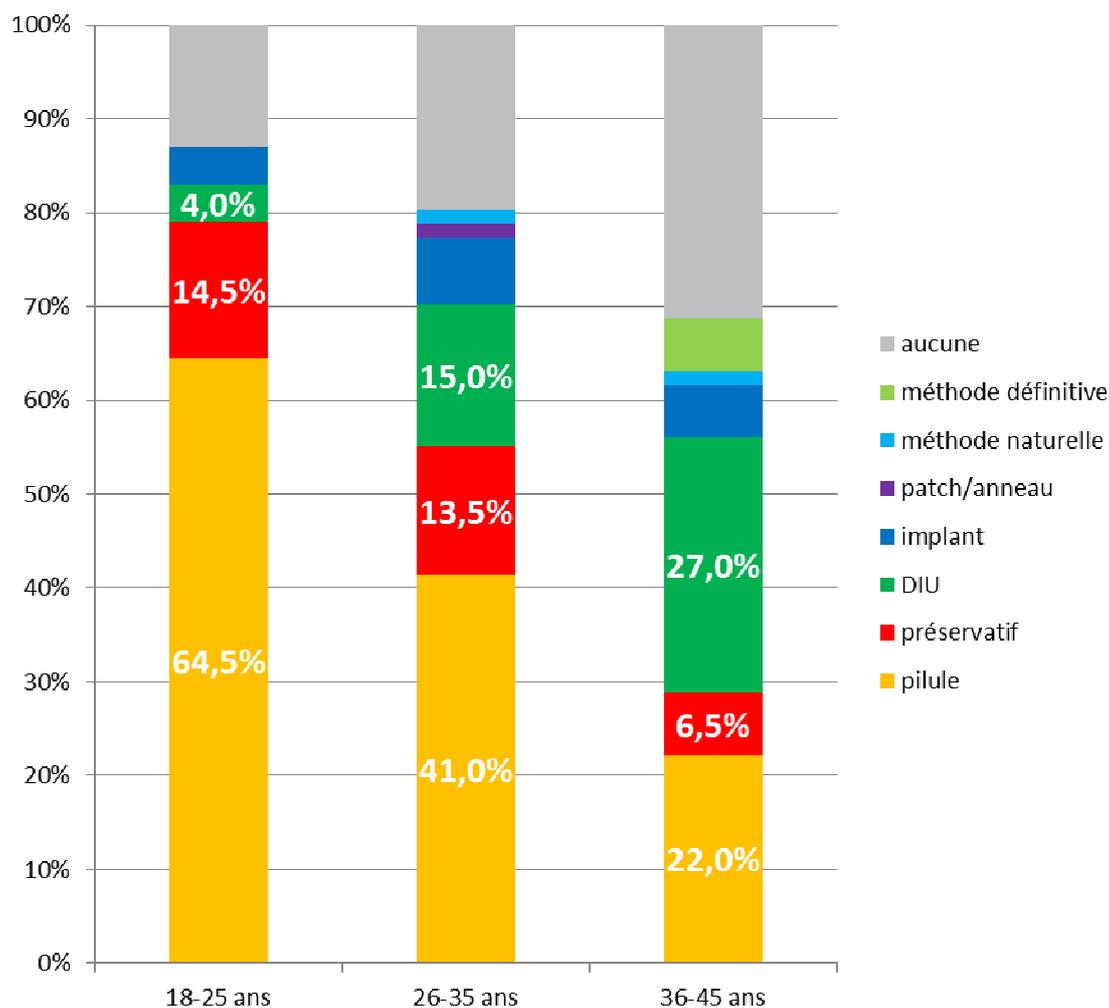


Figure 8 : Répartition des moyens de contraception en fonction de l'âge

14/ Répartition des moyens de contraception en fonction du professionnel assurant le suivi

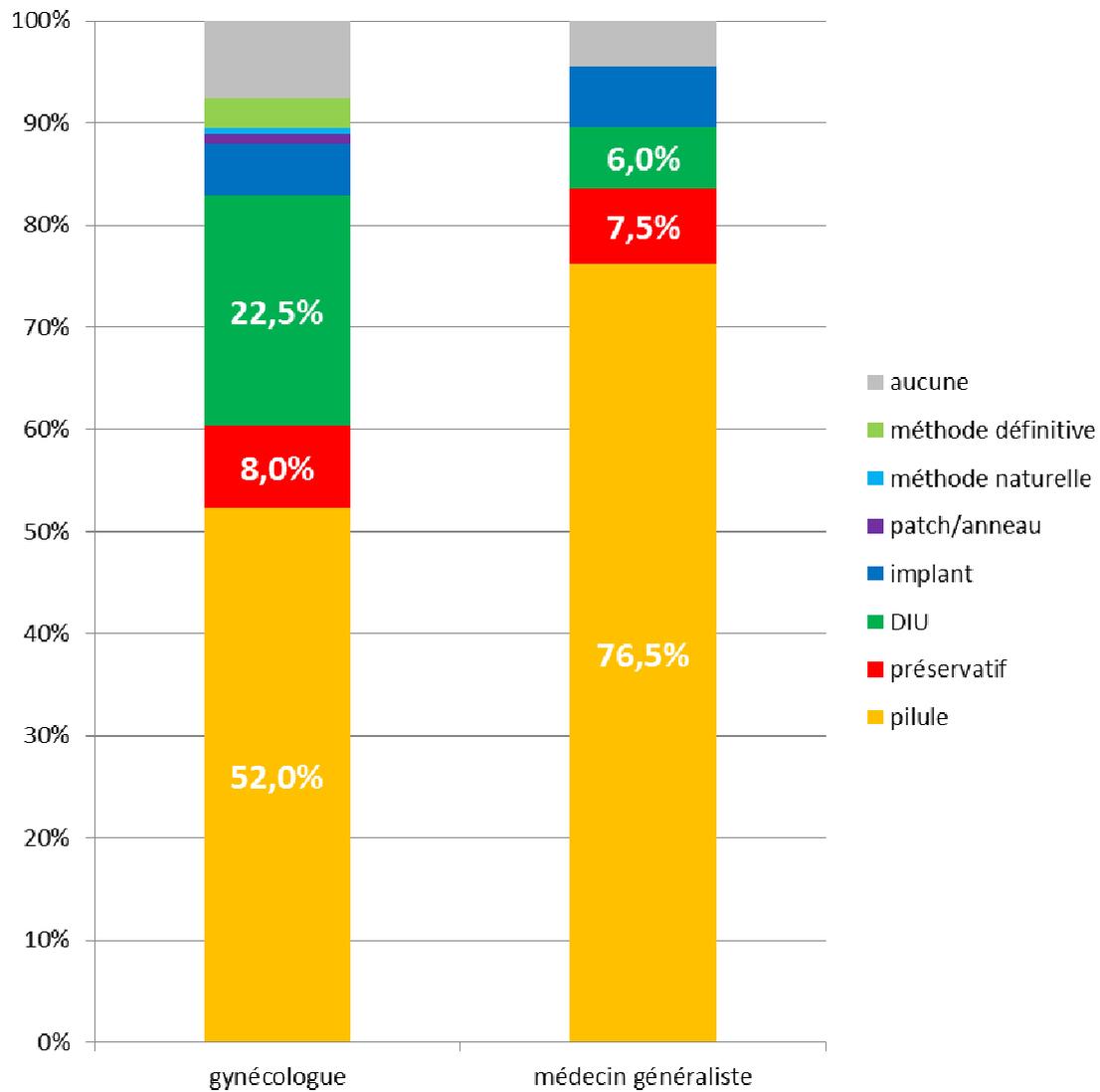


Figure 9 : Répartition des moyens de contraception en fonction du professionnel de santé assurant le suivi

15/ Caractéristiques des femmes portant un DIU

Parmi les femmes portant un DIU, 88% ont déjà eu un enfant ou plus, 55% ont plus de 35 ans, 83% sont suivies par un gynécologue.

La moyenne d'âge des femmes portant un DIU est de 36,1 ans (IC95% = [34,3-37,9]).

Proportion de femmes portant un DIU selon le niveau d'études

- Sur 252 femmes ayant fait des études supérieures, 29 portaient un DIU soit 11% d'entre elles.
- Sur 89 femmes ayant le niveau BAC, 14 d'entre elles portaient un DIU soit 15% d'entre elles.
- Sur 27 femmes ayant atteint le niveau lycée, 3 d'entre elles portaient un DIU, soit 11% d'entre elles.
- Sur 53 femmes ayant arrêté leurs études au BEP, 13 d'entre elles avaient un DIU ce qui correspondait à 24% d'entre elles.

