



HAL
open science

Dispositif intra-utérin et nullipares Enquête auprès d'étudiantes nullipares et de professionnels de santé sur Marseille et Aix-en-Provence

Pauline Laurent

► **To cite this version:**

Pauline Laurent. Dispositif intra-utérin et nullipares Enquête auprès d'étudiantes nullipares et de professionnels de santé sur Marseille et Aix-en-Provence. Gynécologie et obstétrique. 2017. dumas-01635312

HAL Id: dumas-01635312

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01635312>

Submitted on 15 Nov 2017

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.



DISPOSITIF-INTRA UTERIN ET NULLIPARES

Enquête auprès d'étudiantes nullipares et de professionnels de santé sur Marseille et Aix-en-Provence

Mémoire présenté et publiquement soutenu

Le 26 avril 2017

Par

LAURENT Pauline

Née le 24 août 1993

A Aix-en-Provence

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Promotion 2013/2017

Sous la direction du Dr GRECO Fanny, Chef de Clinique Assistante en gynécologie
obstétrique à l'hôpital Nord de Marseille

**Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée
Université Aix Marseille**

**DISPOSITIF INTRA-UTERIN ET NULLIPARES
Enquête auprès d'étudiantes nullipares et de professionnels de santé sur Marseille
et Aix-en-Provence.**

**LAURENT Pauline
Née le 24 août 1993 à Aix-en-Provence**

**Mémoire présenté et publiquement soutenu
le 26 avril 2017**

Pour l'obtention du Diplôme d'état de Sage-Femme

Année universitaire 2016-2017

Validation 1^{ère} session 2017 :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Mention :	Félicitations du Jury	<input type="checkbox"/>
	Très bien	<input type="checkbox"/>
	Bien	<input type="checkbox"/>
	Assez bien	<input type="checkbox"/>
	Passable	<input type="checkbox"/>
Validation 2^{ème} session 2017 :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

REMERCIEMENTS

MERCI,

A Fanny GRECO, ma directrice de mémoire, pour sa disponibilité et son aide précieuse tout au long de ce travail.

A l'équipe enseignante de l'EU3M, et tout particulièrement à Cécile NINA et Carole ZAKARIAN qui sont venues à mon secours pour les résultats et les statistiques.

A toutes les personnes qui ont répondu à mes questionnaires et sans qui cette étude n'aurait pas pu se faire.

A mes parents, à ma sœur Lisa et à mon frère Théo pour leur soutien depuis toujours.

A Alice, Elsa, Hélène, Léa, Loriane, Ludivine et Salomé, mes copines sages-femmes qui sont passées par là avant moi et qui n'ont jamais cessé de m'encourager. Un merci tout particulier à Loriane et Alice pour leurs relectures et leurs commentaires pertinents.

A Florent pour son soutien et à mes amis de toujours, les « Moustiks » pour avoir été présents toutes ces années.

SOMMAIRE

INTRODUCTION A L'ETUDE	1
MATERIELS ET METHODE	3
1. Population de l'étude	3
2. Outils de recueil de données	3
3. Analyse statistiques	4
RESULTATS	5
1. Etudiantes nullipares	5
1.1 Statistiques descriptives de la population	5
1.2 Nullipares avec DIU	8
1.3 Nullipares sans DIU	10
2. Professionnels de santé	12
2.1 Statistiques descriptives de la population	12
2.2 Pratiques professionnelles	13
ANALYSE ET DISCUSSION	17
1. Limites et biais de l'étude	17
2. Points forts de l'étude	17
3. Pratiques des professionnels de santé	18
4. Comportements contraceptifs des étudiantes nullipares	20
5. Réticences des nullipares vis-à-vis du DIU	22
CONCLUSION	25
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	

INTRODUCTION

La contraception est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme étant « l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter » [1]. Légalisée en France suite à la loi Neuwirth de 1967, elle s'inscrit dans une stratégie de contrôle des naissances et de prévention de grossesse non désirée. La finalité est d'éviter aux femmes le recours à une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG), technique légitimée en 1975 avec la loi Veil qui garantit le droit à l'avortement [2,3]. Malgré la diffusion des méthodes contraceptives, le taux de grossesses non désirées reste important et représente un enjeu de santé publique. En effet 207 000 IVG ont été réalisées en France chaque année et ce taux reste stable depuis dix ans [4]. Les jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans sont particulièrement touchées par ce problème puisque 28,8% d'entre elles auraient eu recours à une IVG [4, 5, 6].

Cependant de nombreuses méthodes permettent aujourd'hui à chaque femme de faire le choix d'une contraception adaptée à sa situation [7]. Parmi celles-ci on retrouve le Dispositif Intra Utérin (DIU), anciennement appelé stérilet. Il s'agit d'une méthode contraceptive réversible et de longue durée qui varie de 5 à 10 ans selon les modèles de DIU. On en distingue deux types : le DIU au cuivre et le DIU hormonal (lévonorgestrel) [8]. Le DIU au cuivre va altérer la fonction et la viabilité des gamètes entraînant ainsi une inhibition de la fécondation. Il aura également une action mécanique en empêchant l'implantation de l'ovocyte fécondé dans l'endomètre utérin grâce à une inflammation locale. Les effets secondaires observés suite à la pose d'un DIU au cuivre sont l'allongement de la durée des règles et des saignements plus importants. Le DIU au lévonorgestrel combine à la fois l'action d'un DIU classique et celui d'une contraception progestative : épaissement de la glaire cervicale, ralentissement de la prolifération de l'endomètre. A l'inverse du DIU au cuivre, le DIU hormonal entraîne des spotting voire une aménorrhée [9]. Avec un indice de Pearl de 0,6 pour le DIU au cuivre et de 0,2 pour le DIU au lévonorgestrel, on peut classer ces méthodes contraceptives parmi les plus efficaces (Annexe 1).

Selon une enquête de la Haute Autorité de Santé (HAS) réalisée en 2013, 1 femme sur 5 aurait recours au DIU comme moyen de contraception. Tout âge confondu, il s'agit

du second moyen de contraception le plus utilisé, la pilule occupant la première place [10,11].

L'utilisation du DIU comme contraceptif est principalement liée à la parité. Il a été recensé que seulement 1,3% des femmes n'ayant jamais eu d'enfant utilisent un DIU, contre 20% pour celles ayant 1 enfant et 40% pour celles ayant 2 enfants et plus [11,12]. Pourtant l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) en 2004 et plus récemment la HAS ont clairement indiqué la possibilité de poser un DIU chez les femmes nullipares [13,14]. Ainsi pour mieux répondre à cette indication, les laboratoires ont mis sur le marché un format « short » plus adapté à l'anatomie des nullipares, disponible pour les DIU au cuivre ou hormonal [15,16].

Malgré tout, les aprioris relatifs au DIU persistent. Selon une étude de 2014, un grand nombre de patientes pensent à tort qu'il s'agit d'un moyen de contraception réservé à celles ayant déjà eu des enfants du fait du risque supposé de stérilité ou de complications que pourrait engendrer cette méthode contraceptive. Une bonne communication des professionnels de santé et des pouvoirs publics auprès des femmes pourrait pallier ce manque d'informations, tout particulièrement auprès des nullipares. Si la pose du DIU a l'inconvénient d'être parfois douloureuse chez ces jeunes femmes, il offre de nombreux avantages en termes de fiabilité, de coût et d'observance [15,16].

Plus de dix ans après les recommandations de l'ancienne ANAES, la question que nous nous sommes posée a été la suivante : « *Qu'en est-il des pratiques des professionnels de santé quant à la pose de DIU chez les nullipares ? Les pratiques contraceptives des étudiantes nullipares sur Marseille et Aix-en-Provence reflètent-elles les recommandations de 2004 ? Quel est le ressenti actuel des étudiantes nullipares vis-à-vis du DIU ?* »

Les objectifs de l'étude sont de déterminer si les recommandations de la HAS sont mises en application par les professionnels de santé et d'évaluer la place du DIU chez les nullipares. L'objectif secondaire est l'appréciation des réticences des nullipares vis-à-vis du DIU.

