



HAL
open science

La connaissance de la contraception intra-utérine chez les étudiantes nullipares : enquête auprès de 2391 étudiantes des Universités

Mathilde Sivet

► To cite this version:

Mathilde Sivet. La connaissance de la contraception intra-utérine chez les étudiantes nullipares : enquête auprès de 2391 étudiantes des Universités. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01989893

HAL Id: dumas-01989893

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01989893>

Submitted on 22 Jan 2019

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.

**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE DE CLERMONT - AUVERGNE

**LA CONNAISSANCE DE LA CONTRACEPTION INTRA UTERINE
CHEZ LES ETUDIANTES NULLIPARES**

Enquête auprès de 2391 étudiantes des Universités

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

SIVET Mathilde

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2018



**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE DE CLERMONT - AUVERGNE

**LA CONNAISSANCE DE LA CONTRACEPTION INTRA UTERINE
CHEZ LES ETUDIANTES NULLIPARES**

Enquête auprès de 2391 étudiantes des Universités

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

SIVET Mathilde

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2018



Remerciements

A Madame Marie Pabot, ma directrice de mémoire. Merci pour ton soutien, ta disponibilité et ton aide précieuse. Ainsi qu'à Madame Michèle Balsan, sage-femme enseignante référente de ce mémoire pour votre aide.

Aux autres personnes qui m'ont apportés leur aide et qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire : Madame Céline Lambert, biostatisticienne à la Délégation de Recherche Clinique et d'innovation, Madame Marianne Julle- Cadier, responsable de la scolarité de la Faculté de Médecine Pharmacie, les étudiantes ayant participé à l'étude.

A ma famille pour le soutien précieux qu'elle m'a apporté pendant ces années d'études. Un grand merci à ma maman pour sa patience, sa force, son soutien sans faille, sans toi je ne serais jamais arrivée jusqu'ici, tu as toujours cru en moi, je t'aime infiniment.

A Bérenger, merci pour ta patience, ton soutien et ton amour que tu m'apportes chaque jour, tu as contribué à être celle que je suis aujourd'hui.

A mes amis qui ont toujours été là, votre amitié m'est si précieuse. Un grand merci à Diane Berthonneau, Tifanie Amichaud, Claire Coves, Alice Villemont et Mélanie Batut pour ces moments de joie, de frustration et de doute que l'on a partagés ensemble ces 4 années. Vous êtes des personnes en or. Sans vous cela n'aurait pas été pareil ! Et je vous souhaite le meilleur !

Glossaire

CIU : Contraception intra utérine

DIU : Dispositif intra utérin

SIU : Système intra utérin

IVG : Interruption volontaire de grossesse

LARC : Contraception réversible à longue durée d'action

LNG : Lévonorgestrel

AMM : Autorisation de mise sur le marché

HAS : Haute autorité de santé

OMS : Organisation mondiale de la santé

Cu : Cuivre

IST : Infections sexuellement transmissibles

AINS : Anti inflammatoire non stéroïdien

MIP : Maladie inflammatoire pelvienne

GEU : Grossesse intra utérine

INSEE : Institut Nationale de la Statistique et des Etudes Economiques

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

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament

SSU : Service de santé universitaire

CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
REVUE DE LA LITTERATURE	5
I. La contraception intra utérine et la nulliparité	6
II. Etat des lieux de la contraception chez les femmes de 18-30ans	16
OBJECTIFS ET METHODE DE L'ETUDE	22
I. Objectif de l'étude	23
II. Méthode	23
RESULTATS	28
I. Caractéristiques de la population	29
II. Connaissance des étudiantes sur la contraception intra –utérine	32
III. Etude des facteurs associés aux connaissances	34
IV. Perception de la contraception intra utérine chez les étudiantes	40
DISCUSSION	44
I. Atteinte de l'objectif	45
II. Les forces et les limites de l'étude	45
III. Caractéristiques de la population	47
IV. Connaissances sur la contraception intra utérine	51
V. Perception de la contraception intra utérine	54
VI. Projet d'action	57
CONCLUSION	58
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	60
ANNEXES	67

INTRODUCTION

La France se caractérise par un taux de couverture contraceptive élevé puisque 95 % des femmes utilisent une contraception en 2010 (1). Cependant le nombre de recours à l'interruption volontaire de grossesses reste stable environ 220 000 IVG chaque année et tend à augmenter chez les 18-24ans. Plus de la moitié des femmes ayant eu recours à l'IVG utilisaient une contraception théoriquement efficace, la pilule pour la plupart. Ces données s'expliqueraient par les difficultés qu'ont les femmes dans la gestion quotidienne de la pratique contraceptive, difficultés que l'on rencontre chez les jeunes femmes nullipares (2).

La contraception intra utérine représente une alternative efficace qui peut leur être proposée. En effet faisant partie d'une catégorie de contraceptif appelé LARC (Contraceptif Réversible à Longue durée d'Action), ces derniers sont considérés comme facile d'utilisation, durable, rentable, rapidement réversible et sûr (1 % de taux de grossesse la première année pour une utilisation courante (3)) avec une efficacité démontrée dans plusieurs études, supérieurs aux pilules (4,5). En France son utilisation chez la femme nullipare reste marginale ; moins de 1 % l'utilisent à ce jour (6). Et ce bien que les recommandations de la HAS en 2004, la qualifie comme contraceptif de première intention quelle que soit la parité. Mais les raisons du faible recours au stérilet chez les femmes nullipares sont encore complexes et renvoient notamment aux représentations qu'ont les professionnels de santé et les femmes de cette méthode.

C'est pourquoi, il était intéressant d'interroger la connaissance des étudiantes nullipares sur cette contraception car aucune étude n'a été faite auprès de celles-ci alors qu'elles sont en majorités jeunes et nullipares. Elles rentrent pour la plupart dans une vie sexuelle active, elles auraient probablement besoin de recourir à une contraception efficace et doivent concilier budget, vie sociale, études et santé (7,8). Egalement, il était intéressant d'interroger leur influence et leur perception vis-à-vis de cette contraception pour essayer d'en comprendre le faible recours à la CIU (contraception intra utérine).

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la connaissance de la contraception intra utérine des étudiantes nullipares de l'université Clermont Auvergne.

L'objectif secondaire était d'évaluer ces connaissances en fonction de l'âge, la filière de formation, le suivi gynécologique, l'utilisation d'une contraception, les différents moyens d'information et de déterminer leur perception vis à vis de cette contraception.

Dans un premier temps, il a été réalisé une revue de la littérature portant sur deux grands axes : un premier consacré à la contraception intra utérine et la nulliparité et un second à l'état des lieux de la contraception chez les femmes de 18-30ans. Dans un deuxième temps, il a été présenté la méthode employée pour réaliser cette étude puis les résultats. Et dans un dernier temps, une discussion a été élaborée autour des résultats en comparaison avec les études précédemment réalisées et un projet d'action a pu être proposé.

REVUE DE LA LITTERATURE

I. La contraception intra utérine et la nulliparité

I.1 Les différents types de dispositifs intra utérins et leur mécanisme d'action

I.1.1 Le dispositif intra utérin au cuivre (DIU)

Le DIU au cuivre est un dispositif en forme de « T » constitué de polyéthylène entouré d'un fil de cuivre ou d'argent et de cuivre, avec une taille adaptée à la cavité utérine de la patiente. Les modèles short sont réservés à hystérométrie inférieure à 7cm tandis que les modèles standard sont réservés à une hystérométrie supérieure ou égale à 7cm (9,10). Les modèles short sont, en pratique, utilisés chez la nullipare.

La présence de ce corps étranger dans la cavité endométriale entraîne des modifications biochimiques et morphologiques au niveau de l'endomètre nuisant au transport des spermatozoïdes. Les ions cuivre ont également un effet direct sur la mobilité des spermatozoïdes, affectant la capacité de ces derniers à pénétrer la glaire cervicale. Il réduit aussi les capacités de migration et d'implantation d'un œuf fécondé en créant un phénomène inflammatoire. L'ovulation n'est pas affectée, il ne modifie donc pas le cycle hormonal (11,12). Ainsi cette méthode constitue une vraie méthode contraceptive et non contragestive ou abortive (13).

I.1.2 Le système intra utérin au levonorgestrel (SIU)

Commercialisé en France sous le nom de *Mirena*® et depuis 2014 un SIU de taille inférieure au précédent, est disponible sur le marché sous le nom de *Jaydess*®. Ils sont en forme de « T » contenant pour le modèle *Mirena*® un réservoir stéroïdien de 52mg de lévonorgestrel avec une diffusion journalière de 20µg/24h et pour le *Jaydess*® un réservoir de 13,5mg de LNG avec une diffusion journalière de 9µg /24h (14,15). Un autre SIU de la même taille que le *Jaydess*®, va être commercialisé en 2018 sous le nom de *Kyleena*® avec un réservoir de 19,5 mg de LNG avec une diffusion journalière de 16 µg/24h de lévonorgestrel(16).

L'action locale de l'hormone LNG délivrée entraîne des modifications endométriales dont la déцидualisation de l'endomètre et l'atrophie glandulaire ce qui le rend impropre à la nidation. La glaire cervicale s'épaissit, créant une barrière au passage

des spermatozoïdes. L'ovulation peut être inhibée chez certaines femmes mais reste majoritairement présente (17). Et il s'ajoute d'une réaction inflammatoire au niveau de l'endomètre comme le DIU au cuivre (18,19).

I.2 Les indications

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS) le DIU au cuivre peut être proposé en première intention, à toutes les femmes, quelle que soit leur parité (20).

Avant l'âge de 20 ans, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) considère que les avantages de cette méthode de contraception l'emportent sur les risques théoriques ou avérés, tout en rappelant les risques d'expulsion chez les nullipares et les risques d'infections sexuellement transmissibles dus au comportement sexuel des classes d'âges plus jeunes, avec notamment des risques de salpingites pouvant être responsables de stérilité tubaire (20).

Le DIU au cuivre est aussi une méthode de contraception d'urgence par son mécanisme d'action. Elle est très efficace avec moins de 0,2 % de grossesses si le dispositif est posé jusqu'à 5 jours après le rapport sexuel à risque ou si le rapport sexuel a lieu dans les 5 jours suivant la date d'ovulation si la femme a un cycle régulier. Il constitue en plus comme avantage un effet contraceptif à long terme si les femmes désirent continuer à l'utiliser (12,21).

Pour ce qui est du SIU au LNG il est indiqué en seconde intention par la HAS après celui au cuivre (22). Le SIU *Mirena*® peut être utilisé en cas de ménorragies fonctionnelles selon son Autorisation de Mise sur le Marché (AMM). Il a aussi des indications potentielles dans le traitement des dysménorrhées, le traitement symptomatique de l'endométriose, le traitement des fibromes, ou encore en prévention du cancer de l'endomètre chez les femmes atteintes de cancer du sein traitée par tamoxifène. Mais ces indications font encore l'objet de nombreuses recherches (19).

I.3 Les contre-indications

I.3.1 Le DIU au cuivre

Les contre-indications absolues à la pose d'un DIU au cuivre définies par l'OMS sont:

- toute grossesse suspectée ou avérée ;
- infection puerpérale en post-partum ;
- en post-abortum : immédiatement après un avortement septique ;
- maladie inflammatoire pelvienne en cours ;
- cervicite purulente en cours, ou infection à chlamydia ou gonococcie en cours ;
- tuberculose génito-urinaire avérée ;
- saignements vaginaux/génitaux inexpliqués (suspicion de pathologie grave) ;
- maladie trophoblastique gestationnelle maligne ;
- cancer du col utérin ;
- cancer de l'endomètre ;
- toute anomalie anatomique utérine congénitale ou acquise entraînant une déformation de la cavité utérine de telle sorte qu'il est impossible d'y insérer un DIU ;
- fibromes utérins avec déformation de la cavité utérine ;
- hypersensibilité au cuivre ou à l'un des composants du dispositif.

Il n'est pas recommandé de poser un DIU lorsque la femme a un risque accru d'infections sexuellement transmissibles (23).