B/ SOURCE D'INFORMATION

1/ Proportion de femmes informées

Le pourcentage de femmes déjà informées sur l'utilisation du DIU comme moyen de contraception était de 80% (IC95 % = [75,9-83,7]).

Au total, 69% des femmes de l'étude avaient reçu une information par un professionnel de santé, 20% par une infirmière scolaire au cours de leurs études, 33% par leurs familles, amis ou collègues de travail, 16% par les médias (internet, radio, journaux ou télévision).

2/ Recherche d'information sur le DIU via internet

Sur l'ensemble des femmes ayant reçu une information sur le DIU, 66 avaient déjà consulté un site internet dans l'objectif de se renseigner sur l'utilisation du DIU, soit 20% d'entre elles. Les sites les plus utilisés comme source d'information étaient : « *doctissimo.fr* », « *choisirsacontraception.fr* », et « *aufeminin.com* ».

3/ Intérêt pour le DIU

Le DIU a été proposé comme moyen de contraception à 47% (IC95 % = [42,5-52,4]) des femmes interrogées dans l'étude. Parmi celles qui n'utilisaient pas de DIU comme moyen de contraception, 33% seraient potentiellement intéressées pour choisir ce moyen de contraception dans le futur.

Parmi les commentaires associés à la réponse de cette question, il est apparu que les professionnels de santé avaient pu refuser de poser un DIU chez des patientes nullipares ou jeunes. Par ailleurs, quelques femmes ont précisé qu'elles seraient intéressées par l'utilisation du DIU uniquement après avoir atteint le nombre de naissances souhaité.

C/ NIVEAU DE CONNAISSANCE SUR LE DIU

Questions	Nombre de bonnes réponses* (n=420)	Pourcentage de bonnes réponses
A1 : « savez-vous qu'il existe différents types de DIU ? »	290	69%
A2 : « savez vous qu'il existe différentes formes de DIU ? »	166	40%
A3 : « savez vous qu'il existe différentes tailles de DIU ? »	141	34%
B : « Est ce qu'un médecin généraliste peut effectuer la pose d'un DIU (stérilet) à son cabinet ? »	109	26%
C : « Le dispositif intra-utérin et sa pose sont-ils pris en charge par la sécurité sociale ? »	230	55%
D : « Est-il possible d'utiliser un dispositif intra--utérin (stérilet) chez une femme n'ayant jamais eu d'enfants ? »	256	61%
F : « Selon-vous, quel est le pourcentage de grossesses «accidentelles» sur un an d'utilisation du dispositif intra-utérin ? »	213	51%
G : « Selon-vous, combien de temps la plupart des dispositifs intra-utérins peuvent-ils être laissés en place avant que l'on doive les retirer ? »	162	39%
H : « Pensez-vous qu'il est possible de retirer un DIU à tout moment »	326	78%
I : « Selon-vous, le risque de faire une infection génitale (de l'utérus ou des trompes) quand on porte un dispositif intra-utérin est-il important ? »	177	42%
J : « Le dispositif intra-utérin au cuivre ou hormonal peut il être utilisé pendant l'allaitement ? »	64	15%
K : « Le fait de porter un dispositif intra-utérin peut-il modifier l'importance des règles ? »	261	62%
L : « Est-il plus difficile pour une femme d'être enceinte après avoir enlevé un dispositif intra-utérin, qu'une femme ayant eu un autre moyen de contraception ? »	229	55%
Moyenne = 6,25/13	201,8	48,1%

*« ne sait pas » a été considéré comme réponse fausse.

Tableau 1 : Taux de bonnes réponses au questionnaire

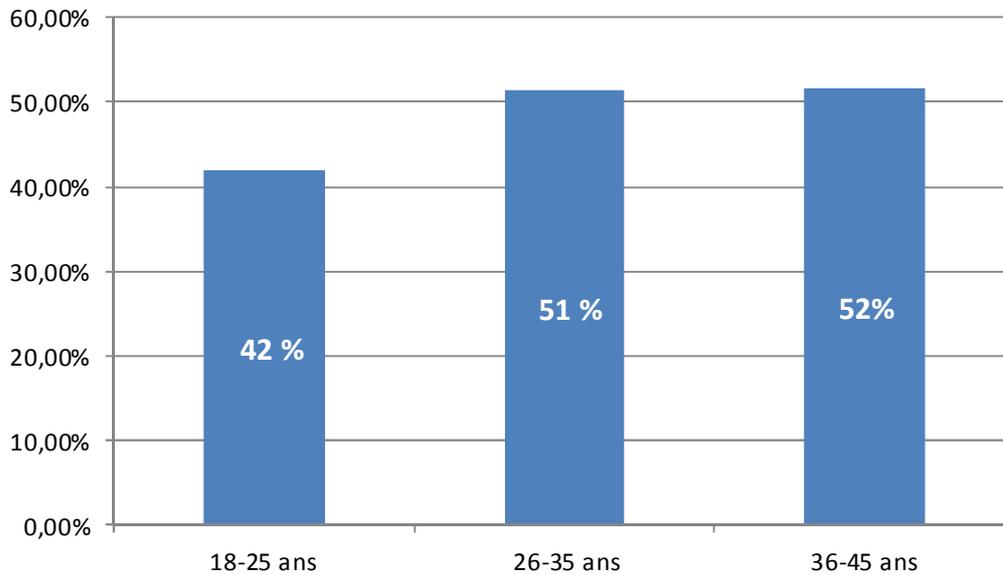
Commentaires des résultats au questionnaire de connaissance

La *question E* a été exclue du calcul du taux moyen de bonnes réponses car elle a été jugée trop spécifique pour la population générale et donc présentait un biais pour notre étude. Cette question avait pour objectif de déterminer le niveau de connaissance des femmes en termes d'efficacité du DIU par rapport aux autres moyens de contraception.

Au total, 54% des femmes savaient que le DIU au cuivre est plus efficace que le préservatif, 44% savaient que le DIU au cuivre est plus efficace que la pilule, 50% savaient que le DIU au cuivre est plus efficace que le patch et 47% savaient que le DIU au cuivre est moins efficace que l'implant.

D/ NIVEAU DE CONNAISSANCE EN FONCTION DES DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES

1/ En fonction de l'âge



P<0,001

Figure 10 : Taux moyen de bonnes réponses en fonction de l'âge

2/ En fonction de la parité

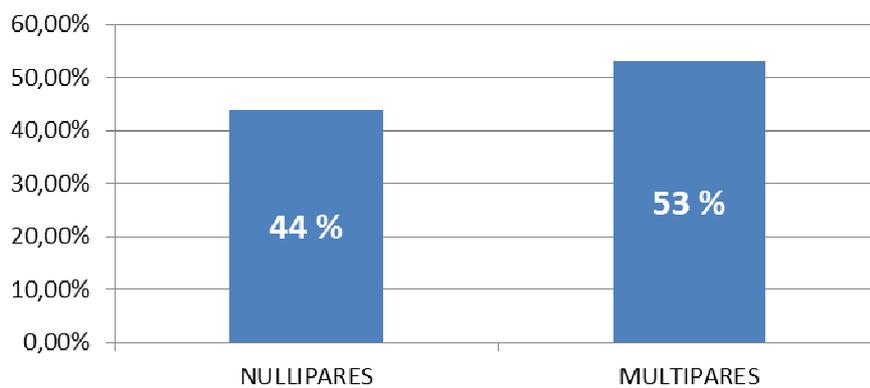
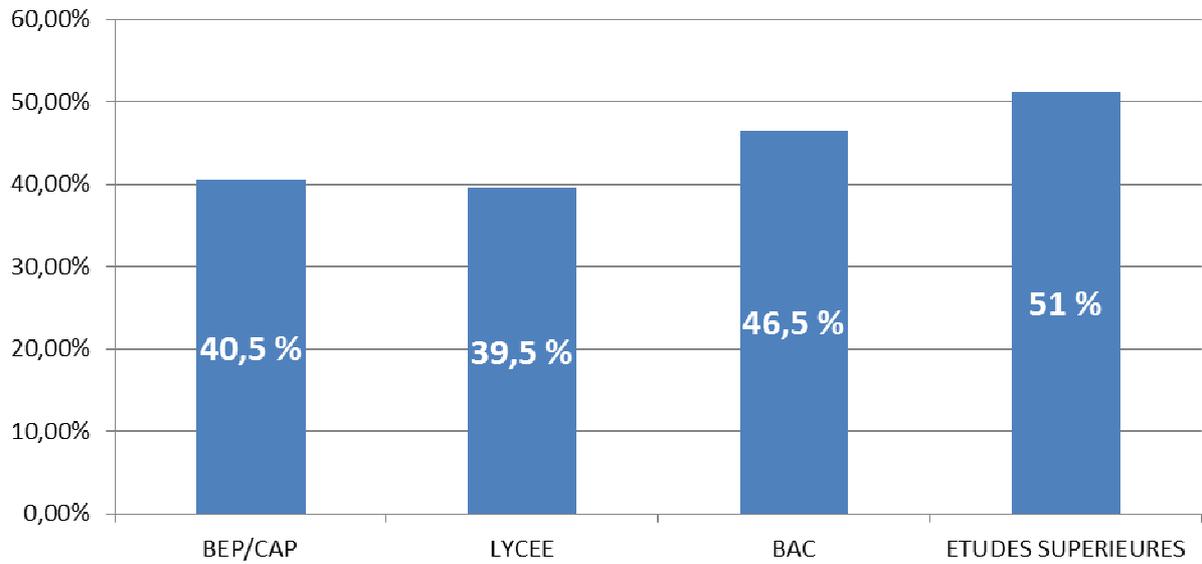