MATERIELS ET METHODE

Pour répondre aux objectifs posés, nous avons réalisé une étude descriptive sur plusieurs sites situés à Marseille et à Aix-en-Provence entre le 1er mars 2016 et le 30 octobre 2016.

1. Populations de l'étude

Deux types de population ont été interrogés pour l'étude : des étudiantes nullipares et des professionnels de santé (gynécologues obstétriciens, gynécologues médicaux, sages-femmes et médecins généralistes) habilités à poser des DIU et exerçant en structure publique ou privée (établissement privé et/ou activité libérale). Le recrutement des nullipares s'est fait par échantillonnage stratifié, chaque strate correspondant à une certaine filière : maïeutique, médecine, droit, commerce, infirmière, sciences politiques, communication et pharmacie. Au total, 200 sujets ont été contactés au sein de la population étudiante. Les critères d'inclusion étaient la nulliparité et le statut d'étudiante. Les critères de non-inclusion ont été le fait d'avoir accouché et le fait d'être mineure. Les critères d'exclusion qui en ont découlé sont l'exercice d'une activité professionnelle ainsi qu'un âge inférieur à 18 ans. Les professionnels de santé ont été recrutés par tirage au sort afin de réaliser un échantillonnage aléatoire. Cela nous a permis d'avoir un effectif identique de 25 personnes pour chacune des catégories ; gynécologues obstétriciens, gynécologues médicaux, sages-femmes et médecins généralistes. Ainsi, 100 professionnels de santé ont été contactés.

2. Outils de recueil de données

Les données ont été recueillies à l'aide de deux questionnaires anonymes spécifiques à chacune des populations étudiées. Une pré-étude sur un échantillon issu de chaque population a permis d'évaluer la pertinence des questionnaires et d'en apporter les modifications nécessaires.

Le questionnaire adressé aux nullipares a été diffusé via les réseaux sociaux. Il comportait 24 items dont 6 questions qui s'adressaient spécifiquement aux jeunes femmes ayant un DIU, et 4 questions s'adressant spécifiquement à celles qui n'en avaient pas. Les

14 questions restantes leurs étaient communes et étaient des questions fermées (Annexe 2). Le questionnaire adressé aux professionnels de santé a été diffusé par mail et en format papier. Il comportait 10 items dont une question ouverte : *Quel est votre avis sur la pose de DIU chez les nullipares ?* Les 9 autres questions étaient des questions fermées (Annexe 3). Chacun des deux questionnaires a été informatisé permettant une réponse simple et rapide pour les deux populations étudiées.

3. Analyses statistiques

Le recueil des données anonymisées a été réalisé avec le logiciel Excel. L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel Sofastats version 1.4.6, le logiciel SPSS version 0.10.2 et le logiciel Xlstats par des tests de Khi-deux et un test exact de Fisher. Les variables quantitatives ont été décrites en moyennes. Les variables qualitatives ont été décrites en nombre de patientes et en pourcentage. Une valeur du petit p inférieure ou égale à 0,05 a été retenue comme statistiquement significative.

RESULTATS

1. Etudiantes nullipares

Au totale, 125 étudiantes nullipares ont rempli le questionnaire. L'analyse a porté sur 107 questionnaires, 18 questionnaires ayant été exclus conformément aux critères d'exclusion.

1.1 Statistiques descriptives de la population

Tableau 1 : Répartition des étudiantes nullipares en fonction de leurs filières. (n=107)
Les résultats sont présentés dans la forme n (%).

Communication	16 (15)
Commerce	13 (12,1)
Droit	11 (10,3)
Economie	6 (5,6)
Filières médicales et paramédicales ¹	46 (43)
Sciences politiques	7 (6,5)
Autres ²	8 (7,5)
TOTAL	107 (100)

¹ Les filières médicales et paramédicales comprennent les étudiantes en médecine, en maïeutique et les étudiantes infirmières. Il s'agit des filières les plus représentées comptabilisant à elles seules 43% des étudiantes.

² Dans la catégorie « autres », ont été recensées des étudiantes nullipares ayant répondu au questionnaire mais n'étant pas issues des strates initialement prédéfinies : IUT gestion urbaine, psychomotricienne et psychologie. Leurs réponses ont été volontairement intégrées dans l'étude.

La description générale de la population est introduite dans le tableau 2 ci-dessous.

Tableau 2 : *Caractéristiques démographiques de la population (n=107)*

Age moyen [min-max] (ans)	21,44 [18-29]
Age moyen du 1 ^{er} rapport sexuel [min-max] (ans)	16,77 [13-21]
Activité sexuelle n (%)	100 (93,5)
Contraception n (%)	94 (87,8)
Suivi gynécologique n (%)	86 (80,4)
Partenaire sexuel identiques n (%) ¹	75 (75)
Partenaires sexuels différents n (%) ¹	25 (25)

¹ Calculé sur la base des 100 étudiantes ayant une activité sexuelle.

Tableau 3: *Types de professionnels de santé consultés par les étudiantes nullipares ayant un suivi gynécologique (n=86). Les résultats sont présentés dans la forme n (%).*

Gynécologues ¹	65 (75,6)
Médecins généralistes	11 (12,8)
Sages-femmes	10 (11,6)
TOTAL	86 (100)

¹ La catégorie « gynécologues » comprend les gynécologues médicaux et obstétriciens.

Tableau 4 : *Types de moyens contraceptifs utilisés par les étudiantes nullipares (n=107). Les résultats sont présentés dans la forme n (%).*

Pilule	71 (66,4)
DIU	13 (12,1)
Préservatif	5 (4,6)
Anneau vaginal	3 (2,8)
Implant	2 (2)
Aucun	13 (12,1)
Total	107 (100)

1.2 Nullipares avec DIU

Nous avons recensé 13 nullipares ayant un DIU (Tableau 4). Leur description générale est présentée dans le tableau 5 ci-dessous.

Tableau 5 : Description des étudiantes nullipares ayant un DIU. (n=13)

Age moyen au moment de la pose du DIU [min-max] (ans)		21,08 [18-25]
Age moyen au moment de l'étude [min-max] (ans)		22,15 [19-29]
Satisfaction n (%)		13 (100)
Contraception de 1 ^{ère} intention n (%)		2 (15,4)
Contraception antérieure au DIU n (%)	<i>Implant</i>	1 (7,7)
	<i>Pilule</i>	10 (76,9)
Type de DIU n (%)	<i>Cuivre</i>	12 (92,3)
	<i>Hormonal</i>	1 (7,7)
Partenaire sexuel n (%)	<i>Identique</i>	9 (69,2)
	<i>Différent</i>	4 (30,8)

Figure 1 : Répartition des étudiantes nullipares ayant des DIU au sein des filières spécifiques à l'étude (n=13).