I.3.2 Le SIU au LNG

Les contres indications du DIU au cuivre s'appliquent au DIU au LNG. Il convient d'ajouter les contre-indications inhérentes à l'utilisation des progestatifs sont :

- les accidents thrombo-emboliques veineux évolutifs ;
- de tumeurs sensibles aux progestatifs ; cancer du sein et cancer de l'endomètre
- de présence ou d'antécédents de pathologie hépatique sévère, tant que les paramètres hépatiques ne sont pas normalisés (22)

Le retrait du SIU au LNG devra être envisagé en cas de survenue ou aggravation de migraine, migraine avec aura, ou autre symptôme évoquant une ischémie cérébrale

transitoire ; en cas de survenue ou de récurrence : de céphalée exceptionnellement sévère, d'ictère, d'augmentation importante de la pression artérielle, de suspicion ou de diagnostic d'une tumeur sensible aux progestatifs, y compris cancer du sein, de pathologie artérielle sévère telle qu'un accident vasculaire cérébral ou un infarctus du myocarde, d'une infection génitale haute, d'évènement thromboembolique veineux aigu (20).

I.4 Durée d'action, efficacité et réversibilité

Selon les notices d'utilisation, les dispositifs intra utérins sont posés pour une durée recommandée de 5ans que ce soit au cuivre ou au LNG (*Mirena*®). Le SIU *Jaydess*® est posé pour une durée de 3ans du fait de sa quantité moindre en LNG. Par ailleurs certaines études ont montrés que les DIU au cuivre sont très efficaces pour un maximum de 10ans (31). Le nouveau SIU *Kyleena*® prochainement commercialisé aura une efficacité pendant 5 ans.

Les multiples mécanismes d'action de la contraception intra utérine expliquent sa grande fiabilité. En effet le taux de grossesse au cours de la première année d'utilisation courante est de 1% pour tous types de DIU confondus contre 9 % pour la pilule, selon l'OMS (3). Dès son insertion le DIU au cuivre est considéré comme efficace (24). Pour ce qui est des SIU au LNG *Mirena*®, *Kyleena*® et *Jaydess*® leur l'effet contraceptif n'est pas immédiat. En effet, ils sont insérés après les sept jours suivant le début des règles la patiente devra utiliser une méthode contraceptive locale tels que les préservatifs ou ne pas avoir de rapport pendant au moins 7 jours le temps que le dispositif soit totalement efficace (23,25).

Le retour à la fertilité après ablation du DIU est rapide. Les modifications induites par le stérilet sont réversibles. La HAS souligne qu'aucun risque de stérilité tubaire n'a été démontré, y compris chez les nullipares. Il a été retrouvé un taux de conception à 12 mois qui varient pour les DIU au LNG de 75 à 79 % et de 71 à 92 % pour les DIU au cuivre (26). Plusieurs études n'ont pas retrouver de différence dans les taux de grossesse à 12 mois, le temps pour être enceinte après le retrait du DIU et la parité, en comparaison avec les autres contraceptions (27,28). Les délais de recouvrement de la fertilité ou de conception suite au retrait du DIU 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 (29).

Cependant il ne faut pas oublier de prendre en compte l'âge maternel, le tabagisme, les toxiques, l'obésité, les antécédents d'infection gynécologiques.. qui sont des facteurs des confusions potentiels dans l'appréciation de la fertilité (30).

I.5 La pose chez la nullipare et le suivi

I.5.1 Aspect législatif : qui peut le poser ?

La pose doit être effectuée par une sage-femme ou un médecin selon l'article L 5134-1 du Code de la Santé Publique (31) et elle est faite soit au lieu d'exercice du praticien, soit dans un établissement de santé ou dans un centre de soins agréé. La sage-femme est notamment autorisée d'après l'article R 4127-318 du Code de la Santé Publique à pratiquer l'insertion, le suivi et le retrait des dispositifs intra-utérins (32).

I.5.2 Avant l'insertion

Il est nécessaire que la patiente ai au préalable bénéficié d'une information individualisée, claire et précise sur la méthode contraceptive choisie et de s'assurer de la bonne compréhension des informations données (33). Le professionnel de santé s'assure aussi, auprès de la patiente, que le risque de grossesse, de maladie inflammatoire pelvienne et de grossesse extra utérine sont écartés. En présence de facteurs de risques d'Infections Sexuellement Transmissibles (IST) (c'est à dire âge inférieur à 25 ans, nouveaux ou plusieurs partenaires sexuelles, utilisations irrégulières du préservatif, antécédent d'IST), des tests diagnostiques de type prélèvement vaginal portant sur le Chlamydia trachomatis et Neisseria gonorrhoea sont recommandés avant la pose (22).

I.5.3 La pose

La peur de la douleur lors de l'insertion du DIU fait partie des obstacles à l'utilisation de cette méthode. La pose est souvent qualifiée de douloureuse et difficile chez la nullipare (34–36). Dans une étude sur 109 nullipares, 75% des participantes ont déclaré que la procédure d'insertion s'était « très bien » déroulée, bien que pour 78% la

douleur à l'insertion était modérée à sévère et que 46% ont eu des malaises de type vasovagal (37).

D'après plusieurs études, l'administration prophylactique de différents antalgiques, comme le misoprostol, les AINS ou encore la crème de lidocaïne, n'a aucune efficacité sur la douleur lors de l'insertion (38–40). Pourtant, la HAS suggère de proposer des antalgiques chez la nullipare avant celle-ci (20,29). Par ailleurs, des études ont mis en évidence l'importance du « counseling » et la création d'une atmosphère de confiance dans la gestion de la douleur (40).

Dans une autre étude sur le moment de l'insertion du SIU, il a été retrouvé qu'il n'y avait pas de différence de douleur et de facilité d'insertion lorsqu'il était posé au moment des menstruations ou en dehors chez la nullipare (36). Le taux de succès lors de la première tentative de pose serait le même chez la nullipare et la multipare (41).

I.5.4 Le suivi

Hors problème signalé par la patiente, les consultations de suivi gynécologique sont programmées 1 à 3 mois après la pose puis une fois par an. Les objectifs de la première consultation de suivi est de s'assurer que le DIU est bien toléré, qu'il n'a pas été expulsé et que sa pose n'a pas provoqué d'inflammation pelvienne (20). Il faut bien informer les patientes des signes cliniques évocateurs de complications (douleurs pelviennes intenses, leucorrhées inhabituelles, des métrorragies persistantes et abondantes, retard de règles, dyspareunies, absence de perception des fils) qui doivent motiver à consulter en urgence (14,15,18). On peut leur apprendre à repérer les fils du dispositif.

Le retrait peut se faire à n'importe quel jour du cycle, par désir de grossesse, fin de la durée d'utilisation, présence de complications ou des intolérances constatées par la patiente.

I.6 Les effets indésirables

I.6.1 Les ménorragies et métrorragies

Les ménorragies, les ménométrorragies et les métrorragies sont les problèmes les plus fréquemment rencontrés chez les patientes porteuses d'un DIU au cuivre, ils sont indépendant de la parité et la plupart du temps présent dans les 3 à 6 premiers mois d'utilisation (23). Les femmes abandonneraient les DIU au cuivre pour ses raisons dans l'année suivant la pose dans 4 à 15 % des cas (11,18). Une étude française de 2014 a évalué la tolérance du DIU au cuivre chez la nullipare. Au cours du suivi à un mois, pour 54% des patientes, les règles étaient plus abondantes qu'avant et pour 26% elles étaient identiques. L'abondance des règles était forte pour 42% des patientes et moyenne pour le même pourcentage. Dans le suivi à un an, l'augmentation de l'abondance des règles était observée chez 84% des femmes dont 75% se disaient peu ou pas gênées par ce symptôme (42).

Le SIU à l'inverse réduit voire arrête les saignements menstruels par action directe du LNG sur les vaisseaux endométriaux. La réduction du volume menstruel peut varier de 70 à 90 % voire conduire à une aménorrhée complète chez 15 à 20 % des femmes utilisatrices du *Mirena*® un an après l'insertion (19,43). Et une oligoménorrhée et/ou une aménorrhée s'est progressivement installées chez respectivement 22,3 % et 11,6 % des utilisatrices du *Jaydess*® (15). Dans une étude comparant la contraception intra utérine chez la nullipare, il est retrouvé à 6 mois, 74% des utilisatrices de DIU au cuivre avaient des règles normales contre seulement 28% des utilisatrices de SIU au LNG. Approximativement 1/3 des utilisatrices de SIU au LNG étaient en aménorrhée et 1/3 présentaient de petits saignements menstruels. La présence de « spotting » n'était pas différente entre les 2 groupes de CIU (37). Le taux d'abandon pour des problèmes de saignements, après 5 ans d'utilisation, atteint 14 % pour le SIU. Par ailleurs ces effets locaux de l'appareil sur l'endomètre bénéficient aux femmes souffrant de diverses affections gynécologiques provoquant des saignements, telles que les léiomyomes, l'adénomyose et l'endométriose (43).

Le remplacement du DIU au cuivre par un SIU au LNG peut être proposé en cas de ménorragie importante sous DIU au cuivre (18,20).

I.6.2 Les douleurs pelviennes

Les douleurs pelviennes ou les dysménorrhées associées aux méno-métrorragies font partie des raisons fréquentes du retrait du DIU au cuivre. Ces douleurs sont liées à une augmentation de la synthèse des prostaglandines pro-inflammatoire et elles peuvent apparaître secondairement à la pose mais le plus souvent il s'agit d'une aggravation du phénomène préexistant par le port du DIU (11). Ces dysménorrhées réagissent bien aux antalgiques de type AINS et ne durent généralement que quelques jours. Si elles persistent elles peuvent traduire une inadaptation du DIU à la cavité utérine. L'étude française sur la tolérance du DIU au cuivre chez la nullipare montre que les dysménorrhées étaient augmentées chez 80% des patientes mais que 58% déclaraient être peu ou pas gênées par ce symptôme (42).

Quant au SIU au LNG il semble diminuer les douleurs pelviennes, dans une étude française de Dubuisson *et al*, la dysménorrhée préexistante à la pose du SIU au LNG (39,4%) est très significativement améliorée un an après la pose (3,9%) (44) et il aurait aussi trouvé une indication dans le traitement des douleurs de l'endométriose. (45)

I.6.3 L'expulsion

Le taux d'expulsion varie de 1 à 10 % durant la première année d'utilisation. La plupart des expulsions ont lieu dans les 3 mois suivant la pose, et particulièrement au moment des règles. Elle n'est pas grave mais elle expose à une grossesse non désirée si elle n'est pas connue. Elles seraient plus fréquentes chez la jeune nullipare tout DIU confondus et dépendrait de l'expérience de l'opérateur (46,47). Elle pourrait traduire une inadaptation entre DIU et cavité utérine ou une anomalie utérine méconnue (18).

I.6.4 Les divers effets rencontrés avec le SIU au LNG

Il est fréquemment rapportés par les utilisatrices des céphalées, prise de poids, humeur dépressive, nervosité, baisse de la libido, migraine, acné, mastodynies (chez 1 à 10 % des femmes) (Annexe I et II) (14).

I.7 Les complications

I.7.1 Maladie inflammatoire pelvienne (MIP) ou infections génitales hautes

Les maladies inflammatoires pelviennes (endométrites, pelvipéritonites, salpingites) représentent la complication la plus grave de la contraception intra utérine. Elles peuvent entraîner un risque de stérilité tubaire ultérieure. Le risque MIP lié à la pose est avérée, sa survenue étant essentiellement limitée aux 3 semaines qui suivent l'insertion (22). Toutefois, les résultats des différentes études actuelles à ce sujet ne permettent pas de conclure formellement qu'il existe un lien de causalité (48–50). Le principal facteur de risque est l'exposition aux IST que l'on considère augmentée chez les femmes de moins de 25ans. Une revue systématique publiée en 2006, incluant 6 études prospectives, a retrouvé un taux d'incidence de MIP de 5 % chez les femmes avec une IST à Chlamydia Trachomatis ou Neisseria Gonorrhoeae lors de l'insertion du DIU ; ce taux était de 0 à 2 % chez les femmes en l'absence d'infection (51). Il est donc recommandé chez les nullipares de faire un dépistage de portage de Chlamydiae trachomatis et de Neisseria gonorrhée avant la pose d'une contraception intra utérine. Et cet aspect souligne la nécessité de réaliser son insertion en respectant des conditions d'hygiène rigoureuses (22).