Figure 11: Taux moyen de bonnes réponses en fonction de la parité

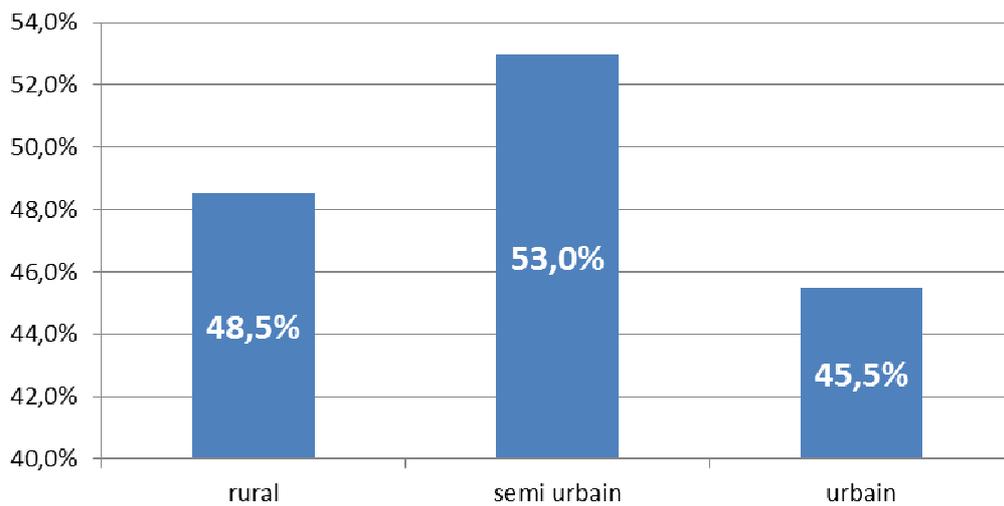
3/ En fonction du niveau d'étude



P<0,001

Figure 12 : Taux moyen de bonnes réponses en fonction du niveau d'étude

4/ En fonction du lieu de recueil des données



P=0.07

Figure 13: Taux moyen de bonnes réponses en fonction du lieu de recueil des données

5/ En fonction de la source d'information

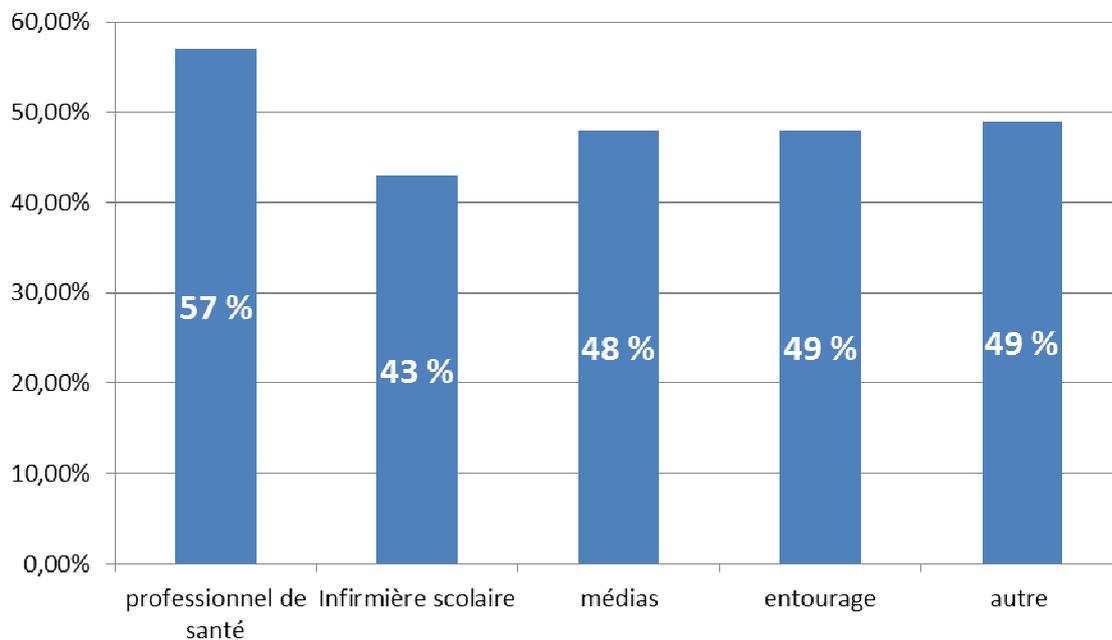
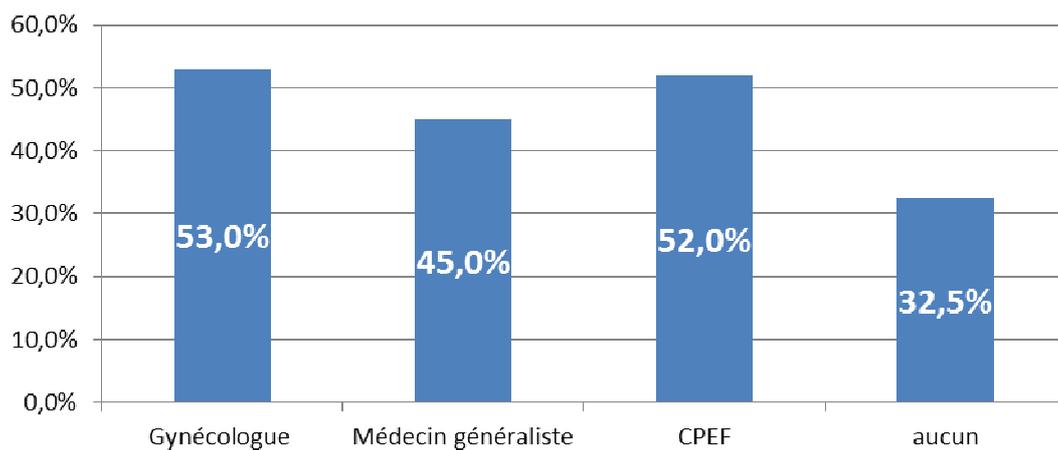


Figure 14: Taux moyen de bonnes réponses en fonction de la source d'information

6/ En fonction du professionnel assurant le suivi



P<0,001

Figure 15: Taux moyen de bonnes réponses en fonction du professionnel assurant le suivi

7/ En fonction des antécédents d'IVG

Il n'est pas apparu de différence statistiquement significative du taux moyen de bonnes réponses en fonction de l'antécédent personnel d'IVG des femmes ($p = 0.94$).

DISCUSSION

Il s'agissait d'une étude multicentrique, puisque les données ont été recueillies au sein de nombreux cabinets de médecine générale et de soins ambulatoires. Cette étude est prospective, elle limite donc les biais de mémorisation et apporte de la robustesse aux résultats d'une étude observationnelle.

Les cabinets choisis étaient variés en termes d'activité, avec des médecins généralistes hommes et femmes, exerçant seuls ou en groupe, certains effectuant davantage de suivis gynécologiques que d'autres. Ceci nous a permis d'obtenir une population d'étude la plus représentative possible de la population générale.

Les critères d'inclusion étaient simples, ce qui a facilité le recrutement de notre population par les secrétaires lorsque c'était nécessaire d'une part et a permis de limiter les biais de sélection des patientes d'autre part.

La population d'inclusion était identique à celle analysée car aucun questionnaire n'a été exclu. Les questionnaires pour lesquels certaines réponses n'étaient pas remplies ont été analysés de la même manière que les autres.