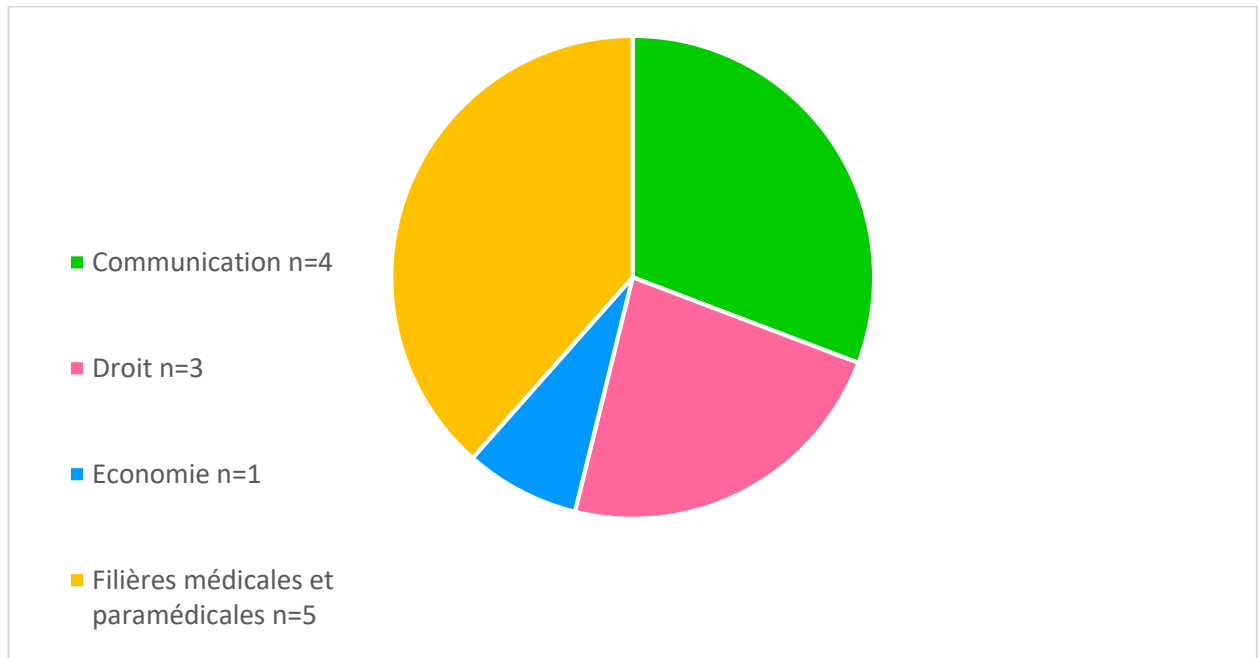
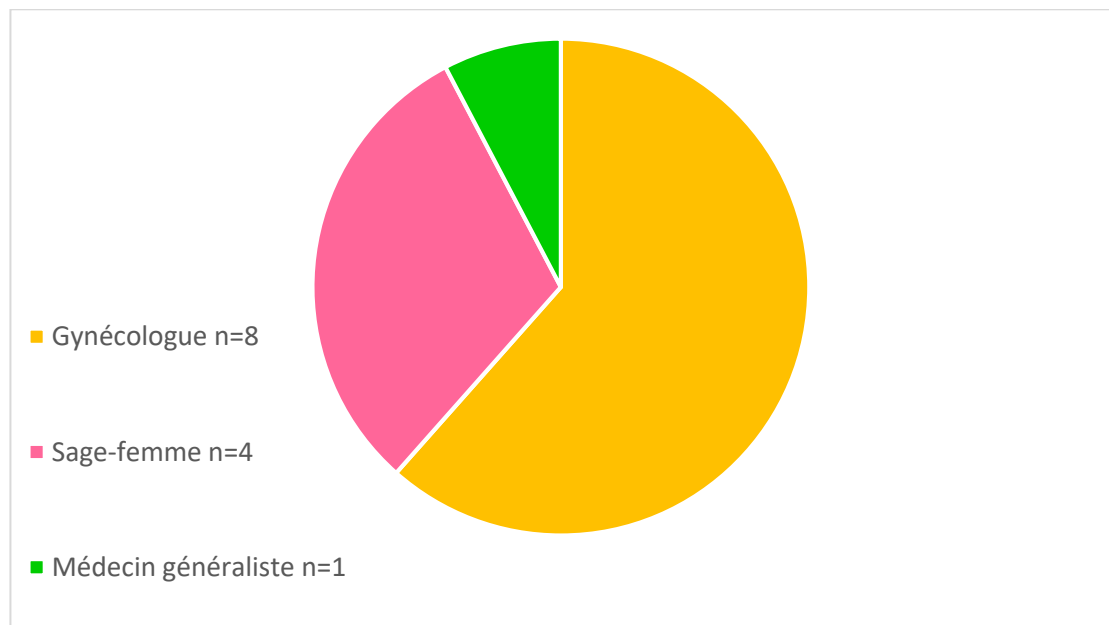


Figure 2 : Répartition des professionnels de santé ayant posé le DIU aux nullipares de l'étude (n=13)



1.3 Nullipares sans DIU

Cette partie portera sur 90 nullipares. En effet, sur les 94 étudiantes qui n'avaient pas de DIU, 4 d'entre elles n'avaient pas répondu à la seconde partie du questionnaire (Annexe 2). Quatre-vingt-huit nullipares sans DIU en avaient entendu parler. Parmi celles-ci 55 (62,5%) pourraient l'envisager pour elles-mêmes, 29 (32,9%) n'étaient pas prêtes à avoir ce moyen de contraception et 4 jeunes femmes n'avaient pas répondu à la question.

Figure 3 : Source de l'information des étudiantes nullipares relative au DIU. (n=85)

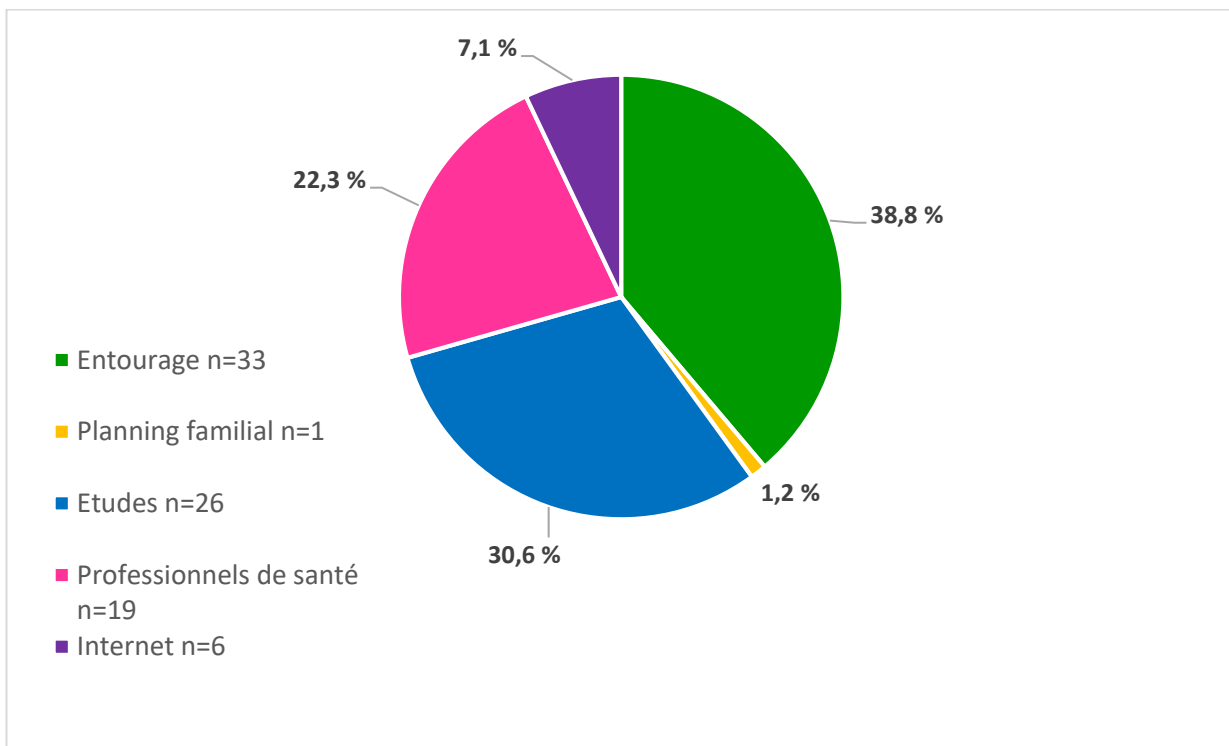


Tableau 6 : Inconvénients du DIU selon les étudiantes nullipares n'utilisant pas cette méthode contraceptive (n=73). Les résultats sont présentés dans la forme n (%).