I.7.2 Grossesse intra utérine

Il s'agit de l'échec de la méthode même si sa survenue reste rare (incidence de 1 pour 100 femmes aux cours de la première année d'utilisation). Dans les études, aucune différence marquée du taux d'échec n'a été retrouvé chez la nullipare quelque soit la CIU utilisée (47). Cette situation impose le retrait du dispositif le plus tôt possible tant que les fils sont encore accessibles et si la patiente est désireuse de poursuivre la grossesse. L'avortement spontané est la complication la plus fréquente lorsqu'une grossesse se produit alors que le DIU est en place. Il surviendrait dans 50 à 60 % en absence de retrait du dispositif et le risque d'avortement septique tardif surviendrait un peu plus d'une fois sur deux. Néanmoins le risque de fausse couche spontanée précoce après retrait est évalué à environ 30 % (52,53). Mais que le DIU ou le SIU ait été retiré ou non, la grossesse est dans tous les cas à risque : rupture prématurée des membranes, accouchement prématuré et de chorioamniotite (53,54).

I.7.3 Grossesse extra utérine

Selon la HAS, étant donné la grande efficacité contraceptive de la CIU, le risque de GEU est extrêmement faible et inférieur d'un facteur 10 à celui associé à l'absence de contraception (29). En effet plusieurs études dont une américaine de 2014 a montré que le risque de GEU est de 0 à 0,5 pour 1000 année-femmes pour les utilisatrices de DIU comparée à un taux de 3,25 à 5,25 pour 1000 année-femme pour les non-utilisatrices de contraception. Il a seulement été démontré que si une grossesse est débutée avec un DIU en place, il y a plus de risque qu'elle soit extra-utérine même si le risque absolu reste faible (55). Une autre étude française a confirmé que les facteurs de risques de GEU étaient indépendants de l'usage des DIU (56). Dans une étude européenne multicentrique où il a été comparé la survenue de GEU avec DIU au LNG et au cuivre. On retrouve 21 GEU, 7 avec le stérilet au LNG et 14 avec le stérilet au cuivre. Le DIU au LNG semble donc être moins associé au risque de GEU que le DIU au cuivre (57). On n'a pas retrouvé la parité comme un facteur de risque de GEU sous stérilet dans ces études.

I.7.4 Perforation

La perforation est un incident très redouté des professionnels mais reste très rare (2 pour 1000 insertion) (54). En effet dans une étude européenne récente où 70 % des participantes avaient un DIU au LNG et 30 % au cuivre. Il a été retrouvé respectivement un taux de perforation à 1,4 pour 1000 insertions pour le LNG et un taux de 1,1 pour 1000 insertions pour le cuivre (58). Les principaux facteurs de risques retrouvés dans cette étude étaient l'allaitement et l'état de post partum (ici 2 mois après l'accouchement). Le taux de perforation n'était pas plus élevé chez la nullipare. On retrouve aussi dans la littérature les facteurs favorisant suivant : l'inexpérience ou maladresse de l'opérateur, les sténoses cervicales, les déviations utérines accentuées, les utérus fragiles (césarienne, myomectomie, hypoplasie). Si une perforation est suspectée lors de la pose, il est recommandé de retirer le dispositif. Si la perforation est découverte plus tardivement, il convient de réaliser une échographie et un bilan radiologique pour confirmer le diagnostic. Une cœlioscopie, voire une laparotomie sera effective pour le retirer (18).

II. Etat des lieux de la contraception chez les femmes de 18-30ans

II.1 Le schéma contraceptif français

La France possède un taux de couverture contraceptive élevé. D'après le Baromètre santé de 2010, 90,2 % des femmes sexuellement actives, ayant un partenaire, non enceintes et ne cherchant pas à avoir un enfant, utilisent une méthode de contraception. Le modèle contraceptif français apparaît peu flexible puisqu'il se caractérise par un recours important au préservatif en début de vie sexuelle, puis une utilisation de la pilule dès que la vie sexuelle se régularise et un recours au stérilet quand les couples ont eu les enfants qu'ils désiraient. Selon l'enquête Fécond de 2010 (59), la méthode contraceptive la plus répandue chez les françaises quel que soit l'âge reste la pilule, mais plus particulièrement chez les femmes de moins de 35 ans qui sont 70,8 % à l'utiliser. Données que l'on retrouve également dans la population étudiante dans l'enquête réalisée en 2014 par la Mutuelle Des Etudiants (LMDE)(7). Mais la pilule a légèrement diminuée depuis 2010 au profit des préservatifs chez les 18-24 ans, qui est utilisés à près de 90% lors du premier rapport sexuel, et par l'utilisation des autres méthodes hormonales comme l'implant, l'anneau vaginal et le patch contraceptif chez les 25-29 ans. Le dispositif intra utérin arrive en seconde position des méthodes contraceptives, il est utilisé par 21 % des françaises. Mais celui-ci reste utilisé majoritairement par les femmes qui ont déjà eu des enfants (20% des primipares et 40 % des multipares contre 1.3% des nullipares) (59) et il est encore considéré par celles-ci comme une méthode d'arrêt de leur vie procréative jusqu'à la ménopause. Malgré les recommandations émises par la HAS en 2004, validant qu'il peut être proposé aux femmes en 1^{ère} intention quel que soit leur parité et leur gestité (29). Le DIU n'avait toujours pas progressé chez les jeunes et les femmes nullipares entre 2000 et 2010. En revanche entre 2010 et 2013, probablement suite à la controverse des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations, son utilisation passe de 2 à 5 % chez les femmes de 20 à 24 ans et de 8 % à 16 % chez les femmes de 25-29 ans. Parmi ces dernières cette évolution est enregistrée même chez les nullipares (de 0,4 % à 8 %) (6).

II.2 La contraception idéale - le « counseling »

« *La meilleure contraception c'est celle que l'on choisit* », depuis les années 2000 les sociétés savantes souhaitent souligner l'importance du libre choix de la patiente en ce qui concerne la contraception. La contraception doit être adaptée à son profil car la sexualité, les attentes de la femme ou du couple en terme d'efficacité ou de contraintes, le mode de vie, l'accès aux soins, la couverture sociale.. sont des critères qui sont à prendre en compte pour un choix le plus proche de la réalité du moment. Ainsi l'implication de la femme ou du couple dans le choix est un gage d'efficacité en terme d'adhésion à la contraception notamment sur l'observance et la tolérance de celle-ci (1,60). Dans cette perspective l'OMS a mis en place une méthode appelée le « counseling » qui renvoie à une démarche de conseil et d'accompagnement de la femme favorisant l'expression de son choix dans le domaine de la contraception. Avec le modèle BERGER, cette méthode est fondée sur un partenariat entre le soignant d'une part, la femme ou le couple d'autre part. Le rôle du professionnel de santé consiste seulement à « éclairer » leur choix en leur présentant de façon compréhensive et objective les différentes options possibles, en prenant en compte les déterminants psychologiques, sociologiques ou économiques de la patientes ou du couple tout en explorant les motivations de celui ou celle –ci vis-à-vis de la contraception. Ainsi la HAS recommande aujourd'hui de réaliser une consultation principalement dédiée à la contraception.

II.3 Pourquoi proposer la contraception intra utérine à une femme nullipare ?

II.3.1 Un désir de grossesse plus tardif

L'âge moyen du premier rapport sexuel est de 17,5 ans. Il est resté stable au cours de la dernière décennie d'après le Baromètre santé de 2005. Parallèlement, l'âge moyen des femmes au premier enfant est en constante augmentation (61). Selon l'INSEE, en 2010 les femmes ont en moyenne leur premier enfant à 28 ans, soit quatre ans plus tard qu'à la fin des années 1960. Cela s'explique par l'allongement de la durée des études, la progression de l'emploi féminin et le souhait croissant des femmes de ne mettre des enfants au monde qu'une fois installées une vie socio-économique stable

(62). La période entre le premier rapport sexuel et la première maternité s'est donc allongée, celle-ci survenant en moyenne 9,5 ans après le premier rapport. Elle implique donc la nécessité pour les femmes de maintenir une contraception efficace avant le premier enfant plus longue qu'auparavant.

II.3.2 Des grossesses non désirées et un recours à l'IVG qui ne baisse pas

Selon le Baromètre santé de 2010, 11 % des femmes de 15 à 29 ans sexuellement actives ont utilisé la contraception d'urgence au cours des douze derniers mois. Son utilisation est en augmentation depuis 2005 où le chiffre était de 9 % (63). Mais celle-ci ne suffit pas à faire diminuer le recours à l'IVG en France. Selon l'enquête COCON, 1 grossesse sur 3 est non prévue et aboutie dans 60 % des cas à une IVG (2). En effet en 2015, 218 100 IVG ont été réalisées en France. Leur nombre est relativement stable depuis 2006, avec un taux de recours de 14,4 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans. Les femmes de 20 à 24 ans restent les plus concernées, avec un taux de 27 IVG pour 1 000 femmes, tandis que les taux continuent à décroître chez les femmes de moins de 20 ans, atteignant 7,6 recours pour 1 000 femmes parmi les 15-17 ans (9,5 en 2013) et 19,5 parmi les 18-19 ans (21,8 en 2013) (64). Et on observe qu'un cinquième des femmes ayant eu recours à l'IVG sont étudiantes (65). En effet cette tranche d'âge (20-25 ans) correspond à une période très fertile dans la vie génitale d'une femme, également, elle est considérée comme une forte période d'activité sexuelle. La contraception intra utérine pourrait être une solution, au vu de sa très grande efficacité et fiabilité, pour faire baisser le taux de grossesses non désirées et le recours à l'IVG.

Par ailleurs, la situation française est paradoxale car le taux de recours et de diffusion de la contraception figure parmi les plus élevés d'Europe alors que le nombre IVG est élevé. L'INPES qualifie le phénomène de « *French Paradox* ». Selon l'étude COCON en 2004, 28 % des IVG sont imputable à une absence de contraception ce qui signifie que plus de la moitié des patientes qui ont eu une IVG avaient une contraception théoriquement efficace (23% des femmes prenaient la pilule, l'échec étant alors six fois sur dix attribué à un oubli de prise). Egalement au cours des périodes de transition contraceptive (changement de contraception, post partum...), les femmes sont

particulièrement exposées au risque d'échec de la contraception. En effet en 2004, une femme sur deux avait changé de situation contraceptive dans les six mois précédant le rapport ayant conduit à l'IVG (61). Au total ce n'est pas à un problème d'accès à la contraception auquel sont confrontées les femmes françaises mais à une mauvaise utilisation des méthodes contraceptives qui leurs sont prescrites et une inadaptation de leurs conditions de vie au quotidien, ainsi qu'à une insuffisance d'explication sur les modalités de celles-ci.

II.3.3 Un taux de satisfaction et de continuation encourageant chez la nullipare

Plusieurs études ont montré un excellent taux de continuation de la CIU chez la population nullipare. Une étude française sur la tolérance du DIU au cuivre chez la nullipare, retrouve notamment à un an un taux de continuation important de 90,3 % et un taux de satisfaction de 93,8% (42). Egalement une étude américaine de 2015 (37), retrouve chez des nullipares âgées de 18 à 30 ans un taux de satisfaction élevé avec, 83% des femmes qui se déclaraient « contentes » ou « très contentes » de leur DIU après 13,4 mois d'utilisation en moyenne (il n'a pas été retrouvé de différences entre les 2 types de DIU). Le taux de continuation à 12 mois était de 89%. Le projet américain CHOICE (66), a montré qu'à deux ans, le taux de poursuite des contraceptifs de longue durée est supérieur aux autres contraceptifs : 77 % versus 41 %. Le DIU devance l'implant avec 77 % pour les DIU au cuivre et 78 % pour les SIU au LNG contre 69 % pour l'implant. Les autres méthodes arrivaient loin derrière avec 43 % pour la contraception orale, 40 % pour le patch, 41 % pour l'anneau.