Le questionnaire de connaissance a été élaboré initialement à l'aide d'une technique validée méthodologiquement : la *Ronde Delphi* (Annexe 2). Elle nous a permis d'apporter l'éclairage d'experts sur des zones d'incertitude, afin d'obtenir le questionnaire de connaissance le plus adapté possible à notre population d'étude. Ceci nous a permis d'améliorer sa pertinence et probablement sa fiabilité.

Notre questionnaire utilisait un langage adapté à notre population d'étude, et aucune aide au remplissage n'a été apportée aux patientes.

On remarque qu'il existe néanmoins un biais de sélection, puisque les cabinets et centres de santé ayant été recrutés pour cette étude n'ont pas été choisis au hasard. Ils étaient pour la plupart liés à la faculté de médecine de Grenoble, car prenant des internes en formation. On peut se demander si ces médecins ne se forment pas davantage aux données actuelles de la science. Ainsi, il se pourrait que les patientes de ces cabinets et centres de santé soient mieux informées sur ce type de contraception que dans la population générale.

En dépit du fait que des boîtes aient été prévues afin de conserver l'anonymat des questionnaires, ces derniers étaient parfois rendus en mains propres, constituant un biais de prévarication. En effet, dans notre questionnaire, concernant la question « *avez-vous déjà pratiqué une interruption volontaire de grossesse ?* » il est possible que les femmes n'aient pas osé répondre par l'affirmative, par peur du jugement (médecin, secrétaires).

De plus, certaines réponses ont pu être suggérées par l'enquête. Les trois premières questions de connaissance sont en effet des questions ouvertes (par exemple : « *saviez-vous qu'il existe différents types de DIU ? Oui/Non*»). Les femmes ont pu répondre oui à cette question, alors qu'elles ne le savaient pas, et ainsi surestimer le nombre de bonnes réponses obtenues. Ceci constitue un biais de classement non différentiel car il impacte de manière identique les groupes et peut augmenter artificiellement la puissance de l'étude.

On peut également noter que le questionnaire n'a pas pu être rempli par les femmes qui ne savaient ni lire ni écrire, notamment au Centre de Santé. Ceci a pu constituer un biais de sélection. Les caractéristiques sociodémographiques de notre population ont pu être influencées, notamment en ce qui concerne la répartition des patientes de notre population selon leur niveau d'étude.

Enfin, nous avons supprimé la *question E*, qui demandait de comparer l'efficacité des différentes méthodes contraceptives, pour le calcul du taux moyen de bonnes réponses. En effet, cette question a été jugée trop spécifique puisque d'après de nombreux retours des patientes, nous nous sommes aperçues que la plupart des femmes n'avaient aucune idée de la bonne réponse, et répondaient souvent au hasard.

Notre population était constituée de femmes âgées de 18 à 45 ans. Nos trois sous-groupes (18-25 ans, 26-35 ans, et 36-45 ans) sont bien équilibrés en termes d'effectifs. Selon le baromètre de l'INSEE en 2012 [13], la population française est également répartie de manière linéaire, ce qui rend notre population d'étude comparable en termes d'âge.

Concernant le statut matrimonial, selon l'INSEE [14], en 2006, 63% des femmes de 19 à 45 ans sont en couple. Notre échantillon comporte donc plus de femmes vivant en couple (78%) que la moyenne nationale.

En ce qui concerne le niveau d'étude des femmes interrogées, la comparaison avec les grandes études nationales est difficile. Selon l'INSEE et son étude de l'observatoire des inégalités, 43,5% des 25/49 ans ont le niveau CAP/BEP, 20% ont le niveau BAC et 35% ont poursuivi des études supérieures [15].

La répartition du niveau d'étude est donc peu représentative de celle de la population générale, puisque 60% des femmes que nous avons interrogées déclaraient avoir fait des études supérieures.

Les raisons d'une telle différence peuvent être multiples :

- Tout d'abord, au centre de santé par exemple, les secrétaires nous ont signalé que de nombreuses femmes n'avaient pas pu répondre aux questionnaires car elles ne savaient ni lire, ni écrire. Cela a pu sous-estimer le taux des femmes les moins diplômées.
- Une autre explication serait que la ville de Grenoble comporte une proportion plus élevée de personnes diplômées de l'enseignement supérieur. Selon l'INSEE en 2006 la part des cadres à Grenoble était de 14%, ce qui la place en France, en deuxième position après Paris. [31]

Concernant nos lieux de recueil, il semblerait à première vue que les effectifs de chaque groupe ne soient pas équilibrés, car seulement 5% des questionnaires ont été recueillis en zone rurale, contre 95% en zone urbaine et péri urbaine. Et pourtant, cela est cohérent avec la répartition géographique française car selon l'INSEE en 2010, plus de 4 français sur 5 habitent en zone urbaine.

En reprenant les figures 6 et 7 concernant la répartition des moyens de contraception de notre population d'étude, on obtient un taux de 20% de femmes déclarant ne prendre aucune contraception.

Selon l'enquête FECOND de 2013, 75% des femmes déclaraient utiliser un moyen de contraception, contre 80% dans notre étude. Ces résultats sont donc similaires.

Néanmoins, toutes ces comparaisons restent des tendances car les deux populations d'étude ne présentent pas stricto-sensu les mêmes critères d'inclusion. En effet dans l'étude FECOND [2] les femmes recrutées étaient âgées de 15 à 49 ans et déclaraient faire quelque chose pour éviter une grossesse. Elles ne devaient être ni stériles, ni enceintes, avec des pratiques hétérosexuelles.

Dans notre étude le DIU était utilisé, tous âges confondus, par 18% des femmes en âge de procréer et déclarant prendre des mesures de contraception ce qui est similaire à l'étude FECOND dans lequel ce pourcentage était de 22,6%.

Les femmes de notre étude voulant éviter une grossesse utilisaient la pilule pour 56% d'entre elles, contre 40,6% des femmes de l'enquête FECOND. Nous obtenons donc un taux d'utilisation de la pilule nettement supérieur aux moyennes nationales.

La pilule représentait le premier moyen de contraception utilisé par les femmes de moins de 25 ans, les nullipares et les femmes ayant un suivi gynécologique effectué par un médecin généraliste. En revanche, le DIU était utilisé en priorité par les femmes de plus de 35 ans, les femmes multipares et celles suivies par un gynécologue.

Ceci rejoint les données de la littérature. En effet, un travail récent [17] et l'enquête FECOND 2013 retrouvaient cette même répartition des moyens de contraception en fonction de l'âge et de la parité.

Dans notre étude, le suivi gynécologique était réalisé pour 58% des femmes chez un gynécologue, pour 19% d'entre elles par un médecin généraliste, et pour 7% des femmes par un médecin du Centre de planification et d'éducation familiale.

Cela montre bien que les femmes s'adressent plus facilement à leur gynécologue pour leur suivi. Notre étude rejoint donc l'étude FECOND de 2013 [16] mais se distingue d'une thèse similaire récente qui étudiait les niveaux de connaissances sur le DIU à Angers où les suivis apparaissaient sensiblement équivalents (44% de suivi par gynécologue seul et 41% par le généraliste) [17].

Il est important de noter que la répartition des moyens de contraception en fonction du professionnel assurant le suivi est assez caractéristique. Les médecins généralistes ont tendance à moins suivre de femmes portant un DIU. Cela peut s'expliquer de plusieurs manières. Tout d'abord, une étude récente nous informe que « la pose de DIU est un geste encore exceptionnel chez les jeunes médecins généralistes. Le principal frein retrouvé est la difficulté technique. Sur l'ensemble de la formation, 22% des étudiants n'ont jamais posé de DIU. 52% des médecins attendent une meilleure formation universitaire sur ces gestes. Il ressort un réel déficit de formation, à la fois théorique et pratique, à la pose du DIU » [17]. Cela reste donc problématique compte tenu de l'évolution de la démographie des praticiens gynécologues de ville qui diminue d'année en année. En effet, les médecins généralistes seront de plus en plus souvent amenés à assurer le suivi gynécologique de base.

Par ailleurs, nous savons qu'il existe parmi les femmes des représentations erronées sur la contraception par DIU. Un travail français récent [30] concluait que la pose d'un DIU était souvent considérée comme trop complexe. Le DIU leur apparaissait comme « abstrait », « invasif », « sans possibilité de contrôle personnel ».

Concernant le profil socioprofessionnel des femmes, nous observons que parmi les femmes ayant effectué des études supérieures, seulement 11% portent un DIU ce qui correspond au même pourcentage que chez les femmes étant diplômées du BEP. Nous ne pouvons donc pas conclure que les femmes les plus diplômées optent plus pour le DIU que les femmes les moins diplômées. Cela ne rejoint donc pas le dernier article de N. Bajos [2] : « les femmes sans aucun diplôme ont davantage délaissé la pilule pour d'autres méthodes moins efficaces (courbe de température, retrait) tandis que les plus diplômées ont opté préférentiellement pour le DIU ».