Douleur	17 (23)
Abondance des saignements	10 (14)
Infection	10 (14)
Stérilité	8 (11)
Gêne	5 (7)
Grossesse extra utérine	4 (5)
Mauvaise tolérance	3 (4)
Nulliparité	2 (3)
Ne sait pas	14 (19)

2. Professionnels de santé

Sur 100 professionnels de santé contactés pour l'étude, 49 ont répondu au questionnaire.

2.1 Statistiques descriptives de la population

La description générale des professionnels de santé est présentée dans le tableau ci-dessous. La totalité des sages-femmes et des médecins généralistes interrogés travaillaient en structure privée et/ou en libéral. Concernant les gynécologues, la majorité d'entre eux (60%) exerçaient en établissement de santé public et 40% avaient une activité libérale ou exerçaient en structure privée.

Tableau 7 : *Caractéristiques des professionnels de santé.* (n=49)

	Gynécologues ¹	Sages-femmes	Médecins généralistes
Répartition n (%)	20 (40,8)	18 (36,7)	11 (22,5)
Moyenne d'âge [min-max] (ans)	39,90 [30-52]	40,33 [26-64]	42,73 [32-50]

¹ La catégorie « gynécologues » comprend les gynécologues obstétriciens et les gynécologues médicaux.

2.2 Pratiques professionnelles

Tableau 8 : Evaluation des pratiques professionnelles quant à la pose de DIU. (n=49)

		Gynécologues (n=20)	Sages-femmes (n=18)	Médecins généralistes (n=11)	p
Pose de DIU dans la population générale n (%)		20 (100)	4 (22,2)	3 (27,3)	<0,001
Type de DIU population générale	Hormonal n (%)	1 (5)	1 (25)	0 (0)	NS ²
	Cuivre n (%)	7 (35)	1 (25)	1 (33,3)	NS
	Les deux n (%)	12 (60)	2 (50)	2 (66,7)	NS
Pose de DIU chez nullipares n (%)		15 (75)	4 (22,2)	1 (9,1)	0,001
Type de DIU chez les nullipares ¹	Hormonal n (%)	1 (6,7)	0 (0)	0 (0)	NS
	Cuivre n (%)	14 (93,3)	4 (100)	1 (100)	NS
Prescription en 1 ^{ère} intention chez nullipares n (%)		11 (55)	3 (16,7)	0 (0)	0,006

¹ Calculé sur la base des professionnels de santé qui posent des DIU auprès des nullipares.

² NS : Non Significatif

Ont été statistiquement significatives :

- La différence observée entre les professionnels de santé par rapport à la pose de DIU dans la population générale ($p < 0.0001$).
- La différence entre les professionnels de santé relative à la pose de DIU chez les nullipares ($p = 0,001$).
- La différence entre les professionnels de santé relative à la prescription du DIU comme moyen contraceptif de première intention ($p = 0,006$).

La moyenne d'âges des professionnels de santé est de 40,69 ans et la médiane est de 40 ans. L'âge minimal recueilli a été 26 ans, l'âge maximal a été 64 ans. Nous avons comparé les pratiques des professionnels ayant un âge inférieur ou égal à 40 ans avec celles des professionnels âgés de plus de 40 ans. Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 9 : Influence de l'âge des professionnels de santé sur les pratiques. (n=49)

		≤ 40 ans (n=25)	> 40 ans (n=24)	p
Pose de DIU dans la population générale n (%)		15 (60)	12 (50)	NS ¹
Pose de DIU chez nullipares n (%)		15 (60)	5 (20,8)	0,004
Type de DIU dans la population générale	Hormonal n (%)	1 (6,7)	0 (0)	NS
	Cuivre n (%)	9 (60)	0 (0)	NS
	Les deux n (%)	5 (33,3)	12 (100)	NS
Prescription en 1 ^{ère} intention chez nullipares n (%)		9 (36)	5 (20,8)	NS

¹ NS : Non Significatif

La pose de DIU auprès des nullipares en fonction de l'âge apparait significatif (p=0,004).

Parmi les professionnels interrogés, 40,8% (n=20) ont émis un avis quant à la pose de DIU chez les nullipares lequel est favorable pour 95% (n=19) d'entre eux. Vingt-cinq pourcent (n=5) de ceux à avoir formulé une opinion ne sont disposés à poser des DIU que sous réserve que ce soit une demande spécifique de la patiente nullipare.

Et 85% (n=17) des gynécologues, 54,5% (n=6) des médecins généralistes et 88,9% (n=16) des sages-femmes évoquent le DIU auprès des nullipares, soit 79,9% de l'ensemble de la population étudiée, et ce quelle que soit leur opinion à ce sujet.

ANALYSE ET DISCUSSION

Nos deux objectifs principaux étaient de déterminer si les professionnels de santé mettent en application les recommandations de l'ANAES et la HAS et d'évaluer la place du DIU auprès des nullipares. Nous avons eu en objectif secondaire l'appréciation des réticences des nullipares vis-à-vis du DIU.

1. Limites et biais de l'étude

La principale limite de cette étude a été le nombre de réponses insuffisantes par rapport aux effectifs attendus initialement. En effet, sur 200 nullipares contactées, seules 125 d'entre elles ont répondu au questionnaire. Le taux de réponses a donc été de 62,5%. Or, en raison des critères d'exclusion préalablement définis, seuls 107 ont été éligibles pour entrer dans l'étude soit un taux de 53,5%. La principale difficulté rencontrée chez les professionnels de santé a été le manque de participation avec un taux de réponse de 49%. On retrouve un biais de sélection dans le choix des nullipares qui ne sont pas représentatives de l'ensemble des nullipares à l'échelle régionale ni à l'échelle nationale. Notre population entreprenait principalement des formations longues tandis que les formations courtes n'étaient pas représentées. Ce biais de sélection est marqué par la part importante de réponses issues des filières médicales et paramédicales (43%), que l'on peut supposer mieux informées du sujet de l'étude (Tableau 1 et figure 1). Un biais de subjectivité a également été introduit auprès des professionnels de santé puisque le questionnaire bien qu'anonyme leur a parfois été donné en main propre en format papier pour tenter d'augmenter le taux de participation.

2. Points forts de l'étude

L'histoire de la contraception est intimement liée à celle de l'avortement, qui demeure aujourd'hui un problème de santé publique majeur. A ce jour, de nombreuses méthodes contraceptives existent mais un schéma de prescription persiste : le préservatif au début de la vie sexuelle, puis la pilule chez les jeunes femmes et enfin le DIU après les

grossesses [10]. Ce schéma est critiquable puisque le taux d'IVG ne diminue pas, particulièrement auprès des jeunes femmes, d'où l'intérêt de promouvoir le DIU qui est l'une des méthodes contraceptives les plus efficaces et les moins contraignantes. Notre étude s'inscrit donc dans une thématique actuelle et bien que réalisée à petite échelle, elle a permis de faire ressortir des résultats significatifs, d'enrichir les données sur le sujet et a le mérite d'offrir un état des lieux des pratiques actuelles.

Un questionnaire anonyme est apparu comme étant le moyen le plus adapté au recueil de données pour la bonne réalisation de l'étude. Le fait de l'informatiser a permis de rendre le temps de réponse moins long et donc moins contraignant pour les personnes recrutées pour l'enquête. Ce mode de diffusion ainsi que l'anonymisation des questionnaires ont donné lieu à des réponses honnêtes sans l'influence d'un tiers, ni l'appréhension d'un potentiel jugement.