II.3.4 Les femmes se tournent vers une contraception plus « naturelle » et moins contraignante

Depuis quelques années, on constate un rejet de la consommation d'hormones en contraception. La volonté de limiter leurs consommations perçues comme « anti-naturelles » est de plus en plus partagée par les utilisatrices. Cette recherche du « naturel » est retrouvée dans l'enquête Fecond de 2013(6). Le recours à la pilule a baissé, passant de 50 % à 41 % entre 2010 et 2013 et semble lié à la controverse des pilules de

3^{ème} et 4^{ème} générations de 2012-2013. Car près d'une femme sur cinq déclare avoir changé de méthode depuis le débat médiatique. Les femmes se sont ainsi reportées vers des méthodes apparaissant comme plus « naturelles » : le DIU (y compris SIU) (+ 1,9 points) et le préservatif (+ 3,2 points), voire la méthode des dates et le retrait. Le débat semble avoir terni l'image sociale et symbolique de la pilule. Ainsi dans l'enquête, en 2013, 37 % des femmes sont tout à fait d'accord avec l'idée selon laquelle « la pilule permet aux femmes d'avoir une sexualité plus épanouie » alors qu'elles étaient 44 % à le penser en 2010. Il a été mis en évidence que plus elles sont jeunes et moins elles partagent cette idée (de 32 % chez les 15-19 ans à 51 % chez les 45-49 ans pour les femmes). Egalement le baromètre de 2016 montre la poursuite de la baisse de la pilule (67). Par ailleurs une étude publiée en 2014 a cherché à comprendre quelles étaient les motivations des femmes nullipares à utiliser un DIU. Les résultats ont révélés qu'elles le choisissaient principalement pour le souhait de ne pas prendre de contraception hormonale afin d'éviter les effets potentiels ou réels de celle-ci, pour l'efficacité accrue du DIU et le faible cout, ainsi que le côté pratique de l'utilisation (68).

II.4 Les freins à l'utilisation de la contraception intra utérine chez la nullipare

II.4.1 Les freins des professionnels de santé

En 2013, l'HAS a publié un document de synthèse répertoriant les freins d'accès à la contraception, après les recommandations de 2004. Les principaux freins rapportés sont en lien avec la méconnaissance des risques et des contre-indications chez les femmes nullipares. Ainsi selon l'enquête Fecond de 2010, 69% des gynécologues et 84 % des médecins généralistes considèrent que le DIU n'est pas indiqué chez la femme nullipare (59). Plusieurs motifs sont mis en avant : difficultés et douleur à l'insertion, augmentation de survenue de MIP, sur risque de GEU et d'infertilité (69,70). Cependant les jeunes générations de médecins semblent plus favorables à la pose de DIU chez les nullipares (71). Enfin il existe des différences en fonction de catégories professionnelles ; ainsi les sages-femmes sont plus favorables à la CIU chez la nullipare, mais reconnaissent un manque de formation concernant cette pratique (72).

Par ailleurs la HAS a également identifié certains freins à la prescription : - la mauvaise représentation socio-culturelle de la sexualité féminine, non-reconnaissance

de la sexualité des adolescentes, la norme sociale sur le « temps fertile prescrit » qui se situe entre 25 à 40 ans environ, les préjugés sur la fréquence des rapports sexuels et la sexualité des jeunes femmes. (73).

II.4.2 Les freins des femmes

D'après l'enquête Fecond 2010, 54% des femmes âgées de 15 à 49 ans pensent que la CIU n'est pas indiquée chez la femme nullipare (59). Le manque d'informations sur la CIU constitue l'un des freins le plus important que l'on retrouve dans les études (66,74). Ces dernières évoquent qu'il est nécessaire d'avoir une information objective et éclairée par un professionnel de santé pour accéder à cette méthode contraceptive.

Les autres freins des femmes sont dans les représentations qu'elles ont vis-à-vis de la CIU, tels que : elle augmente le taux de GEU, de cancer ou d'IST ou encore elle n'est pas adaptée pour les femmes nullipares. On note aussi dans les études, le fait d'avoir un corps étranger, la pose, l'obligation d'avoir recours à un professionnel de santé lors de l'acte de la pose, l'engagement sur plusieurs années sont des éléments avancés par les femmes en défaveur au choix de cette contraception (75,76). Il existe également des freins d'ordre culturels ou religieux (longtemps et encore désigné comme une méthode abortive par l'Eglise). Mais aussi d'ordre socio-économique qu'engendre la mise en place de la CIU avec nécessité de recourir à deux consultations médicales, une pour la prescription avec achat en pharmacie et une deuxième pour la pose (73). Enfin le fait de ne pas être maître de sa contraception est aussi ressenti comme une limite vis-à-vis du stérilet. Ce qui renvoie à l'ambivalence du désir de grossesse.

OBJECTIFS ET METHODE DE L'ETUDE

I. Objectif de l'étude

I.1 Objectif principal

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la connaissance de la contraception intra utérine des étudiantes de l'université Clermont Auvergne

I.2 Objectif secondaires

Les objectifs secondaires étaient :

- d'évaluer cette connaissance en fonction de l'âge, la filière, le suivi gynécologique, l'utilisation d'une contraception, les différents moyens d'informations
- de déterminer quelle étaient leur perception vis à vis de cette contraception et quelle étaient leur influence (âge, moyens d'informations, expérience..)

II. Méthode

II.1 Type de l'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive de type transversale

II.2 Durée et lieu de l'étude

II.2.1 Durée de l'étude

L'envoi et la collecte des réponses de l'auto-questionnaire par l'intermédiaire de l'Espace numérique de travail aux étudiantes se sont effectués pendant six semaines, du 27 novembre au 30 décembre 2017.

II.2.2 Lieu de l'étude

Cette étude a été réalisée au sein de l'Université Clermont-Auvergne

II.3 **Population de l'étude**

II.3.1 Population cible

La population cible était constituée de femmes nullipares

II.3.2 Population source

La population source était constituée par les étudiantes inscrites à l'université Clermont-Auvergne.

II.4 **Critères de sélection des sujets**

II.4.1 Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion pour cette étude étaient les suivants :

- Etudiantes inscrites à l'Université Clermont-Auvergne
- Ayant reçu le questionnaire sur sa boîte mail de l'Espace numérique de travail
- Ayant répondu au questionnaire
- Etudiantes sachant lire et comprendre le français

II.4.2 Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion pour cette étude étaient les suivants :

- Etudiantes mineures
- Etudiantes ayant déjà eu des enfants

III.5 Le recueil des données

II.5.1 Les variables recueillies

La première partie du questionnaire consistait à recueillir les données sociodémographiques de la population étudiée (âge, situation personnelle, parité, filière de formation), ainsi que les données sur le suivi gynécologique, les moyens de contraception (contraception antérieures, contraception actuelles (si la contraception intra utérine actuelle était choisie : les données concernant la durée depuis la pose, le ressenti de la pose ont été recueillis), le professionnel qui l'a prescrit, le sentiment d'avoir pu choisir la contraception, la satisfaction de la contraception actuelle, la difficulté rencontrée avec la contraception actuelle) et également le sentiment de connaissance de la contraception intra utérine des participantes et leur source d'information.

Ensuite la deuxième partie du questionnaire consistait à recueillir les connaissances des participantes sur la contraception intra utérine par l'intermédiaire d'un quizz. Les questions du quizz portaient sur : les types de stérilets, la durée d'action, le mécanisme d'action, l'efficacité, la pose, le retrait, les indications, les effets indésirables, le coût.

Enfin la troisième partie recueillait les données sur leur intérêt pour la contraception intra utérine et les données sur leurs motivations quand les participantes étaient intéressées et leurs craintes vis-à-vis de la CIU quand elles étaient intéressées et non intéressées.

II.5.2 Le mode de recueil des données

Le recueil de données a été effectué à l'aide d'un auto-questionnaire rédigé sur le logiciel Redcap du CHU de Clermont-Ferrand (Annexe ...)

Cet auto questionnaire a été testé auprès de trois étudiantes sages-femmes, une externe en médecine, deux étudiantes infirmières et cinq autres étudiantes lyonnaises. Les remarques (écrites et orales) ont ainsi été prises en compte dans l'élaboration finale de ce questionnaire.

Puis un mail a été envoyé aux étudiants par l'intermédiaire de l'ENT ; ce mail contenait une explication de l'étude en précisant que cette étude ne concernait que les étudiantes femmes ainsi qu'un un lien hypertexte pour accéder au questionnaire de façon anonyme. (Annexe IV).

Aucune relance n'a été effectuée compte tenu du délai pour obtenir l'accord de diffusion du questionnaire.

II. 5.3. Le circuit des données

Les réponses des étudiantes ont été directement retranscrite de façon anonyme par l'intermédiaire du logiciel Redcap dans une base de données afin d'assurer leur sauvegarde.

II.6 L'informatisation

Il n'a pas été nécessaire de saisir les données car la conversion en un format Excel a pu se faire de manière automatique à partir du logiciel Redcap.

La vérification d'absence de doublon a été effectuée.

II.7 L'analyse des données

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Stata (version 13 ; StataCorp, College Station, Texas, USA) et R 3.3.1 (<http://cran.r-project.org/>), en considérant un risque d'erreur de première espèce bilatéral de 5%. La population est décrite par des effectifs et pourcentages associés pour les variables catégorielles et par la moyenne (\pm écart-type associé) pour les variables quantitatives. Le score de connaissance moyen a été comparé selon les caractéristiques des étudiantes par le test t de Student ou par ANOVA, suivi si nécessaire par le test post-hoc de comparaisons multiples de Tukey-Kramer. Une analyse des correspondances multiples (ACM) suivie d'une classification non supervisée mixte (méthode des centres mobiles appliquée sur la

partition issue d'une classification ascendante hiérarchique) ont également été mises en œuvre afin (i) d'étudier les relations entre les modalités des variables et (ii) de déterminer des profils d'étudiantes (clusters de sujets au sein desquels les individus ont des caractéristiques proches). Enfin, les craintes et les motivations des étudiantes ont été comparées par le test du Chi2 ou par le test exact de Fisher selon l'intérêt pour le DIU (tout à fait intéressée, potentiellement intéressée, pas du tout intéressée).

II. 8 Aspects éthiques et réglementaires

Cette étude reposait sur des auto-questionnaires rendus anonymes par la méthode de distribution. Le consentement était implicite selon le souhait de la personne à participer ou non à l'étude. Les aspects éthiques ont donc été respectés

II. 9 Budget

Aucun budget particulier n'a été nécessaire pour cette étude

RESULTATS

I. Caractéristiques de la population

Les questionnaires ont été envoyés via des listes de diffusion à un nombre inconnu de personnes. Par conséquent le taux de participation à l'étude n'a pas pu être calculé. Néanmoins 2391 réponses ont été exploitées sur un total de 2925 réponses obtenues.

Précisément, 173 questionnaires ont été exclus pour non-respect des critères d'inclusion (126 étudiantes avaient déjà eu des enfants, 45 étaient mineures, et 2 questionnaires ont été remplis par des hommes), et 361 questionnaires n'étaient pas exploitables.

Le tableau I décrit les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

L'âge moyen de la population était de 21 ± 3 ans. La majorité des étudiantes étaient âgées de 20 à 25 ans (61,6%). Elles étaient en couples dans 56,8 % des cas.