Les femmes déclaraient avoir été informées pour 80% d'entre elles. Parmi les femmes informées, 69% avaient reçu cette information par un professionnel de santé au moins, 33% par l'entourage, 20% en milieu scolaire, et enfin 16% par les médias.

Le taux de femmes informées par un professionnel de santé était supérieur à celui obtenu dans certains travaux récents, notamment dans la thèse de Chanzy A.L. [21], où ce taux était de 49%.

En 2007, selon l'INPES [32], les trois premières sources citées à une fréquence similaire étaient : l'entourage (67%) puis le personnel médical (médecins généralistes et spécialistes) (64%) ; et la sphère scolaire (63%). Etaient ensuite cités les professionnels du social (CPEF, centre médical) à 23%, puis les médias pour 3%.

Le fait d'obtenir une proportion plus élevée de femmes informées par un professionnel de santé peut s'expliquer par le fait que nous ayons considéré les centres médicaux et CPEF comme « professionnel de santé » et non comme « professionnel du social ».

Dans notre étude, peu de femmes déclaraient avoir reçu une information par l'intermédiaire des médias, contrairement à ce que l'on pouvait attendre suite au débat médiatique de décembre 2012. Les sites internet les plus cités étaient *doctissimo.fr* ; *choisirsacontraception.fr*, et *aufeminin.com*. Le livre de Martin Winckler a également été cité par une femme. Certains des sites internet décrits ci-dessus correspondent cependant à des sites de vulgarisation médicale avec une fiabilité et des niveaux de preuve très faibles, dont le principe repose sur des « foires à questions » où les femmes se conseillent entre elles.

Nous rappelons que le site recommandé par l'HAS est *www.choisirsacontraception.fr*. Nous pouvons penser que s'il était conseillé par les médecins de manière plus systématique aux femmes s'interrogeant sur leur contraception, ce site leur apporterait des informations plus pertinentes et validées par des sociétés savantes.

Les femmes de l'étude ont obtenu un taux moyen de 48% de bonnes réponses.

Certaines questions ont des scores de bonnes réponses élevés, comme la question concernant la facilité de retrait du DIU (78%) ou l'influence du DIU sur l'importance des règles (62%).

Dans notre étude, 61% des femmes savaient que le DIU pouvait être utilisé chez une femme n'ayant jamais eu d'enfants. En 2010, d'après l'enquête FECOND, ce taux n'était que de

54%. Ainsi, il semblerait que les campagnes d'information des femmes menées par l'INPES depuis quelques années aient permis d'améliorer les connaissances des femmes sur ce point.

Cependant, en ce qui concerne certains points essentiels, les scores étaient plutôt médiocres :

- Seulement 15% des femmes savaient que le DIU peut être utilisé pendant l'allaitement. Pourtant, avec 45% de femmes multipares, ce score devrait être plus élevé compte tenu du fait que les femmes reçoivent la plupart du temps une information sur la contraception du post-partum à la maternité.

- Seulement 26% des femmes savaient qu'il est possible de poser un DIU dans un cabinet de médecine générale.

Plus de la moitié des femmes (60%) interrogées surestimaient le risque de contracter une infection génitale lorsqu'on porte un DIU. En effet, même si le risque d'infection génitale lié à la pose est avéré, il reste très faible. Sa survenue est essentiellement limitée aux trois semaines qui suivent l'insertion (niveau de preuve 2) [24] [25]. 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 inférieur à 25 ans ou encore des partenaires multiples (niveau de preuve 4) [24,25]. Selon l'évaluation du risque infectieux effectué, il peut être proposé un dépistage de certaines IST avant la pose du DIU. Cependant, aucune antibioprophylaxie n'est recommandée de façon systématique [28].

De même, environ une femme sur deux surestimait le risque de grossesse accidentelle avec un DIU. *L'American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) précise que la diffusion des méthodes réversibles de longue durée d'action est une stratégie pour réduire le nombre de grossesses non désirées [22]. En effet, cette méthode contraceptive est d'autant plus efficace qu'elle est indépendante de l'observance. Ainsi, le pourcentage de femmes concernées par une grossesse non intentionnelle dans la première année d'une utilisation « courante » de la contraception est de 8% pour la pilule œstro-progestative ; 0,8% pour le DIU au cuivre ; 0,1% pour le DIU hormonal, 0,05% pour l'implant [23] [24].

Concernant le retour à la fertilité, la moitié des femmes estiment qu'il est plus difficile d'obtenir une grossesse quand on a eu un DIU auparavant. Or, 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) [25].

Le taux moyen de bonnes réponses augmente avec l'âge, avec une différence significative ($P < 0,001$) entre le sous-groupe d'âge 18-25 ans (42%) et les sous-groupes d'âge 26-35 et 36-45 ans (51%).

Il est significativement supérieur dans le sous-groupe de femmes multipares (53%) par rapport au sous-groupe de femmes nullipares (43%) ($P < 0,001$). Cela peut s'expliquer par le fait que les femmes ayant accouché ont déjà reçu une information à la maternité.

Le taux moyen de bonnes réponses augmente avec le niveau d'étude, avec une différence significative ($P < 0,001$) entre le sous-groupe de patientes titulaires d'un diplôme CAP/BEP (Taux moyen de bonnes réponses = 40,5%) et le sous-groupe de femmes titulaires d'un diplôme d'études supérieures (Taux moyen de bonnes réponses = 51,0%).

Il apparaît une différence non significative du taux moyen de bonnes réponses entre les différentes zones de recueil des données ($p = 0,07$). En effet il apparaît qu'en milieu semi-urbain, le taux moyen de bonnes réponses était supérieur au taux en milieu urbain. Cela est difficilement interprétable car cela reste une zone de recueil de données et non une zone d'habitation, et certains de nos lieux de recueil n'étaient pas référencés comme des cabinets de médecin traitant.

Le taux moyen de bonnes réponses est significativement supérieur parmi les femmes suivies par un gynécologue (53%) par rapport aux patients suivies par un médecin généraliste (45%) ou n'ayant aucun suivi (32,5%). ($P < 0,0001$).

Les femmes ayant été informées par un professionnel de santé obtiennent significativement de meilleurs scores que les femmes ayant reçu une information par l'entourage ou les médias.

Les données de la littérature [17] [18] [19] nous amènent à penser que ce moyen de contraception est tout d'abord peu connu des femmes jeunes et nullipares, par manque d'information. Une étude internationale récente [19] a étudié l'intérêt des femmes pour le

DIU après avoir reçu une information éclairée sur les avantages, inconvénients et mécanisme d'action du DIU. L'étude montrait que 53% des femmes se disaient intéressées par le DIU après avoir reçu cette information.

En somme, de meilleurs niveaux de connaissance sont observés chez les femmes plus âgées, les multipares, les plus diplômées et chez celles suivies par un gynécologue.

Il faudrait donc que les professionnels de santé, notamment les médecins généralistes qui touchent une large population, informent davantage les femmes les plus jeunes et/ou les nullipares. De grandes études à la fois nationales et internationales montrent en effet qu'après une information éclairée, les jeunes femmes et les nullipares optent davantage pour le DIU. Ces femmes sont d'ailleurs les plus concernées par un moyen de contraception fiable, sans problème d'observance et avec peu de contre-indications [18].

Les informations sur lesquelles il semble nécessaire d'insister auprès des femmes à propos du DIU sont : le fait de pouvoir être utilisé chez une femme n'ayant jamais eu d'enfants, mais aussi le fait d'être une méthode fiable, à faible risque infectieux, pouvant être retiré à tout moment, et ne retardant pas le retour à la fertilité. Le fait de pouvoir l'utiliser en cas d'allaitement est aussi une notion méconnue des femmes, qui pourrait leur être utile.

THESE SOUTENUE PAR : Marie LALO et Florie SACAREAU

TITRE : Enquête sur les connaissances des femmes de 18 à 45 ans sur le dispositif intra-utérin en médecine ambulatoire, en Isère

CONCLUSION

Notre étude a montré que le dispositif intra-utérin (DIU) était un moyen de contraception choisi en deuxième intention et qu'il était utilisé en priorité par les femmes de plus de 35 ans, les multipares, et les femmes suivies par un gynécologue.