3. Pratiques des professionnels de santé

En 2013, la HAS révèle que les recommandations à propos du DIU chez la nullipare ne sont toujours pas suivies, et sont fonction de l'expérience et de la formation continue des professionnels de santé habilités à poser des DIU [11]. Dans cette étude, nous avons interrogés des gynécologues médicaux et obstétriciens (n=20), des sages-femmes (n=18) et des médecins généralistes (n=11) (Tableau 7). Tous sont amenés à poser des DIU avec une fréquence plus importante pour les gynécologues puisque 100% d'entre eux posent des DIU dans la population générale, 22,2% des sages-femmes et 27,3% des médecins généralistes (Tableau 8). Cette différence observée est significative ($p < 0,001$) et pourrait s'expliquer par le manque de pratique et/ou de formation initiale et continue dans ce domaine précis de la part des sages-femmes et des médecins généralistes. En effet la profession de sage-femme est en pleine évolution et elles ne sont habilitées à prescrire, poser, suivre et pratiquer le retrait des DIU que depuis 2009 suite à la loi HPST [17]. Ces compétences étant encore récentes, un grand nombre de sages-femmes n'ont pas eu accès à la formation initiale dont bénéficient les étudiants sages-femmes actuellement et qui a évolué en faveur d'une amélioration des performances en gynécologie et en contraception. Selon une étude réalisée en 2014 sur les réticences des

professionnels de santé quant à la pose de DIU chez les femmes nullipares, les sages-femmes ne s'estimaient pas suffisamment formées en ce qui concerne l'insertion d'une contraception intra-utérine [18]. Concernant les médecins généralistes, ils ont dû entreprendre une formation complémentaire en gynécologie pour être habilités à réaliser un suivi gynécologique et notamment à poser une contraception intra-utérine. Cette formation associe des cours théoriques et des stages pratiques. Or, il n'est pas requis de valider obligatoirement un certain nombre d'actes techniques tels que la pose de DIU. De ce fait, tous les médecins généralistes ayant obtenu un diplôme universitaire de gynécologie ne sont pas sur un même pied d'égalité par rapport à cette compétence spécifique [19]. Parmi les professionnels interrogés, 75% des gynécologues déclaraient poser des DIU chez les nullipares, comme 22,2% des sages-femmes et 9,1% des médecins généralistes, et les différences observées étaient également significatives ($p = 0,001$) s'expliquant probablement à la fois par la méconnaissance des dernières recommandations et par le manque de formations pratiques (Tableau 8).

Concernant l'influence de l'âge des praticiens sur les pratiques professionnelles, la différence a été significative pour la pose de DIU auprès des nullipares ($p=0,004$). En effet, les professionnels âgés de moins de 40 ans étaient plus nombreux à poser des DIU chez les nullipares que ceux âgés de plus de 40 ans (Tableau 9). Ce contraste témoigne probablement de l'enseignement différent dont ont bénéficié les professionnels de santé au cours de leurs études. En effet, les plus âgés ont été formés avant que les recommandations de l'ANAES ne soient instaurées et il leur est sûrement plus difficile de faire évoluer leurs pratiques habituelles. A l'inverse, les médecins et sages-femmes de moins de 40 ans ont débuté leurs carrières à la même époque ou après les recommandations relatives à la pose de DIU chez les nullipares et sont plus familiers avec ses pratiques. Cependant, notre effectif étant relativement faible, il est difficile de faire de ce constat une généralité. Il aurait également été pertinent dans le cadre de cette étude d'évaluer si le sexe pouvait avoir une incidence sur la prescription et la pose de DIU auprès des nullipares.

En 2014, le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) a dénoncé qu'un nombre important de professionnels refusent encore de poser un DIU chez des nullipares et redoutent la survenue de complications estimées plus

fréquentes que chez les multipares [20]. Le CNGOF s'applique depuis à démontrer que la contraception intra-utérine n'est pas incompatible avec la nulliparité et qu'elle présente même de nombreux avantages. Les résultats de notre étude semblent indiquer que les réticences des professionnels de santé s'estompent. En effet près de 80% des professionnels interrogés déclaraient informer leurs patientes nullipares de la possibilité de bénéficier d'un DIU. Et le fait que seulement 40% d'entre eux semblent appliquer ces recommandations s'explique probablement par le manque de formation pratique. Il serait pertinent de renforcer la formation continue en termes de contraception et de gynécologie afin que tous les professionnels soient à même de mettre en application les recommandations actuelles. En revanche, tous les professionnels de santé interrogés ne prescrivent pas le DIU comme moyen de contraception de première intention. La différence observée à ce sujet a été significative ($p=0,006$) entre chacune des catégories de professionnels interrogés (Tableau 8). Aucun des médecins généralistes ne le prescrit en première intention, et seulement 16,7% des sages-femmes le font contre 55% des gynécologues. Face à ce constat il aurait été intéressant d'évaluer les freins des professionnels de santé à la pose de DIU chez les nullipares.

4. Comportement contraceptif des étudiantes nullipares

Selon le baromètre santé de 2010 [10], la couverture contraceptive parmi les jeunes femmes de 15 à 29 ans est de 90%. Les nullipares de notre étude sont quant à elles 87,8% à utiliser une méthode contraceptive reflétant ainsi le schéma national, et 93,5% ont une activité sexuelle régulière (Tableau 2). Ainsi 5,6% des étudiantes ($n=6$) ont une activité sexuelle à risque de survenue d'une grossesse. Il aurait été intéressant dans le cadre de l'étude d'évaluer si l'absence de contraception était en rapport avec un désir de grossesse ou avec un recours à des contraceptions dites naturelles [21]. Ces méthodes naturelles sont critiquables car elles sont peu fiables et sont plus à risque d'aboutir à une grossesse non désirée pouvant conduire à la réalisation d'une IVG. En France le taux d'IVG est stable et ne décroît pas malgré un large choix de moyens contraceptifs. Les jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans sont particulièrement touchées par ce problème de santé publique puisque 28,8% d'entre elles auraient eu recours à une IVG [4, 5, 6]. Dans notre étude seulement 5% des étudiantes ayant déjà eu des rapports sexuels ont eu recours

à une IVG. Le taux d'IVG au sein de notre échantillon n'est donc pas représentatif des jeunes femmes à l'échelle nationale.

Même si les professionnels semblent être dans une bonne dynamique d'information auprès des nullipares, la principale source d'information des étudiantes interrogées à ce sujet est l'entourage proche selon 38,8% d'entre elles. Seul 22,3% des étudiantes nullipares ont été informées dans le cadre de leur suivi médical. Trente pourcent ont été renseignées par le biais de leur scolarité que ce soit au collège, au lycée ou au cours des études supérieures. Six étudiantes nullipares (7,1%) ont été informées du DIU via internet et seulement l'une d'entre elles par le planning familial (Figure 3). Partant de ce constat, il serait souhaitable d'améliorer la diffusion de l'information auprès des jeunes femmes par le biais des pouvoirs publics à l'image de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) et de sa campagne récente « choisir sa contraception » [22]. En effet, à ce jour, aucune promotion spécifique du DIU n'a été réalisée auprès du grand public et encore beaucoup de jeunes femmes considèrent à tort que le DIU est réservé à celles ayant déjà accouché. C'est le cas de 3% des étudiantes interrogées dans notre étude qui pensent que le DIU leur est contre indiqué du seul fait qu'elles sont nullipares (Tableau 6). On peut également s'interroger sur les pratiques des professionnels de santé, à savoir s'ils mettent en application la méthode BERGER lors d'une première consultation de contraception. Cela consiste notamment à présenter à la patiente tous les moyens de contraception possibles afin qu'elle soit libre de décider en toute autonomie ce qui lui conviendrait le mieux.