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques sociodémographiques	Effectif n= 2391 (%)
Age	
< 20ans	800 (33,5)
20-25 ans	1472 (61,6)
>25ans	119 (5)
Situation personnelle	
En couple	1357 (56,7)
Filière de formation	
Santé *	1020 (42,7)
Lettres, Langues, Psychologie	392 (16,4)
Droit, Economie, Management	359 (15)
Institut universitaire de technologie	194 (8,1)
Sciences, Polytechnique et Informatique	267 (11,2)
Professorat, Education et STAPS **	146 (6,1)
Autre	13(0,5)

*Santé : UFR médecine, école de sage-femme, professions paramédicales, IFSI, UFR d'odontologie, UFR de pharmacie, école des ostéopathes.

**STAPS : Sciences techniques des activités physiques et sportives

Une majorité d'étudiantes (61%) ont un suivi gynécologique (36% déclarent l'effectuer régulièrement plus d'une fois par an, 25% moins d'une fois par an).

Parmi les 2391 étudiantes, 76 % utilisent une contraception actuellement. Les contraceptifs les plus utilisés sont la pilule (69%), le préservatif masculins (22%) et le stérilet (14%) (Figure 1).

Par le passé elles ont déjà utilisées la pilule à 88%, le préservatif masculin à 73%, le stérilet à 13%, l'implant à 7 % et les méthodes naturelles à 6 %.

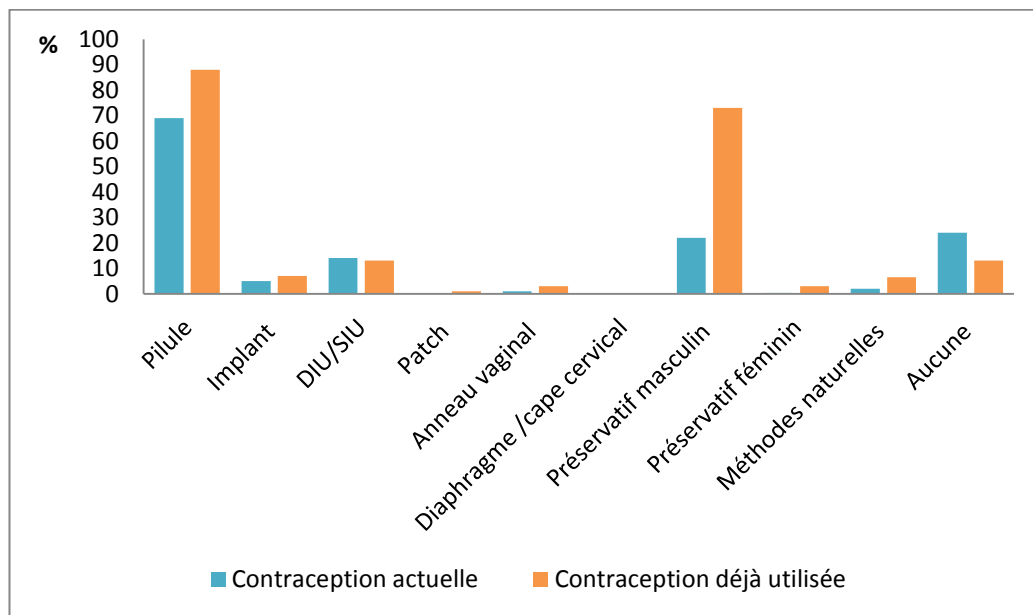


Figure 1: Les contraceptions déjà utilisées par les étudiantes et leur contraception actuelle

Parmi les 254 étudiantes qui utilisent actuellement un DIU ou un SIU comme contraception, près de la moitié (44%) l'ont adopté depuis plus d'un an et dans deux tiers des cas (69 %) la pose s'est bien à très bien déroulée. L'autre tiers, la pose s'est moyennement à très mal déroulée.

Pour la plupart des étudiantes c'est le gynécologue qui prescrit leur contraception à 48% ensuite vient le médecin généraliste à 40 % et la sage-femme à 12%.

Le tableau II décrit le sentiment d'avoir pu choisir la contraception, la satisfaction et la difficulté majeure rencontrée avec la contraception actuelle en fonction des méthodes contraceptives les plus utilisées par les étudiantes.

Parmi les 1808 participantes qui ont une contraception, 81% ont eu le sentiment d'avoir pu choisir leur contraception et elles en sont globalement satisfaites à 71,2 %. Pour le DIU/SIU, elles sont 88 % à y être satisfaites.

En ce qui concerne la difficulté majeure rencontrée lors de l'utilisation de leur contraception, dans 24% des cas les oublis fréquents sont une difficulté majeure pour les étudiantes, ensuite vient à 14,5 % que la contraception est trop contraignante et pour 19, 8 % des étudiantes aucune difficulté majeure n'est rencontrée.

Tableau II : Données sur les contraceptions les plus utilisées actuellement chez les étudiantes

Critères	Population N= 1808 (75,6%)	Pilule n=1251 (69%)	Implant n=88 (5%)	DIU/SIU n=254 (14%)	Préservatifs masculins n= 395 (22%)
Sentiment d'avoir pu choisir la contraception					
Oui	1463 (81)	941 (75)	84(95,5)	248(98)	320 (81)
Non	248 (13,7)	234 (19)	1 (1)	5 (2)	49 (12)
Ne sais pas	97 (5,4)	76 (6)	3 (3)	1 (0,4)	26 (7)
Satisfaction de la contraception					
Oui tout à fait	1288 (71,2)	883 (71)	71 (81)	224 (88)	233 (59)
Pas tout à fait	484 (26,8)	341 (27)	17 (19)	30 (12)	151 (38,2)
Pas du tout	36 (2)	27 (2)	0 (0)	0 (0)	11 (2,8)
Difficulté majeur					
Cout élevé	155 (8,6)	91 (7,3)	2 (2,3)	1 (0,4)	72 (18,2)
Douleurs	203 (11,2)	84 (6,7)	3 (3,4)	113 (44,5)	26 (6,6)
Gêne à l'utilisation	88 (4,9)	33 (2,6)	1 (1,1)	0 (0)	53 (13,4)
Oublis fréquents	434 (24)	427 (34,1)	0 (0)	0 (0)	70 (17,7)
Saignements entre les règles	134 (7,4)	61 (4,9)	34 (38,6)	37 (14,6)	14 (3,5)
Trop contraignante	263 (14,5)	205 (16,4)	1 (1,14)	4 (1,6)	80 (20,2)
Trouble du cycle	45 (2,5)	14 (1,1)	8 (9,1)	23 (9,1)	5 (1,3)
Hormones et risque santé	52 (2,9)	44 (3,5)	3 (3,4)	2 (0,8)	9 (2,2)
Autres effets secondaires	76 (4,2)	56 (4,5)	6 (6,8)	8 (3,1)	13 (3,3)
Aucune	358 (19,8)	236 (18,9)	30 (34,1)	66 (26)	53 (13,4)

Dans la rubrique «- autres effets secondaires- », les participantes exprimaient des gênes telles que des « -céphalées- », une « -baisse de la libido- », des «-troubles de l'humeur- », une « -prise de poids-», des «-jambes lourdes-», des «-pertes abondantes-» ainsi que des « -nausées- » et «- vomissements-»

II. Connaissance des étudiantes sur la contraception intra –utérine

Plus de la moitié des étudiantes (55%) ont déclaré connaître vaguement le stérilet et 44% le connaitse plutôt bien. Les principales sources d'informations des étudiantes à ce sujet sont le milieu scolaire (53%), la famille (42%), les médias (31%) et les amis (30%)

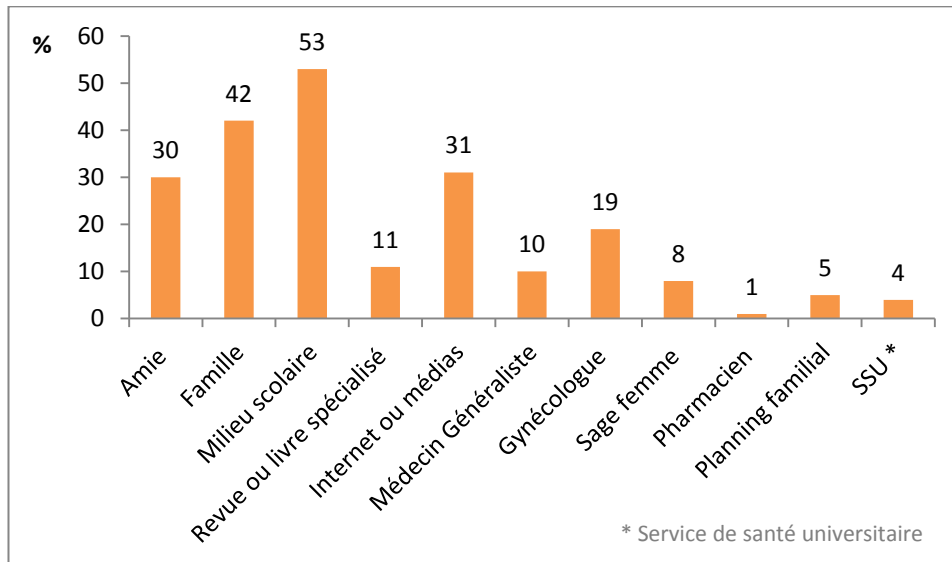


Figure 2 : Les différentes sources d'informations des étudiantes sur le stérilet

Le score de connaissances moyen s'élevait à 15.0 ± 1.9 sur 20, avec un score minimal de 6 et un score maximal de 19.

De façon détaillée (Figure 3), les étudiantes ont majoritairement répondu correctement aux questions sur les différents types de stérilets (question 1), la durée d'action (question 2), l'efficacité (question 3), les effets indésirables et complications (question 12, 13 et 19), les modalités pratiques (question 11, 17 et 18) et le coût (question 20).

En revanche pour les questions relatives à la pose et au retrait du stérilet les étudiantes étaient partagées (question 4, 5, 6, 7 et 10). En effet à la question 5 « la pose s'effectue après les règles » : 56 % ont répondu « vrai » contre 44% qui ont répondu « faux ». Et pour la question 7 « le dispositif intra utérin se met dans le col de l'utérus » les étudiantes ont répondu à 56,1% « vrai » alors que la réponse était fausse.

En ce qui concerne les deux questions sur le mécanisme d'action (question 14 et 15), les étudiantes étaient également partagées à la question 14 « le dispositif intra utérin a une action de blocage de l'ovulation », il y avait une différence de 11,3% entre la réponse fausse et la réponse vrai.

Les questions 8, 9 et 16 comportaient sur les indications du stérilet, la question 8 « le dispositif intra utérin peut se poser chez une femme qui n'a pas eu d'enfant », 93 % ont répondu correctement « vrai ». Mais à la question 9 « le dispositif intra utérin peut être utilisée comme contraception d'urgence », 79% des étudiantes ont répondu « faux » alors que la réponse était « vrai ».

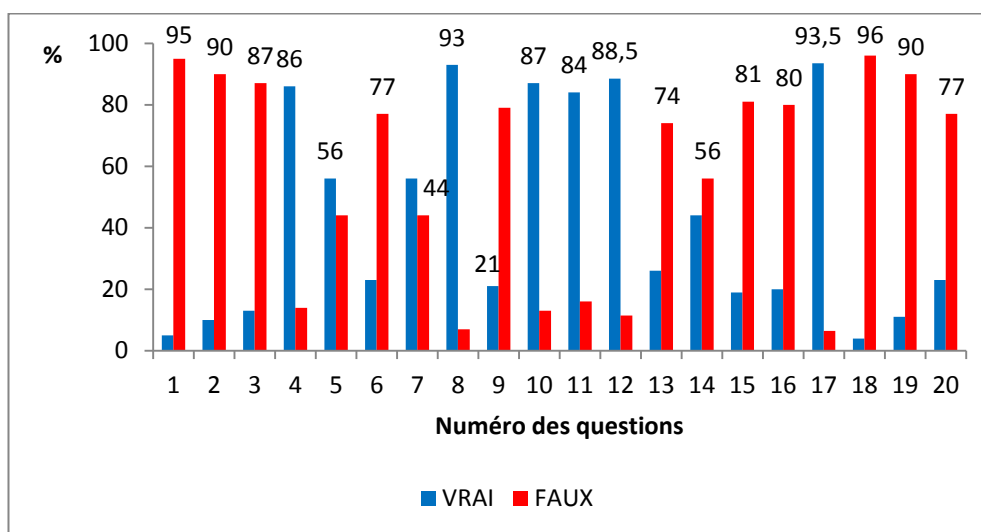


Figure 3 : Répartition des réponses pour chaque question du quizz

III. Etude des facteurs associés aux connaissances

Une relation statistiquement significative entre l'âge et le score de connaissances a été mise en évidence, avec un score moyen passant de $14,6 \pm 1,9$ pour les étudiantes de moins de 20 ans, à $15,4 \pm 1,9$ pour les étudiantes de plus de 25 ans (Tableau III). Par ailleurs, les étudiantes de la filière santé présentaient un score de connaissances moyen significativement plus élevé que les étudiantes de chacune des autres filières.