Par ailleurs, une patiente sur cinq n'avait jamais été informée sur le DIU et une femme sur trois se disait intéressée par cette contraception. Quand une information était délivrée, c'était dans 70 % des cas par un professionnel de santé au moins. Certaines femmes utilisaient internet (20%) pour se renseigner sur les possibilités de contraception. Il nous apparaît donc important d'informer toutes les femmes sur la possibilité de se renseigner via le site recommandé par l'HAS : www.choisirsacontraception.fr . Ceci leur permettrait d'avoir accès à une information de bonne qualité, rédigée par des professionnels de santé, et de pouvoir comparer les différentes méthodes contraceptives pouvant être adaptées à leur profil.

Le niveau de connaissance des femmes de cette étude à propos du DIU était moyen (48% de bonne réponses), et hétérogène selon les questions posées. Un meilleur niveau de connaissance était observé chez les patientes plus âgées, les multipares, les plus diplômées et chez celles suivies par un gynécologue. Il faudrait donc informer davantage les femmes les plus jeunes, les nullipares, et les moins diplômées. Cette population est en effet particulièrement concernée par un moyen de contraception fiable, à longue durée d'action, sans problème d'observance et ayant peu de contre-indications.

Les principaux résultats de cette étude montrent que le niveau de connaissance des femmes sur le DIU est insuffisant, si l'on estime que ces connaissances sont nécessaires à un choix éclairé de leur contraception.

Ainsi, les informations sur lesquelles il semble nécessaire d'insister auprès des femmes à propos du DIU sont : le fait de pouvoir être utilisé chez une femme n'ayant jamais eu d'enfant, mais aussi le fait d'être une méthode fiable, de longue durée d'action, à faible risque infectieux, pouvant être retirée à tout moment, et ne retardant pas le retour à la fertilité. Le fait de pouvoir l'utiliser en cas d'allaitement est aussi une notion méconnue des femmes, qui pourrait leur être utile.

Enfin, la part des gynécologues exerçant en ville tendant à diminuer, les médecins généralistes seront de plus en plus sollicités pour le suivi gynécologique de leurs patientes. Il est important que le suivi d'une formation universitaire théorique et pratique de qualité dans ce domaine, puisse permettre à la majorité des médecins généralistes de délivrer à leurs patientes une information suffisante et adaptée sur l'utilisation du DIU et d'en pratiquer la pose.

(*) VU ET PERMIS D'IMPRIMER
(*) Grenoble, le 21/11/2014.

(*) LE DOYEN



(*) J.P. ROMANET

(*) LE PRESIDENT DE LA THESE

(*) PROFESSEUR

S. Hennessey



BIBLIOGRAPHIE

1. N.Bajos, C. Moreau, A.Bohet ; Enquête FECOND 2010, INSERM-INED.
2. Bajos N et A. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Population et société.2012 Sep;(492):1–4.
3. INPES. CONTRACEPTION : les françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? Revue de Presse. 2011 Oct.
4. Nathalie Bajos, Mylène Rouzaud-Cornabas, Henri Panjo, Aline Bohet, Caroline Moreau et l'équipe Fécond. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif. Numéro 511 mai 2014.
5. ANAES. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations pour la pratique clinique. 2004.
6. Eisenberg D, Secura G, Et Al. Knowledge of contraceptive effectiveness. American journal of obstetrics and gynecology. 2012 Jun; 206(6):479.e1–9.
7. Moreau C, Bohet A, Hassoun D, Ringa V, Bajos N, FECOND group. IUD use in France: women's and physician's perspectives. Contraception. 2014 Jan; 89(1):9–16.
8. Whitaker A, Johnson L, et al. Adolescent and young adult women's knowledge of and attitudes toward the intrauterine device. Contraception. 2008 Sep;78(3):211–7.
9. Bharadwaj P, Akintomide H, Et Al. Determinants of long-acting reversible contraceptive (LARC) use by adolescent girls and young women. The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care. 2012 Aug; 17(4):298–306.
10. Fleming KL, Sokoloff A, Raine TR. Attitudes and beliefs about the intrauterine device among teenagers and young women. Contraception. 2010 Aug; 82(2):178–82.
11. Black K, Lotke P, Et Al. A review of barriers and myths preventing the more widespread use of intrauterine contraception in nulliparous women. The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care. 2012 Oct; 17(5):340–50.
12. Bajos N., Ferrand M et A. Evolution du recours à l'IVG en France : de l'enjeu contraceptif à la modification de la norme procréative. Médecine de la reproduction, gynécologie endocrinologie, 2012 jan;14(1):3-6.
13. INSEE population par sexe et groupes d'âge quinquennaux. 2012. http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATnon02150 [consulté le 01/09/2014].
14. Draguet F, Niel X. La proportion de jeunes en couple se stabilise. Enquêtes et études démographiques. INSEE. 2012. http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1281 [consulté le 29/10/2014].
15. INSEE .Niveau de diplôme des français en 2012. http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=natfef07232 [consulté le 29/10/2014].
16. Moreau C, Bohet A, et al. IUD use in France: womens's and physicians's perspectives. Contraception.2013 Oct; 89(1):9_16.
17. BUREAU, Fanny
Connaissances des femmes en âge de procréer sur les dispositifs intra utérin en Sarthe et Maine et Loire en 2012.
Thèse d'exercice : Médecine générale : Angers : 2014 ; 14.

18. INPES. Contraception, que savent les Français ? connaissances et opinions sur les moyens de contraception : état des lieux. Dossier de presse. 5 juin 2007.
19. Eisenberg DL, Secura GM, et al .Knowledge of contraceptive effectiveness. *Am J Obstet Gynecol* 2012;206:479.e1-9.
20. Connaissances des femmes en âge de procréer sur les dispositifs intra utérin en Sarthe et Maine et Loire en 2012.
Thèse d'exercice : Médecine générale : Angers : 2014 ; 14.
21. Chanzy Waroquet AL. Pourquoi les nullipares ne choisissent pas plus le DIU ? Enquête auprès de femmes. Thèse de médecine : université de Grenoble.2013.
22. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Gynecologic Practice, Long-Acting Reversible Contraception Working Group. ACOG Committee Opinion no. 450: Increasing use of contraceptive implants and intrauterine devices to reduce unintended pregnancy. *Obstet Gynecol.* déc 2009;114(6):1434-1438.
23. OMS. Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. 3ème édition. Genève; 2005.
24. HAS. Fiche Mémo Contraception chez la femme adulte en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG). Juillet 2013.
25. ANAES. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations. Décembre 2004. p10-11.
26. 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.
27. HAS. Fiche Mémo Contraception chez l'adolescente. Juillet 2013.
28. HAS. Service des bonnes pratiques professionnelles. 2013.
29. Bidet P. Pratique des gestes de gynécologie par les jeunes médecins généralistes issus du DES de médecine générale de Créteil. 2013. Thèse de médecine générale, Créteil.
30. Simonot C, Sénant MA. Représentations des femmes nullipares concernant la contraception par dispositif intra-utérin : analyse qualitative par entretiens semi-dirigés. 2013. Thèse de médecine générale. Université Joseph Fourier, Grenoble.
31. INSEE. Répartition géographique des emplois. 2006
http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1278
32. INPES. Les français et la contraception. BVA. 2007.
33. Frappé P. Initiation à la recherche. Paris: co ed GMS/CNGE. 2011.

ANNEXES

Annexe 1 : QUESTIONNAIRE DISTRIBUE AUX FEMMES

Bonjour. Je suis interne en médecine générale et réalise actuellement un travail de thèse sur les connaissances des **femmes de 18 à 45 ans** sur le dispositif intra-utérin (ou stérilet).
Les données personnelles recueillies sont bien sûr confidentielles, anonymes, et ne seront en aucun cas diffusées.

- Age : _____ ans - Sexe : F / M
- Niveau d'étude : lycée CAP/BEP BAC études supérieures

Actuellement :

- Etes-vous en couple ? OUI / NON

- Avez-vous des enfants ? OUI/ NON

Si OUI combien ? : _____

- Quel méthode de contraception utilisez-vous actuellement ? :

- I. aucune
- II. préservatif
- III. pilule
- IV. implant
- V. patch oestro-progestatif ou anneau vaginal
- VI. stérilet (ou dispositif intra-utérin)
- VII. méthode naturelle (courbe de température, retrait...)
- VIII. méthode définitive (stérilisation)
- IX. autre (cape cervicale, spermicides, diaphragme ...)