Auprès des nullipares de notre étude, la pilule occupe la première place avec 75,5% d'utilisation. L'anneau vaginal et l'implant contraceptif sont utilisés respectivement par 2,8% et 2% d'entre elles (Tableau 4). Cela reflète bien la situation française puisque la contraception orale occupe une place prédominante avec un taux d'utilisation de 55,5% chez les femmes en général. Selon une enquête de l'INPES, 78,9% des femmes de 18 à 20 ans et 83,4% des 20-24 ans qui ont recours à un moyen contraceptif utilisent la pilule [23]. A l'échelle nationale et tout âge confondu, le DIU est le second moyen de contraception le plus utilisé (26%) mais son emploi est surtout fonction de l'âge et de la parité. Ainsi seulement 1,3% des femmes n'ayant jamais eu d'enfant recourent à un DIU [10]. Dans notre étude, le DIU occupe également la seconde place avec 13,8% d'utilisation chez les nullipares (n=94) (Tableau 4). Dans la majorité des cas le DIU a été

posé par un gynécologue (n=8), pour 4 d'entre elles il a été inséré par une sage-femme, et pour seulement une jeune femme il a été posé par un médecin généraliste (Figure 2). Neuf des étudiantes ayant un DIU ont des rapports sexuels avec le même partenaire, tandis que les 4 autres ont des partenaires sexuels différents (Tableau 5). La majorité des nullipares interrogées ayant un DIU sont issues des filières médicales et paramédicales (Figure 1). On peut fortement suspecter une corrélation entre les études entreprises et le mode de contraception en supposant que les étudiantes issues des filières médicales et paramédicales sont mieux informées des recommandations médicales actuelles. Mais quelle que soit la filière, le taux de satisfaction par rapport à ce contraceptif est de 100% (Tableau 6). Comment expliquer alors les appréhensions des nullipares envers le DIU alors que la satisfaction de celles qui l'utilisent est maximale ?

5. Réticences des nullipares vis-à-vis du DIU

Dans notre étude, 62% des étudiantes seraient prêtes à envisager le DIU comme moyen contraceptif mais 33% y renonceraient. Il semble que la principale raison de la sous-utilisation du DIU soit avant tout la vision erronée des femmes, et surtout des nullipares vis-à-vis de ce moyen de contraception [24]. Dans le tableau 7, ont été répertoriées les appréhensions relatives au DIU des nullipares participant à l'étude et ayant une autre ou aucune méthode contraceptive (n=94).

Certaines des appréhensions recensées sont avérées comme la douleur et des règles plus hémorragiques. La douleur induite par la pose du DIU représente à juste titre la principale inquiétude des étudiantes interrogées (23%). En effet, plusieurs études récentes, notamment l'étude FECOND de 2013 dont l'objectif était d'analyser différents enjeux en santé sexuelle et reproductive [25,26], mettent en évidence un score de douleur plus élevé lors de la pose d'un DIU chez les femmes nullipares. Quatorze pourcent des étudiantes interrogées redoutent des règles plus abondantes. Cette crainte est également fondée puisque les symptômes de mauvaise tolérance qui incitent les nullipares à faire retirer le DIU précocement sont les dysménorrhées et les ménorragies [26]. Cependant, ces effets secondaires peuvent être minimisés. En effet, dans ses recommandations de 2015, la HAS préconise de faire en systématique une prescription d'antalgique avant l'insertion d'un DIU chez une nullipare [15]. Pour ce qui est des saignements plus

abondants lors des règles, c'est au professionnel de santé après interrogatoire de la patiente de juger de la pertinence d'une contraception intra-utérine au cuivre. De plus, une étude réalisée en 2012 sur la tolérance du DIU au cuivre auprès de femmes nullipares (n=78) a permis d'observer que 75% des jeunes femmes se disent peu ou pas gênées par l'abondance des règles [26].

L'association possible entre la contraception intra-utérine et la survenue d'une Infection Génitale Haute (IGH) reste très présente dans les esprits selon 14% des étudiantes nullipares interrogées. Mais le risque infectieux chez la nullipare n'est pas supérieur à celui chez la multipare après la pose d'un DIU. L'HAS précise dans ses recommandations de 2015, que la pose d'une contraception intra-utérine peut être proposée à toutes les femmes, y compris les nullipares, sous réserve que le risque infectieux ait été écarté [15]. Or, la nulliparité n'étant pas un facteur de risque d'Infection Sexuellement Transmissible (IST), il n'y a pas lieu de prescrire en systématique un dépistage des IST (*Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae*). Un prélèvement vaginal est néanmoins recommandé chez les femmes identifiées comme étant à haut risque d'IST ou si la patiente a moins de 25 ans.

Parmi les étudiantes participant à l'étude 11% craignent que poser un DIU avant d'avoir eu des enfants soit un facteur de risque de stérilité. Or, aucune étude n'a démontré le risque de stérilité après utilisation d'un DIU, que ce soit chez les nullipares ou chez les multipares [27]. Il est alors nécessaire de proscrire le terme « stérilet » qui a une forte connotation négative et qui est source d'angoisse chez les patientes, et particulièrement chez les nullipares [24].

Dans notre étude, 7% de nullipares (n=5) redoutent de « sentir » le DIU une fois celui-ci mis en place, qu'il soit source de gêne et donc de mauvaise tolérance comme le précisent 5% (n=4) des étudiantes. Selon les mises à jour relatives à la planification familiale réalisées en 2011, le taux de retrait pour effets indésirables est moins important chez les patientes porteuses d'un DIU hormonal que chez celles ayant un DIU au cuivre [9]. Cependant, l'étude réalisée en 2012 ayant pour but d'évaluer la tolérance du DIU au cuivre chez les patientes nullipares (n=78), a montré un taux de continuation à 1 an de 90,3%, un excellent taux de satisfaction (93,8%) et une excellente tolérance [26]. De

même dans notre étude 100 % des étudiantes sont satisfaites avec seulement une nullipare porteuse d'un DIU hormonal (Tableau 5). Ces résultats semblent montrer que le DIU, qu'il soit au cuivre ou hormonal entraîne une satisfaction globale et une bonne tolérance.

Enfin, 5 % (n=4) des étudiantes participant à l'étude ont fait part de leur inquiétude quant à la survenue d'une Grossesse Extra Utérine (GEU) suite à la pose d'un DIU. Aucune étude n'a été menée pour évaluer si la nulliparité augmente le risque de survenue de GEU après la pose d'un DIU. En revanche, d'après la HAS, « étant donné la grande efficacité contraceptive des DIU, le risque de GEU est extrêmement faible et inférieur d'un facteur 10 à celui associé à l'absence de contraception » [27].

Le fait que 19 % des nullipares interrogées (n=14) ne savent pas quels pourraient être les inconvénients d'un DIU, souligne également un manque flagrant d'information.

CONCLUSION

Dans ses recommandations de 2013, la HAS a publié que « les DIU peuvent être proposés aux femmes, quelles que soient la parité et la gestité », ce que l'ANAES avait déjà déclaré en 2004. En mettant à disposition des jeunes femmes un plus grand nombre de moyens contraceptifs cette mesure avait pour but de limiter le taux de grossesses non désirées et le recours à l'IVG. Malgré cela un grand nombre de professionnels de santé semblaient peu enclins à poser des DIU auprès des nullipares. A travers cette étude, il a pu être constaté que les préjugés des professionnels par rapport au taux de complications estimé plus élevé chez les nullipares s'estompent. En effet, un grand nombre de médecins et de sages-femmes font la promotion du DIU auprès des nullipares mais la mise en pratique semble plus difficile, surtout pour les praticiens de plus de 40 ans.

Dans l'étude le DIU arrivait au deuxième rang des moyens contraceptifs après la pilule et générait 100% de satisfaction chez les utilisatrices. Pour la majorité des jeunes femmes interrogées la diffusion de l'information sur le DIU provient de l'entourage proche, ce qui explique la persistance des idées reçues et le fait que 33 % des étudiantes renonceraient à utiliser le DIU comme moyen de contraception. Pour pallier le manque d'information auprès des nullipares il est primordial que des actions soient mises en place par les pouvoirs publics à l'échelle nationale pour diffuser auprès des jeunes femmes les données actuelles sur le DIU. La formation continue des professionnels de santé qui est une obligation légale et déontologique devrait également être renforcée en matière de contraception.