L'utilisation actuelle et passée du DIU/SIU, l'absence de contraception et l'utilisation antérieure du préservatif masculin ainsi que le diaphragme /cape cervical influe sur la moyenne obtenue au score. Les étudiantes ayant ou ayant eu un DIU/SIU comme contraception avaient des scores plus élevés ($15,9 \pm$ sur 20) (Tableau III).

La moyenne du score était de $15,6 \pm 1,5$ sur 20 chez les étudiantes qui affirmaient connaître « plutôt bien » le stérilet, de $14,6 \pm 1,9$ sur 20 quand elle disait « le connaître vaguement » et de $12,8 \pm 2,6$ sur 20 quand elle « n'en ai jamais entendu parler ». La p-value était $<0,001$ il y avait donc une différence statistiquement significative : les étudiantes avaient un score plus élevé quand elle se disait « plutôt bien » le connaître.

Il a été retrouvé une significativité entre le score de connaissance et la source d'information par la sage-femme, le gynécologue et le service de santé universitaire. Les étudiantes ont un meilleur score de connaissance sur le stérilet quand elles ont reçus les informations par la sage-femme (Tableau III).

Tableau III : Différentes variables associées au score de connaissance

Variables	Score de connaissance	p -value
<u>Age</u>		
< 20ans	$14,6 \pm 1,9$	
20-25ans	$15,2 \pm 1,8$	
>25ans	$15,4 \pm 1,9$	<0,001
<u>Filière</u>		
Santé	$15,5 \pm 1,6$	
Lettres, Langues, Psychologie	$14,6 \pm 1,9$	
Droit, Economie, Management	$14,8 \pm 1,8$	
Institut universitaire de technologie	$14,5 \pm 2,0$	
Sciences, Polytechniques, Informatique	$14,8 \pm 2,1$	
Professorat, Education, STAPS	$14,9 \pm 2,0$	<0,001
Autre	$14,4 \pm 2,3$	

Variables	Score de connaissance	p-value
<u>Suivi gynécologique</u>		
Au moins une fois par an	15,3 ± 1,7	
Moins d'une fois par an	15,2 ± 1,7	
Jamais	14,7 ± 2,0	<0,001
<u>Moyen(s) de contraception(s)</u>		
<u>actuel(s)</u>		
Pilule		
Oui	15 ± 1,8	0,73
Non	15,1 ± 1,9	
Implant		
Oui	15,3 ± 1,6	0,11
Non	15 ± 1,9	
DIU/SIU		
Oui	15,9 ± 1,3	<0,001
Non	14,9 ± 1,3	
Patch		
Oui	15 ± 1,4	
Non	15 ± 1,9	0,98
Anneau vaginal		
Oui	15,3 ± 1,5	
Non	15,03 ± 1,8	0,57
Diaphragme/ Cape cervical		
Oui	14	
Non	15,03 ± 1,8	0,99
Préservatifs masculins		
Oui	14,9 ± 1,9	
Non	15,1 ± 1,8	0,32
Préservatifs féminins		
Oui	15,8 ± 1,3	
Non	15,03 ± 1,9	0,29
Méthodes naturelles		
Oui	14,5 ± 2,7	
Non	15,04 ± 1,8	0,29
Aucune		
Oui	14,7 ± 2	
Non	15,1 ± 1,8	<0,001

Variables	Score de connaissance	p-value
<u>Moyen(s)de contraception(s) utilisé(s) par le passé</u>		
Pilule		
Oui	15,1 ± 1,8	<0,001
Non	14,7 ± 2	
Implant		
Oui	15,2 ± 1,7	0,20
Non	15,02 ± 1,9	
DIU/SIU		
Oui	15,9 ± 1,4	<0,001
Non	14,9 ± 1,9	
Patch		
Oui	15,04 ± 2,8	0,13
Non	14,05 ± 1,8	
Anneau vaginal		
Oui	15,02± 2,1	0,96
Non	15,03 ± 1,8	
Diaphragme/ Cape cervical		
Oui	12 ± 3,5	0,005
Non	15,03 ± 1,8	
Préservatifs masculins		
Oui	15,1 ± 1,8	0,002
Non	14,9 ± 1,9	
Préservatifs féminins		
Oui	15,2 ± 1,9	0,53
Non	15,03 ± 1,8	
Méthodes naturelles		
Oui	15,2 ± 1,9	0,36
Non	15,02 ± 1,8	
Aucune		
Oui	14,5 ± 2,1	<0,001
Non	15,1± 1,8	

Variables	Score de connaissance	p-value
<u>Sources d'information</u>		
Amie	15± 1,7	0,54
Famille	15,1± 1,7	0,10
Milieu scolaire	15,1± 1,9	0,32
Revue ou livre spécialisé	15,2± 1,7	0,10
Internet ou médias	15,2± 1,7	0,01
Médecin généraliste	15,03± 1,8	0,98
Gynécologue	15,3± 1,7	0,002
Sage-femme	15,9± 1,2	<0,001
Pharmacien	15,4± 1,3	0,19
Planning familial	15,03± 1,9	0,70
Service de santé universitaire	15,5± 1,6	0,005

Parmi les 1609 étudiantes qui utilisaient une contraception prescrite par un professionnel de santé (pilule, implant, DIU, patch, anneau vaginal, diaphragme), le score de connaissances moyen était plus élevé chez les étudiantes dont la contraception avait été prescrite par une sage-femme (15,8 ± 1,5) que par un médecin généraliste (15,0 ± 1,8) ou par un gynécologue (15,2 ± 1,7).

La figure 4 illustre les résultats obtenus avec l'analyse des correspondances multiples. L'axe horizontal correspond au groupement des variables : suivi gynécologique, utilisation d'une contraception et statut personnel et l'axe vertical correspond au groupement des variables : utilisation du stérilet, intérêt pour le stérilet. Le graphique B montre sur l'axe horizontal les étudiantes qui n'ont pas de suivi gynécologique, pas de contraception et qui sont célibataire (à droite) et les étudiantes qui ont un suivi gynécologique régulier, une contraception et qui sont en couple (à gauche). Sur l'axe vertical les étudiantes qui prennent la pilule, qui n'ont jamais porté de stérilet et qui ne sont pas du tout intéressées (en bas), et les étudiantes qui ont ou ont déjà eu un stérilet et qui sont intéressées (en haut).

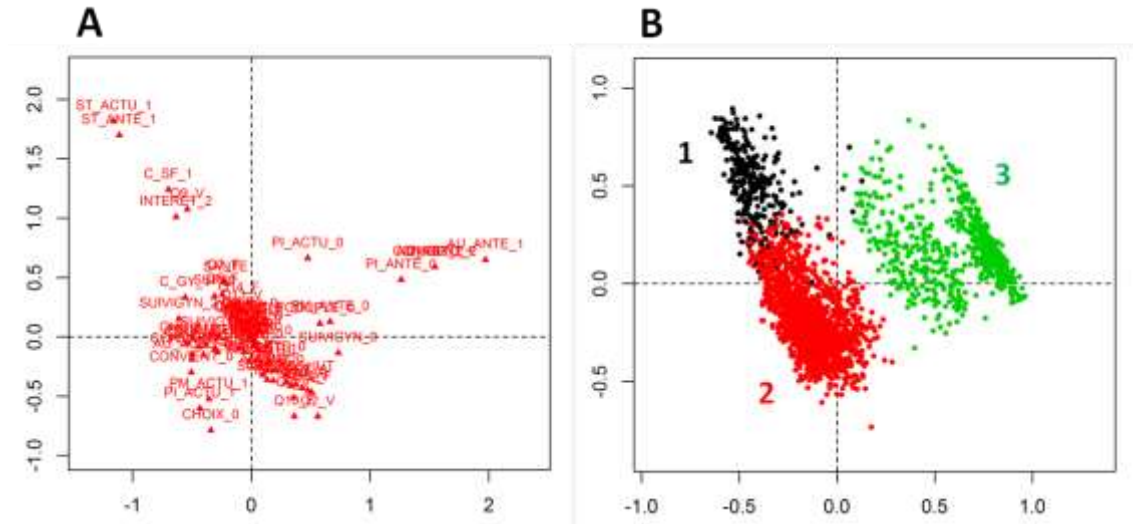


Figure 4 : Représentation des modalités des variables (A) et position des individus (B) sur les deux premiers axes issus de l'analyse des correspondances multiples

Légende : AGE_INF20 ou AGE_SUP20 : âgée de moins ou de plus de 20 ans, AU_ACTU : n'utilise pas de contraception actuellement (0 non, 1 oui), AU_ANTE : n'a jamais utilisé de contraception par le passé (0 non, 1 oui), C_AM : connaît le stérilet par une amie (0 non, 1 oui), C_FA : connaît le stérilet par sa famille (0 non, 1 oui), C_GY : connaît le stérilet par un gynécologue (0 non, 1 oui), C_LI : connaît le stérilet par des livres ou revues (0 non, 1 oui), C_ME : connaît le stérilet par les médias (0 non, 1 oui), C_MG : connaît le stérilet par un médecin généraliste (0 non, 1 oui), C_SC : connaît le stérilet par le milieu scolaire (0 non, 1 oui), C_SF : connaît le stérilet par une sage-femme (0 non, 1 oui), CHOIX : choix du mode de contraception (0 non, 1 oui, 2 non concernée), CONVIENT : mode de contraception qui convient (0 non, 1 oui, 2 non concernée), COUPLE : en couple (0 non, 1 oui), FILIERE : filière d'études (santé, sciences/IUT, autre), INTERET : intérêt pour se faire poser un stérilet (0 pas du tout, 1 peut-être, 2 absolument), PI_ACTU : utilise la pilule actuellement (0 non, 1 oui), PI_ANTE : a déjà utilisé la pilule par le passé (0 non, 1 oui), PM_ACTU : utilise les préservatifs masculins actuellement (0 non, 1 oui), PM_ANTE : a déjà utilisé les préservatifs masculins par le passé (0 non, 1 oui), ST_ACTU : utilise le stérilet actuellement (0 non, 1 oui), ST_ANTE : a déjà utilisé le stérilet par le passé (0 non, 1 oui), SUIVIGYN : suivi gynécologique (0 aucun, 1 moins d'une fois par an, 2 au moins une fois par an). Les questions du quizz sont notées Qi (où i=numéro de la question) et valent « V » si l'étudiante a répondu « vrai » et « F » si elle a répondu « faux ».

Le groupe 1 (n=291) correspondait aux étudiantes de plus de 20 ans, qui portaient et/ou avaient déjà porté un stérilet. Elles avaient déjà eu recours à la pilule et/ou aux préservatifs masculins par le passé. Elles étaient majoritairement en couple (78%), avaient un suivi gynécologique au moins une fois par an (71%) et étaient 60% à étudier dans le milieu de la santé. Elles avaient eu des informations sur le stérilet par le gynécologue (46%) et/ou par le milieu scolaire (43%). Elles avaient globalement de bonnes connaissances sur le stérilet, sauf pour la question 5 où elles étaient 72% à avoir répondu « faux » et pour la question 7 où elles étaient 66% à avoir répondu « faux ». La question 9 leur a également posé problème puisque seulement 56% ont donné la réponse « vrai ».