- Si vous en avez une, quel médecin vous suit pour votre contraception ? :

- Gynécologue
- médecin généraliste
- médecin du Centre de Planification familiale (ou planning familial)
- autre spécialité : _____
- aucun

Ce suivi a t-il lieu ? :

- En cabinet
- En Centre de Planification et d'éducation familiale (ou planning familial)
- A l'hôpital
- Autre

Concernant votre histoire personnelle :

- Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ? OUI / NON

- Si OUI, à quel âge avez-vous eu vos premiers rapports sexuels ? _____ ans

- A quel âge avez-vous utilisé votre premier moyen de contraception ? _____ ans

- Avez-vous déjà pratiqué une interruption volontaire de grossesse (IVG) ? OUI / NON

Concernant le dispositif intra-utérin (stérilet) :

A) Avez-vous déjà reçu une information sur ce moyen de contraception ? OUI / NON

Si OUI, par qui ? :

Professionnel de santé : médecin, sage-femme infirmière scolaire entourage familial ou amis

médias (internet, magazines, journaux, télévision...) Autre :

Avez-vous déjà eu des informations sur ce moyen de contraception par le biais d'internet ?

OUI / NON

Si OUI, auprès de quels site(s)/forum(s) ?

B) Pensez-vous que cette information ait été suffisante ? OUI / NON

- Le stérilet vous a-t-il déjà été proposé comme moyen de contraception ? OUI / NON

- Seriez-vous intéressée par cette méthode pour votre contraception ? OUI / NON

Connaissances sur le dispositif intra-utérin (ou stérilet) :

A) Saviez-vous qu'il existe ? :

- différents types de dispositifs intra-utérins (ou stérilets), soit au cuivre, soit imprégnés de progestérone OUI / NON

- différentes formes de dispositifs intra-utérins, pouvant s'adapter à la morphologie de chaque femme OUI / NON

- différentes tailles de dispositifs intra-utérins selon l'âge des femmes OUI / NON

B) Est-ce qu'un médecin généraliste peut effectuer la pose d'un dispositif intra-utérin (stérilet) à son cabinet ?

OUI / NON / Ne sait pas

C) Le dispositif intra-utérin (stérilet) et sa pose sont-ils pris en charge par la sécurité sociale ? OUI / NON / Ne sait pas

D) Est-il possible d'utiliser un dispositif intra-utérin (stérilet) chez une femme n'ayant jamais eu d'enfants ?

OUI / NON / Ne sait pas

E) Selon-vous, le dispositif intra-utérin (stérilet) au cuivre est-il une méthode contraceptive plus efficace :

- que le préservatif ? OUI / NON - que la pilule ? OUI / NON

- que le patch oestro-progestatif ? OUI / NON - que l'implant ? OUI / NON

F) Selon-vous, quel est le pourcentage de grossesses « accidentelles » sur 1 an d'utilisation du dispositif intra-utérin ?

<1%

1 à 5%

5 à 10%

> 10%

G) Selon-vous, combien de temps la plupart des dispositifs intra-utérins peuvent-ils être laissés en place avant que l'on doive les retirer ?

1 an

3 ans

5 ans

> 10 ans

H) Si l'on souhaite changer ou arrêter ce moyen de contraception (ex : désir de grossesse...), pensez-vous qu'il est possible de retirer un dispositif intra-utérin à tout moment ? OUI / NON / Ne sait pas

I) Selon-vous, le risque de faire une infection génitale (de l'utérus ou des trompes) quand on porte un dispositif intra-utérin est-il ? :

- Peu important
- Moyennement important
- Assez important
- Très important

J) Le dispositif intra-utérin au cuivre ou hormonal peut-il être utilisé pendant l'allaitement ? OUI / NON / Ne sait pas

K) Le fait de porter un dispositif intra-utérin peut-il modifier l'importance des règles ?
OUI / NON / Ne sait pas

L) Est-il plus difficile pour une femme d'être enceinte après avoir enlevé un dispositif intra-utérin, qu'une femme ayant eu un autre moyen de contraception ? OUI / NON / Ne sait pas

Annexe 2 : Explications du déroulement de la Ronde Delphi. Elaboration du questionnaire de connaissance.

A partir d'une synthèse de la littérature, une première série de 16 questions quantifiables et indépendantes a été établie, afin de tester les connaissances des femmes sur la contraception par dispositif intra-utérin. Le premier questionnaire a été envoyé par mail à vingt-cinq experts : médecins gynécologues ou généralistes, sages-femmes, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), Martin Winckler. Ils ont été sélectionnés de par leur intérêt porté sur le sujet, et pour la pertinence potentielle de leur information. Le questionnaire était accompagné d'une lettre exposant la question de recherche et la méthode, garantissant l'anonymat, et détaillant la démarche à suivre. Un rappel téléphonique ou par mail a été nécessaire pour augmenter le taux de réponse. [33]

Huit experts sur les vingt-cinq ont accepté de participer à cette méthode de consensus. Parmi eux, il y'avait trois médecins gynécologues dont un professeur universitaire du CHU de Grenoble et deux médecins gynécologues libéraux ; et cinq médecins généralistes dont deux exerçant en Centre d'éducation et de Planification Familiale. Sept experts ont répondu par mail, et un expert a préféré répondre au cours d'un entretien individuel avec l'investigateur. Un expert a été perdu de vue entre les deux tours de la Ronde Delphi, malgré plusieurs relances y compris téléphoniques.

1. Premier tour de la Ronde Delphi

Lors du premier tour, chaque expert a répondu de façon anonyme en côtant entre 1 et 9 les items du questionnaire proposé selon leur pertinence (1 : « question pas du tout pertinente », par exemple trop spécialisée ; et 9 : « tout-à-fait pertinente »). Une fois toutes les réponses des experts recueillies, la moyenne des cotations aux items a été calculée (**Tableau 1**). Les items ayant obtenu les moyennes les plus hautes ont été retenus car ils faisaient consensus. Il était possible pour les experts d'expliquer et de commenter les raisons de leur cotation. Il leur était également possible d'ajouter des questions leur semblant importantes, et qui ne faisaient pas partie du questionnaire.

A l'issue du premier tour de cette ronde Delphi, trois items du questionnaire ont été supprimés (moyennes obtenues entre 4 et 5,25 sur 10). Ces questions concernaient la *longueur approximative du dispositif intra-utérin (DIU)*, la *possibilité d'utilisation en cas de contre-indication aux oestrogènes*, et la *possibilité de « traiter » certaines pathologies utérines*. D'autres items ont été reformulés avec l'aide des experts, en faisant par exemple des questions plus ouvertes. Les items ayant obtenu de bonnes moyennes étaient laissés comme tels. Une question a également été ajoutée « *le DIU peut-il modifier l'importance des règles ?* », pour être soumise à l'avis des experts lors du deuxième tour.

Tableau 1 : Moyennes Ronde Delphi

MOYENNES		DR 1		DR 2		DR 3		DR 4		DR 5		DR 6		DR 7		DR 8		
1er tour	2 ^o tour	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2	
8,63	8	A	9	9	9	9	9	8	9	8	7		8	9	9	5	9	8
7,00	8	B	9	9	9	9	9	9	8	6	5		8	7	5	9	3	7
7,63	7,29	C	9	9	7	7	9	9	5	1	6		7	8	9	9	9	8
7,63	7,71	D	5	9	9	9	3	9	9	8	9		8	7	9	5	9	7
7,13	7,00	E	9	9	9	5	8	9	7	5	4		8	8	9	5	3	8
6,63	7,71	F	5	9	5	9	8	7	4	4	5		8	9	9	9	9	7
8,25	6,00	G ou	9	3	9	1	8	9	9	7	5		8	5	9	9	9	8
7,75	7,86	H	9	6	8	9	6	9	9	7	9		7	7	7	9	7	8
7,88	7,00	I	9	9	5	5	8	9	9	6	8		6	4	9	9	9	7
5,25	7,43	I bis	1	9	5	9	8	9	5	7	5		7	7	4	4	7	7
8,00	8,00	J	9	9	9	9	8	9	9	5	5		6	8	9	9	9	7
8,38	7,29	K	9	9	8	9	8	8	9	5	7		8	5	9	9	9	6
7,13	7,29	L	1	9	9	9	7	8	8	5	6		8	5	9	9	9	6
5,25	7,57	M	9	9	4	7	4	8	5	5	6		5	8	6	9	3	7
4,00	7,14	N	9	9	5	9	4	8	1	1	1		6	8	5	9	1	6
5,88	5,71	O	5	9	5	5	5	7	5	7	2		7	1	9	5	9	6
	7,71			8		9		8		7				7		9		6

2. Deuxième tour de la Ronde Delphi

Il était demandé aux experts de coter à nouveau les items qui avaient été conservés, modifiés ou ajoutés lors du premier tour.