Il conviendrait d'étendre cette enquête à un plus grand nombre de praticiens et à une population plus générale de nullipares pour vérifier les résultats obtenus dans cette étude préliminaire et venir appuyer les actions des pouvoirs publics.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Contraception [En ligne]. Disponible sur <http://www.who.int/topics/contraception/fr/>. (Consulté le 7.01.2017)
- [2] République Française. Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances. JORF, Journal officiel de la République Française du 29 décembre 1967. [En ligne] Disponible sur <http://www.cidf63.com/uploads/loi%20neurwirth.pdf> (Consulté le 7.01.2017)
- [3] République Française. Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse. JORF, Journal Officiel de la République Française du 3 avril 1975. [En ligne] Disponible sur http://www.senat.fr/comptes-rendus-seances/5eme/pdf/1975/04/s19750403_0283_0319.pdf . (Consulté le 7.01.2107)
- [4] INED, Institut National d'Etudes Démographiques. Avortement [En ligne] Disponible sur <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/avortements/#r174> (Consulté le 7.01.2017)
- [5] Ministère des affaires sociales et de la santé. IVG : Un droit garanti par la loi. [En ligne] Disponible sur <http://www.ivg.social-sante.gouv.fr/un-droit-garanti-par-la-loi.html> (Consulté le 7.01.2017)
- [6] Ministère des affaires sociales et de la santé. Les interruptions volontaires de grossesses en 2013. [En ligne] Disponible sur <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2013> (Consulté le 7.01.2017)
- [7] Haute Autorité de Santé HAS. Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. Mars 2013, mise à jour septembre 2016. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf (Consulté le 8.01.2017)
- [8] Serfaty D. Tome XXIV : Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétriques, CNGOF Publié le 30.11.2000. [En ligne] Disponible sur http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2000_go_281_serfaty.pdf (Consulté le 8.01.2017)
- [9] OMS, Ecole de santé publique Bloomberg de J.Hopkins, Agence des Etats-Unis pour le développement international. DIU au cuivre, DIU au lévonorgestrel. Planification familiale. 2011. 131-157
- [10] INPES, Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Contraception : Les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? Disponible sur <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/11/dp111026.pdf> (Consulté le 8.01.2017)

[11] HAS, Haute Autorité de Santé. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. Mars 2013. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf (Consulté le 8.01.2017)

[12] Bajos N and all. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? *Populations et Sociétés*, septembre 2012, numéro 492, 1-4 [En ligne] Disponible sur https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19160/pes492.fr.pdf (Consulté le 25.03.2016)

[13] HAS, Haute Autorité de Santé HAS. Contraception chez l'homme et chez la femme. Avril 2013. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/contraception_fiches_memo_rapport_delaboration.pdf (Consulté le 25.03.2016)

[14] INPES, ANAES, AFSSAPS. Dossier de presse: Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. 7 décembre 2004 [En ligne] Disponible sur <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/04/dp041207.pdf> (Consulté le 25.03.2016)

[15] HAS, Haute Autorité de Santé. Contraception chez la femme adulte en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG). 2013, mises à jour 2015. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraceptionfadulte-procreer-060215.pdf (Consulté le 8.01.2017)

[16] HAS, Haute Autorité de Santé. JAYDESS (lévonorgestrel), dispositif intra-utérin avec progestatif. 2013. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/jaydess_06112013_synthese_ct13150.pdf (Consulté le 3.02.2017)

[17] République Française, Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF, journal officiel de la république française du 22 juillet 2009. [En ligne] Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id> (Consulté le 7.01.2017)

[18] Rivière P. Freins et réticences à l'utilisation du dispositif intra utérine chez les nullipares en médecine générale. Docteur en médecine, université de Versailles-2014 [En ligne] Disponible sur http://www.urps-med-idf.org/iso_upload/d00013c83/machaon_2014_34_RIVIERE.pdf (Consulté le 7.01.2017)

[19] Unité Mixte de Formation Continue en Santé. Formation complémentaire en gynécologie obstétrique pour les médecins généralistes [En ligne] Disponible sur <http://umfcs.univ-amu.fr/notre-catalogue/par-type-de-formation/formations-diplomantes/formation-complementaire-en-gynecologie> (Consulté le 27.01.2017)

[20] Ardaens K. Contraception intra-utérine chez la nullipare : le pour. In : Gynécologie médicale, CNGOF. Paris-2014. [En ligne] (Consulté le 27.01.2017)

[21] INPES, Institut National de Prévention et d'Education en Santé. Choisir sa contraception. Les méthodes naturelles. 2014. [En ligne] Disponible sur http://www.choisirsacontraception.fr/moyens-de-contraception/les-methodes-naturelles/?gclid=CjwKEAiA8dDEBRDf19yI97eO0UsSJAAY_yCSzI_t0qqKdgpN1c_h5zcWy_KkYvGnGPswNYW7QBuY5RoCfBrw_wcB (Consulté le 27.01.2017)

[22] INPES, Institut National de Prévention et d'Education en Santé. Choisir sa contraception. 2014. [En ligne] Disponible sur <http://www.choisirsacontraception.fr/moyens-de-contraception/le-sterilet-diu.htm> (Consulté le 27.01.2017)

[23] Beck F, Chan-chee C, Escalon H, Gautier A, Guignard R, Heard D et al. Pratiques contraceptives des jeunes femmes de moins de 30 ans. In : Les comportements de santé des jeunes, analyse du baromètre de 2010. p145-154 [En ligne] Disponible sur <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2010/comportement-sante-jeunes/pdf/Pratiques-contraceptives-jeunes-femmes-moins-de-30-ans.pdf> (Consulté le 25.03.2016)

[24] Chanzy-Waroquet A-L. Pourquoi les nullipares ne choisissent pas plus le DIU ? Enquête auprès de femmes. Thèse de médecine. Université Joseph Fourier, Grenoble. 2013 [En ligne] Disponible sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00862248/document> (Consulté le 12.12.2015)

[25] Faucher P. Peut-on poser un DIU à une nullipare ? Réalités en gynécologie obstétrique. Décembre 2015, fascicule 179 : 8-10.

[26] Guicheteau C, Boyer L, Somé D-A, Levêque J, Poulain P, Denier M et al. Tolérance du dispositif intra-utérin au cuivre chez les patientes nullipares. Etude prospective unicentrique 2012. [En ligne] Disponible sur <https://www.archives-ouvertes.fr/hal-01147373/document> (Consulté le 18.01.2017)

[27] Hov CG, Skjeldestad FE, Hilstad T. Use of IUD and subsequent fertility follow-up after participation in a randomized clinical trial. Contraception 2007, volume 75 : 88-92 [En ligne] Disponible sur [http://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(06\)00365-9/fulltext](http://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(06)00365-9/fulltext) (Consulté le 18.01.2017)

ANNEXES

Annexe 1 : Indice de Pearl des différentes méthodes contraceptives (selon l'OMS)

Annexes 2 : Questionnaire adressé aux nullipares.

Annexes 3 : Questionnaire adressé aux professionnels de santé.

Annexe 1

Efficacité contraceptive et taux d'abandons de la méthode après 1 an aux États-Unis et en France, adapté de l'OMS (OMS 2011).