Le groupe 2 (n=1519) correspondait quant à lui aux étudiantes qui avaient majoritairement moins de 20 ans (54%), qui prenaient et/ou avait déjà pris la pilule. Les deux tiers d'entre elles étaient en couple et elles avaient un suivi gynécologique plus ou moins régulier (39% au moins une fois par an et 27% moins d'une fois par an). Elles avaient eu des informations sur le stérilet par une amie (32%) et/ou par la famille (45%), mais pas par un gynécologue ni par une sage-femme. Certaines questions du quizz leur avaient posé problème : la 9 pour laquelle 84% avaient donné la réponse « faux », la 14 pour laquelle seulement 52% avaient donné la réponse « faux », la 5 pour laquelle seulement 58% avaient donné la réponse « vrai » et la 7 pour laquelle seulement 58% avaient donné la réponse « vrai ».

Et le groupe 3 (n=581) correspondait aux étudiantes qui avaient majoritairement moins de 20 ans (61%) et qui ne prenaient actuellement aucune contraception. Certaines avaient déjà eu recours à la pilule par le passé (30%), mais la plupart n'avaient jamais eu de contraception (55%). La plupart n'étaient pas en couple (79%) et n'avaient pas de suivi gynécologique (72%). Elles étudiaient majoritairement dans un milieu scientifique (38% en santé et 22% en sciences/IUT). Elles avaient eu des informations sur le stérilet par le milieu scolaire (57%), mais pas par un professionnel de santé. Certaines questions du quizz leur avaient posé problème : la 9 pour laquelle 85% avaient donné la réponse « faux », la 5 pour laquelle seulement 62% avaient donné la réponse « vrai » et la 7 pour laquelle seulement 61% avaient donné la réponse « vrai ».

Le score de connaissances moyen était statistiquement plus élevé dans le groupe 1 (15,9 ± 1,4) que dans les groupes 2 et 3 (respectivement 15,0 ± 1,8 et 14,7 ± 2,0).

IV. Perception de la contraception intra utérine chez les étudiantes

A la question « Seriez-vous intéressée pour vous faire poser un DIU/ stérilet ? », les étudiantes étaient majoritairement potentiellement intéressée à 42%, « absolument » à 23,5 % et « pas du tout » à 34,5 %.

Parmi les 2391 étudiantes, 91% avaient au moins une crainte vis-à-vis de la contraception intra utérine. Les craintes les plus choisies par les étudiantes étaient la pose (56,8%), la douleur (46,7%) et le fait d'avoir un corps étranger (38,1 %)(Figure 5). Pour l'ensemble des participantes ces craintes étaient retrouvées chez celles qui n'étaient pas intéressé par le stérilet. Pour celles qui étaient potentiellement intéressée par le DIU, le volume des règles modifiées (34,5%) ainsi que le déplacement du stérilet (34,1%) était également plus évoqués comme craintes. En revanche le fait d'avoir un corps étranger n'était craint qu'à 13,3 % chez les étudiantes intéressées par cette contraception.

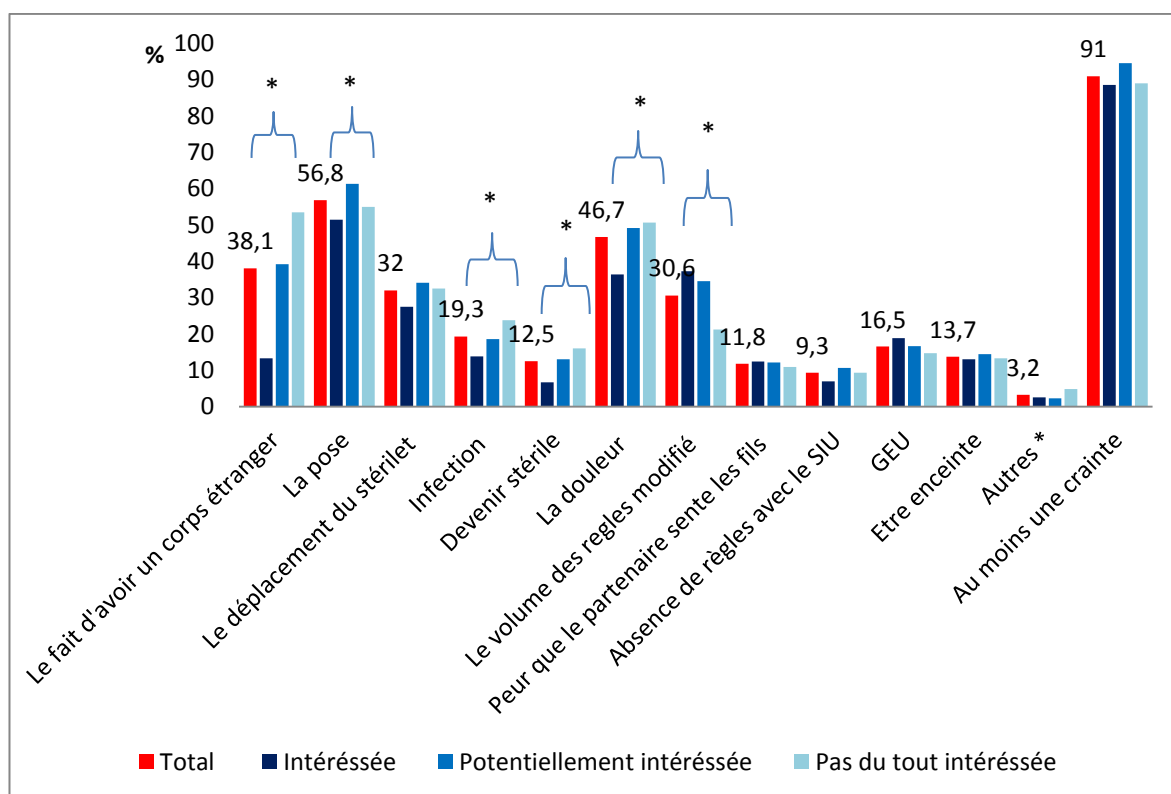


Figure 5 : Craintes des étudiantes et leur intérêt sur la contraception intra utérine

*Autres : les étudiantes citaient la « présence d'hormones pour le SIU », « il y a un risque pour la santé », « acné », « la prise de poids », « ne pas avoir eu d'enfant », « trop jeune pour en porter », « pas de partenaire stable », « déconseillé par gynécologue », « déjà essayé et rejet ou grossesse », « pathologie contre indiquant le DIU/SIU », « pudeur liée à la pose », « provoque des avortements précoces » et le fait « ne pas pouvoir contrôler sa contraception » comme crainte vis-à-vis du stérilet.

Parmi les étudiantes qui étaient intéressées par la contraception intra-utérine (tout à fait ou potentiellement), les principales motivations évoquées étaient le fait de ne pas avoir besoin d'y penser (88,3 %), la durée d'action (57 %), l'absence d'hormones (50,1 %) et l'efficacité (46,2%) (Figure 6).

Le fait «de ne pas y penser» était retrouvé majoritairement par les étudiantes qui étaient intéressées et potentiellement intéressées par le stérilet (statistiquement non significatif p –value 0,40). Pour celles qui étaient intéressée, l'efficacité, la durée d'action ainsi que l'absence d'hormones étaient des motivations plus marquées par rapport aux étudiantes qui étaient potentiellement intéressées. La différence était statistiquement significative avec p-value <0,001.

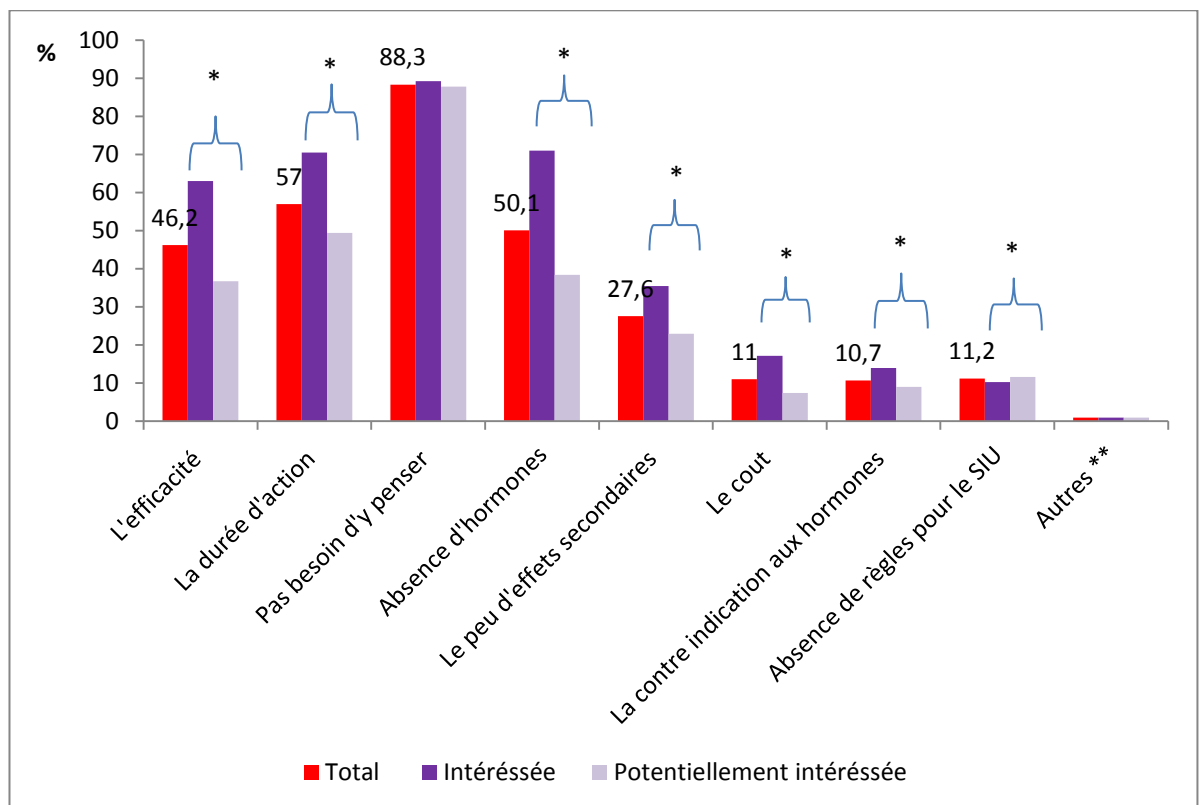


Figure 6 : Les motivations à choisir le stérilet chez les étudiantes intéressées **Autres : les étudiantes évoquaient « absence de dysménorrhées avec le SIU » et qu'elles « n'étaient forcément intéressées »

Parmi les 1251 étudiantes qui utilisent la pilule 61 % étaient potentiellement intéressées et 57 % pas du tout intéressées (Figure 7). Pour celle qui n'utilisent pas de contraception 15,3 % se disent intéressées, 25% potentiellement intéressées et 30 % pas du tout intéressées. La différence était statistiquement significative pour les utilisatrices de la pilule et du préservatif avec p-value <0,001.