A l'issue de ce deuxième tour, deux items ont à nouveau été supprimés, avec des moyennes obtenues respectivement de 5,71 et 7,0 sur 10 : « *le DIU est-il une méthode contraceptive efficace selon vous ?* » et « *(le DIU) protège t-il selon vous des infections sexuellement transmissibles ?* ». La première question était redondante avec une deuxième question comparant l'efficacité du DIU avec les autres méthodes contraceptives ; la suivante ne semblait pas suffisamment en rapport avec le sujet d'étude aux yeux des experts.

Certains items ont été également reformulés, comme par exemple pour définir la durée d'utilisation de la plupart des DIU (*1an/ 3ans/ 5ans/ >10ans*).

3. Questionnaires test

Ils étaient séparés en quatre parties distinctes :

- Une première partie comportant certaines caractéristiques socio-démographiques (*âge, niveau d'étude, couple, parité, méthode contraceptive, lieu du suivi gynécologique...*)
- Une deuxième partie concernant l'histoire personnelle de contraception des femmes (*âge des premiers rapports sexuels, âge de la première contraception, antécédent d'interruption volontaire de grossesse ou IVG*).
- La troisième partie concernant l'information déjà reçue sur ce type de contraception (*par qui ? Vous a t-elle paru suffisante ? Seriez-vous intéressée par ce moyen de contraception ?*)
- Une dernière partie comportant les questions de connaissances précédemment définies lors de la Ronde Delphi

Quinze questionnaires test ont été distribués du 28 mai au 20 juin 2014, en consultation de médecine générale. Ils ont permis de reformuler certains items, et de supprimer un dernier item « *Est-il possible selon vous d'utiliser le DIU comme contraception d'urgence ?* ». Cette question s'est révélée trop spécialisée, car aucune des quinze femmes testées ne connaissait la réponse. Le questionnaire définitif ainsi obtenu comportait dix-sept questions de connaissances.

Annexe 3 : Notification d'autorisation de l'étude par la CNIL



Le Vice-Président délégué

Madame Marie LALO
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE
GRENOBLE - HOPITAL ALBERT MICHALLON
CHU
CS 10217
38043 - GRENOBLE CEDEX 09

Paris, le - 4 MARS 2014

N/Réf. : MMS/DMS/AE141015

Objet : NOTIFICATION D'AUTORISATION

Décision DE-2014-016 autorisant le CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE GRENOBLE - HOPITAL ALBERT MICHALLON à mettre en œuvre un traitement de données de santé à caractère personnel ayant pour finalité l'évaluation des connaissances ainsi que des déterminants de ces connaissances, des femmes de 18 à 45 ans sur la contraception par dispositif intra-utérin en médecine ambulatoire, dans le cadre de la rédaction d'une thèse de médecine générale (Demande d'autorisation n° 1735760).

Madame,

Vous avez saisi notre Commission d'une demande d'autorisation relative à un traitement de données à caractère personnel ayant pour finalité :

EVALUATION DES CONNAISSANCES AINSI QUE DES DETERMINANTS DE CES CONNAISSANCES, DES FEMMES DE 18 A 45 ANS SUR LA CONTRACEPTION PAR DISPOSITIF INTRA-UTERIN EN MEDECINE AMBULATOIRE (DANS LE CADRE DE LA REDACTION D'UNE THESE DE MEDECINE GENERALE)

Ce traitement relève de la procédure des articles 62 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée.

Vous indiquez que des mesures de sécurité physique et logique seront mises en place pour garantir la confidentialité des données et que le traitement informatique des données sera réalisé sous votre responsabilité et celle de vos collaborateurs.

J'attire votre attention sur les obligations qui incombent désormais à ces personnes qui doivent :

- n'utiliser les fichiers qu'à des fins d'analyse comparative de l'activité de soins,

Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
8 rue Vivienne CS 30223 75083 PARIS Cedex 02 - Tél: 01 53 73 22 22 - Fax: 01 53 73 22 00 - www.cnil.fr
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Les données nécessaires au traitement des courriers et des dossiers de formalités reçus par la CNIL sont enregistrées dans un fichier informatisé réservé à son usage exclusif pour l'accomplissement de ses missions. Vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en vous adressant au correspondant informatique et Libertés (CIL) de la CNIL.

Annexe 4 : Analyse statistique : Codage des données sur Excel

- Parité : Les femmes étaient classées en « nullipare » ou « multipare ». Le nombre d'enfants des femmes n'a pas été conservé dans le tableur Excel définitif.
- Suivi gynécologique : lorsque les femmes répondaient être suivies pour leur contraception à la fois par leur médecin généraliste et par le gynécologue, la réponse était codée « gyn_mg ».
- Source de l'information : lorsque les femmes répondaient qu'elles avaient reçu une information « pendant les études », ou « à la faculté », la source d'information a été considérée comme « scolaire ».
- Lieu de recueil des données : La Côte-St-André a été considérée comme un lieu « semi-rural », Varcès, Echirolles et St-Ismier en « milieu semi-urbain », les cabinets grenoblois comme « urbain »
- Questions de connaissances : quand les femmes ne répondaient pas à certaines questions ou répondaient « ne sait pas », la réponse était considérée comme fausse pour le calcul du pourcentage total de bonnes réponses.

Les questions ou items restés sans réponse n'ont pas été remplis dans le tableur Excel, puis considérés comme données manquantes dans l'analyse statistique.



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

RESUME

Introduction.

A la fin de l'année 2012, les pilules de troisième et quatrième génération ont fait l'objet d'un débat médiatique en France, à propos du risque thrombo-embolique veineux pouvant être associé à leur utilisation. Près d'une femme sur cinq aurait changé de méthode contraceptive suite à ce débat. Le dispositif intra-utérin (DIU) est aujourd'hui, en France, le second moyen de contraception le plus utilisé après la pilule. Néanmoins, très peu de femmes jeunes et/ou nullipares utilisent un DIU, malgré le fait que l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé le recommande depuis 2004, comme une méthode contraceptive de première intention. C'est dans ce contexte actuel de controverses que nous avons voulu essayer de connaître le niveau de connaissance des femmes sur la contraception par DIU en Isère, afin de déterminer les points sur lesquels les professionnels de santé n'insistent peut-être pas suffisamment, et de permettre aux femmes de réaliser un choix éclairé et adapté de leur contraception.

Matériels et méthodes

Il s'agissait d'une étude épidémiologique, observationnelle et prospective, réalisée en Isère, à l'aide de questionnaires anonymes distribués dans différents lieux de médecine ambulatoire. Le questionnaire a été élaboré grâce à la technique de la *Ronde Delphi*. Nous avons calculé des scores de bonnes réponses au questionnaire de connaissance, que nous avons ensuite comparés aux données sociodémographiques des femmes interrogées. Notre population d'étude comportait 420 femmes âgées de 18 à 45 ans en Isère.

Résultats

La moyenne d'âge des patientes était de 30 ans. Le DIU était utilisé en priorité par les femmes de plus de 35 ans, les femmes multipares et celles suivies par un gynécologue. Les femmes de l'étude ont obtenu un taux moyen de 48% de bonnes réponses. Ce taux augmentait significativement avec l'âge, avec une différence significative ($P < 0,001$) entre le sous-groupe d'âge 18-25 ans (42%), et les sous-groupes d'âge 26-35 et 36-45 ans (51%). Il était significativement supérieur dans le sous-groupe de patientes multipares (53%) par rapport au sous-groupe de patientes nullipares (43%) ($P < 0,001$). Ce taux augmentait avec le niveau d'étude, avec une différence significative entre le sous-groupe de patientes titulaires d'un diplôme CAP/BEP (40,5%) et le sous-groupe de patientes titulaires d'un diplôme d'études supérieures (51,0%) ($P < 0,001$).

Conclusion/discussion

Le niveau de connaissance des femmes de cette étude à propos du DIU était moyen et hétérogène. Les meilleurs niveaux de connaissance ont été observés chez les patientes les plus âgées, les multipares, celles ayant le niveau d'études le plus élevé et chez celles suivies par un gynécologue. Les principaux résultats de cette étude montrent que le niveau de connaissance des femmes sur le DIU est insuffisant, si l'on estime que ces connaissances sont nécessaires à un choix éclairé de leur contraception. Il faudrait donc insister davantage sur l'information fournie aux femmes les plus jeunes, les nullipares, et les moins diplômées afin de leur permettre de réaliser un choix éclairé et adapté de leur contraception. Les informations sur lesquelles il semble nécessaire d'insister auprès des femmes à propos du DIU sont : le fait de pouvoir être utilisé chez une femme n'ayant jamais eu d'enfants, mais aussi le fait d'être une méthode fiable, à faible risque infectieux, pouvant être retiré à tout moment, ne retardant pas le retour à la fertilité, et le fait de pouvoir l'utiliser en cas d'allaitement.

Mots clés : DIU, Connaissances, Contraception