Méthode	Taux de grossesses (%) au cours de la première année d'utilisation			Taux d'abandons (%) de la méthode après 1 an d'utilisation	
	Utilisation courante		Utilisation correcte et régulière (Trussel)	États-Unis (Trussel)	France (Moreau)
	États-Unis (Trussel)	France (Moreau)			
Implant contraceptif	0,05		0,05	16	
Vasectomie	0,15		0,1	0	
DIU au lévonorgestrel	0,2	1,1 ¹	0,2	20	15 ¹
Stérilisation féminine	0,5		0,5	0	
DIU au cuivre	0,8	1,1 ¹	0,6	22	15 ¹
Injectable progestatif (Depoprovera)	6		0,3	44	
Pilule combinée œstroprogestative et pilule progestative seule	9	2,4	0,3	32	30
Patch contraceptif	9		0,3	32	
Anneau vaginal	9		0,3	32	
Diaphragme	12 ²		6 ²		
Préservatif masculin	15	3,3	2	47	53
Préservatif féminin	21		5	51	
Retrait	22	10	4	57	45
Eponge ³	24, 12 ⁴	22 ⁵	20, 9 ⁶	64	62 ⁵
Méthode de connaissance de l'ovulation (méthode naturelle)	25	8	0,4-5 ⁷	49	48

Annexe 2

Dispositif Intra Utérin (DIU) et nullipares
--

- 1) Quel âge avez-vous ?
- 2) Quel type d'étude/de formation entreprenez-vous ?
- 3) Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ?
- 4) A quel âge avez-vous eu vos premiers rapports sexuels ?
- 5) Avez-vous des rapports sexuels réguliers ?
- 6) Avez-vous des rapports sexuels avec le même partenaire ou bien des partenaires différents ?
- 7) Avez-vous un suivi gynécologique ?
- 8) Ce suivi gynécologique est-il réalisé par un gynécologue, une sage-femme ou bien un médecin généraliste ?
- 9) Prenez-vous un moyen de contraception ?
- 10) De quel type de contraception s'agit-il ?
- 11) Avez-vous toujours eu ce même moyen de contraception ?
- 12) Si non, le(s)quel(s) avez-vous déjà essayé et pour quelle(s) raison(s) avez-vous changé ?
- 13) Avez-vous déjà eu des Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) ou des fausses couches ?
- 14) Si oui, quelle contraception avez-vous eu suite à cela ?

Pour celles qui ont un Dispositif Intra Utérin DIU (= Stérilet) :

- 15) A quel âge vous a-t-il été posé ?
- 16) A-t-il été posé par un gynécologue, une sage-femme ou bien un médecin généraliste ?

- 17) Est-ce un DIU au cuivre ou bien hormonal ?
- 18) Etes-vous satisfaite de ce moyen de contraception ?
- 19) Pour quelle(s) raison(s) ?
- 20) Avez-vous reçu des informations concernant les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) ?

Pour celles qui n'ont pas de Dispositif Intra Utérin DIU (= Stérilet) :

- 21) Avez-vous déjà entendu parler du Dispositif Intra Utérin (=Stérilet) ?
- 22) Par qui en avez-vous entendu parler ?
- 23) Est-ce un moyen de contraception que vous pourriez envisager pour vous-même ? Pour quelle(s) raison(s) ?
- 24) Quels sont pour vous les inconvénients de ce moyen de contraception ?

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION !

Annexe 3

Dispositif Intra Utérin (DIU) et nullipares
--

- 1) Quelle est votre profession ?
 - Médecin généraliste
 - Sage-femme
 - Gynécologue médical
 - Gynécologue obstétricien

- 2) Dans quelle structure exercez-vous ?
 - Privée
 - Publique

- 3) Quel est votre lieu d'exercice ?

- 4) Quel âge avez-vous ?

- 5) Posez-vous des DIU dans votre pratique professionnelle ?
 - OUI
 - NON

- 6) En posez-vous chez les nullipares ?
 - OUI
 - NON

- 7) Si oui s'agit-il de DIU :
 - au cuivre
 - au levonergestrel

- 8) Quel est votre avis sur la pose de DIU chez les nullipares ?

- 9) Vous arrive-t-il de le prescrire en 1° intention ?

- 10) Est-ce un moyen de contraception que vous évoquez auprès des nullipares quel que soit votre opinion à ce propos ?

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION !

Résumé

Introduction: Dans ses recommandations de 2004, la ANAES publie que le DIU est un moyen de contraception qui peut être proposé aux femmes quel que soit la gestité et la parité. Malgré tout, les aprioris relatifs au DIU persistent, aussi bien chez les nullipares que chez certains professionnels de santé qui pensent à tort que la nulliparité est une contre-indication à la pose d'un DIU.

Objectifs: Les objectifs principaux de l'étude sont de déterminer si les recommandations de la HAS sont mises en application par les professionnels de santé et d'évaluer la place du DIU chez les nullipares. L'objectif secondaire est d'apprécier les réticences des nullipares vis-à-vis du DIU.

Matériels et méthode: Etude descriptive du 1^{er} mars 2016 et le 30 octobre 2016, réalisée auprès d'étudiantes nullipares et de professionnels de santé (gynécologues, sages-femmes, médecins généralistes) sur Aix-en-Provence et Marseille. Les données ont été recueillies à l'aide de deux questionnaires anonymisés, spécifiques à chacune des populations étudiées.

Résultats: 85 % des gynécologues, 88,9 % des sages-femmes et 54,5 % des médecins généralistes interrogés déclarent informer leurs jeunes patientes de la possibilité de bénéficier d'un DIU ; en revanche seulement chiffre 75 % de gynécologues, chiffre 22,2 % de sage femmes et 9,1 % de médecins généralistes déclarent poser des DIU aux nullipares dans leur pratiques professionnelles. Au près des nullipares de l'étude, le DIU est le second moyen de contraception le plus utilisé (12,1 %) et génère 100 % de satisfaction de ses utilisatrices. Cependant un grand nombre de jeunes femmes s'avèrent être peu informées à son sujet dans le cadre d'un suivi gynécologique et ont encore beaucoup de réticences -pas toujours fondées- face à ce contraceptif.

Conclusion: Le faible effectif de la population de l'étude ne nous permet pas de généraliser les résultats. Cependant il ressort qu'il semble nécessaire de pallier le manque d'information des nullipares notamment par la mise en place d'action des pouvoirs publics et de promouvoir la formation continue des professionnels de santé en termes de contraception.

Mots clés: Dispositif intra-utérin, nulliparité, prévention, contraception, information.

Abstract

Introduction: In its recommendations of 2004, the ANAES publishes that the IUD is a mean of contraception which can be proposed to women no matter the gestite or the parity. Despite these clear recommendations, doubts regarding the IUD persist among both nulliparous, and some healthcare professionals who think wrongly that the nulliparity is a contraindication for the pose of an IUD.

Objectives: The main objectives of the study are to determine if the recommendations of the HAS are applied by the healthcare professionals and to estimate the place of IUD to nulliparous. The second objective is to understand reluctances of nulliparous towards the IUD.

Methods: Descriptive study of March 1st, 2016 and October 30th, 2016, realized with students nulliparous and healthcare professionals (gynecologists, midwives, general practitioners) in Aix-en-Provence and Marseille. Data were collected using two nameless questionnaires for each of the studied populations.

Results: 85% of gynecologists, 88,9% of midwives and 54,5% of general practitioners interrogated say to inform their young patients of possibilities to benefit of IUD ; nevertheless only 75% of gynecologists, 22,2% of midwives and 9,1% of general practitioners declare to pose IUD to nulliparous in their professionals practices. Regarding the nulliparous, results shown that the IUD is the second most used mean of contraception (12,1%) and generates 100% of satisfaction of its users. However, a lot of young women admit to be inadequately informed about IUD in the context of a gynecological follow-up and still express reservations –not always based- about this contraceptive.

Conclusion: The size of our sample being weak we cannot generalize the results to a bigger population. However it seems necessary to overcome the lack of information about nulliparous and specifically throughout the development of governmental actions and the promotion of this practice toward the healthcare professionals in contraception.

Keys words: Intrauterine device, nulliparity, prevention, contraception, information.