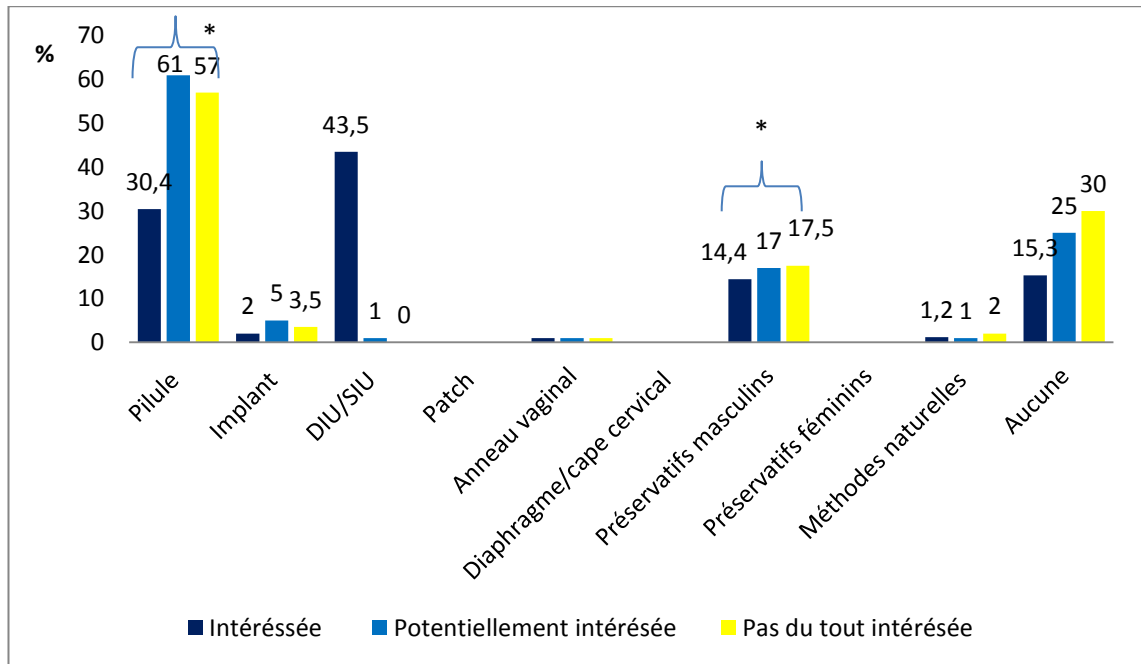


Figure 7 : Contraception actuelle et intérêt de la contraception intra utérine

Parmi les 484 étudiantes qui étaient moyennement satisfaite de leur contraception, la pose d'un stérilet les intéressait à 33,7 % et ne les intéressaient pas à 17,2 %. Pour celles qui ne sont pas du tout satisfaite de leur contraception 6% seraient intéressées voir potentiellement intéressées contre 1 % pas du tout intéressées.

Les étudiantes qui avaient reçus des informations par un médecin généraliste, un gynécologue, une sage-femme ou les médias étaient plus intéressées à la pose d'un stérilet (Figure 8). A l'inverse celles qui détenaient des informations par le milieu scolaire, 55 % n'étaient pas être intéressées par la pose d'un stérilet contre 46 % à être intéressées. La différence était statistiquement significative, p- value <0,001. Il n'a pas été retrouvé de différence statistiquement significative pour la source par les amies et la famille.

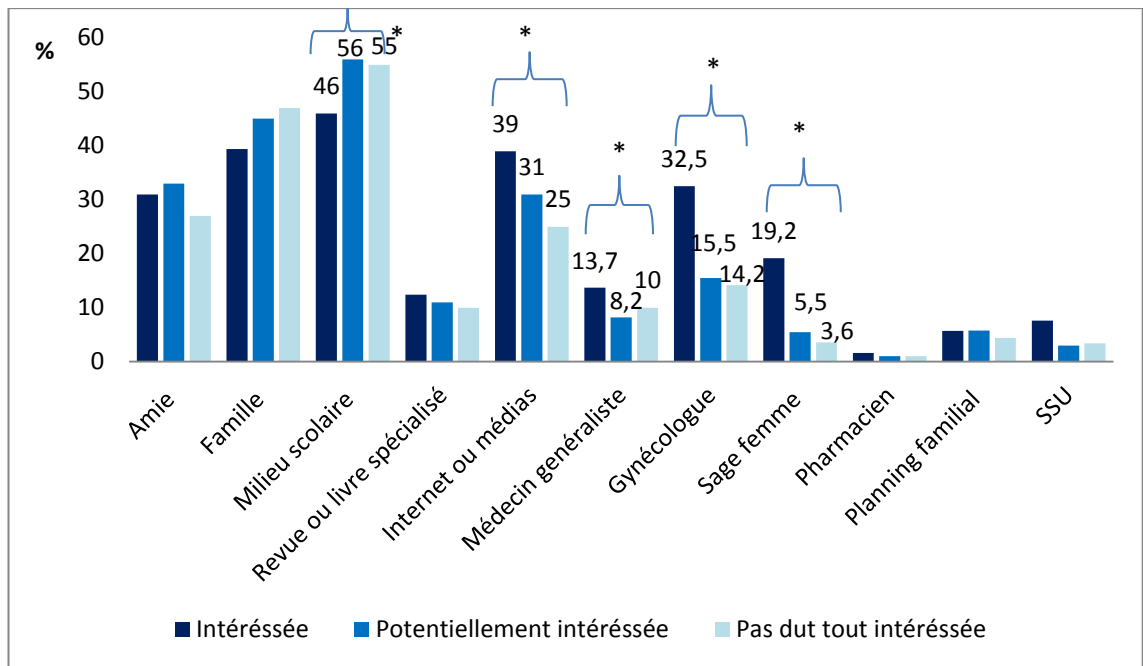


Figure 8 : Source d'information et intérêt pour la contraception intra utérine

DISCUSSION

I. Atteinte de l'objectif

L'objectif principal de cette étude a été atteint car il a été possible d'étudier 2391 réponses des étudiantes de l'Université Clermont-Auvergne. Ainsi celles-ci ont permises d'évaluer leurs connaissances grâce à l'établissement d'un score.

II. Les forces et les limites de l'étude

II.1 Les forces de l'étude

Le premier point fort de cette étude est le nombre important de questionnaires récoltés, en effet 2391 ont été recueillies. Il a donc été possible de réaliser des études statistiquement significatives et d'avoir une représentation de la population cible.

C'est la seule étude portant sur la connaissance de la contraception intra utérine réalisée auprès de la population étudiante. Le choix d'une population d'étudiante est un choix judicieux car c'est une population qui représente le plus de femme nullipare et celles-ci rentrent pour la plupart dans une période sexuelle active et donc aurait besoin de recourir à une contraception.

De plus il a été possible de diffuser le questionnaire dans différentes unités de formations, cela a permis une analyse des réponses des étudiantes en fonction de leur parcours d'étude pour voir s'il y avait une influence sur les connaissances. Ce questionnaire a été envoyé par l'intermédiaire de l'ENT donc les étudiantes ont pu répondre seul au questionnaire évitant ainsi un biais dans les réponses.

Enfin, cette étude a permis une diffusion de l'information sur la contraception intra utérine puisqu'elle a entraîné le questionnement et la réflexion des étudiantes sur la connaissance générale de la contraception lors de leur participation. Elle a donc, sans doute, amenée plusieurs étudiantes à s'interroger et à chercher des réponses sur cette contraception et leur contraception.

II.2 Les limites de l'étude

L'étude n'a été réalisée qu'au sein de la population étudiante de la région Auvergne, elle ne permet donc pas de généraliser les résultats à l'échelle nationale. Malgré un grand nombre de participantes les résultats ont permis d'être statistiquement significatifs, mais sans variation notable entre les groupes d'études.

De plus, des difficultés ont été rencontrées lors de la diffusion des questionnaires, il y a eu un long délai d'attente entre les commissions de communication qui ont empêché une diffusion égale du questionnaire et de savoir le nombre de mail envoyé pour avoir un taux de participation des étudiantes. Un biais de sélection a pu intervenir car il y a eu une grande majorité d'étudiantes de la filière santé dans notre étude et ceci n'est pas représentatif de la population étudiante (70 % filière lettres arts et langues, 64 % filière santé, 59 % filière éco-droit, 39 % IUT et filière des sciences 37 % en 2017 selon l'enquête organisée par le ministère de l'éducation nationale (8)). Il aurait fallu aussi s'intéresser au parcours non universitaire. De façon générale faire une étude à l'échelle nationale sur la population nullipare.

Egalement, un biais d'auto sélection et de non réponse a pu intervenir dans l'analyse des résultats. En effet les étudiantes en santé se sentant plus concernées et ayant plus de connaissance ont donc plus répondu que les autres. Les non répondantes étaient peut-être des personnes peu à l'aise sur la contraception ou peu sensibles à ce sujet.

Il aurait fallu mettre une proposition « ne sais pas » à chaque question du quizz car cela a du induire des réponses par défaut. Egalement des difficultés ont été rencontrées dans l'enchaînement du questionnaire. Il n'a pas été permis d'avoir les réponses à la question sur le professionnel qui réalisait le suivi gynécologique, ce qui est dommage car il aurait été intéressant d'avoir une idée des informations données par le professionnel qui suivait la participante.

Enfin il aurait pu être proposé aux étudiantes une réponse juste après chaque question, permettant ainsi de les informer avant de passer à la question suivante ou d'avoir toutes les réponses en fin de questionnaire. Cela aurait pu permettre une diffusion instantanée de l'information sur la contraception intra utérine et permettre un plan d'action immédiat.

III. Caractéristiques de la population

La population étudiée est jeune, l'âge moyen étant de 21 ans. La catégorie la plus représentée est celle des 20-25 ans (61,6 %) : par comparaison une étude de 2016 montrait que la moyenne d'âge des étudiants en France était de 22 ans (77). La majorité de la population se trouve donc aux alentours de cette moyenne d'âge.

La population représentait principalement la filière santé pour 42,7 %, mais également la filière « lettres, langues, psychologie » (16,4%), la filière « droit, économie, management » (15%) et la filière « sciences, polytechnique et informatique » (11,2%). Les autres étudiants étaient répartis en institut universitaire de technologie (8,1%) et en filière « professorat, éducation et STAPS » (6,1%). Le rapport Repères & Références Statistiques sur les enseignements, la formation et la recherche fait par le ministère de l'éducation nationale, répertoriait par discipline les étudiantes femmes inscrites en 2017. A l'université les jeunes femmes représentent 58,2 % de la population étudiante. La filière « langues, arts et lettres » représente environ 70 % des étudiantes femmes, 64 % en filière santé, 59 % en filière éco-droit, 39 % en IUT et en filière des sciences 37 % (8). La population de notre étude n'est pas représentative de la population étudiante décrite par celle du ministère de l'éducation nationale. Ceci peut s'expliquer par la difficulté de gestion de la diffusion du questionnaire aux étudiantes. Mais il peut être supposé que la proportion de réponse est plus importante dans la filière santé car ils se sentent éventuellement plus concernés par le sujet.

Dans la population interrogée, 61 % des étudiantes avaient un suivi gynécologique. Il est retrouvé le même pourcentage dans une autre étude sur le suivi gynécologique et la contraception des étudiantes (78). A savoir que 39 % des participantes n'ont pas du tout de suivi gynécologique. L'enquête BVA de 2008, réalisée sur une population de femmes âgées de 15 à 45ans, retrouvait un taux proche de l'étude (69% des femmes de 15-25ans avait un suivi gynécologique) (79). Pour les femmes n'on qui n'ont pas de suivi gynécologique on peut s'interroger sur les raisons de ce choix. Est-ce un problème financier, une difficulté d'accès aux soins, par pudeur, ou tout simplement elles n'en récentes pas le besoin car elles n'ont pas une sexualité régulière. Des facteurs que l'on rencontre dans les études sur la sexualité et les jeunes (7,63,77). Il existe des services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS) dans

chaque université. A l'université Clermont Auvergne il existe 6 sites. Ils proposent notamment des consultations d'informations sur la contraception, la sexualité, les IST ainsi que la prescription ou la pose des contraceptifs mais également de bénéficier d'exams de dépistages (IST et frottis) et cela gratuitement pour les étudiantes inscrites. Ces consultations sont assurées par une sage-femme et un médecin. Les Centre de Planification et d'Education familial assurent également ces consultations gratuitement. Ces institutions permettent aux étudiantes un accès facilité sans freins financier à l'information sur la contraception et la sexualité, il est donc judicieux de les faire connaître aux étudiantes. Dans notre étude seulement 4% ont reçus des informations du DIU/SIU par le SSU.

En ce qui concerne la contraception, notre étude montre que 76 % des participantes utilisent une contraception. Selon le baromètre santé de 2010, 91,2 % des 15-29 ans ayant une relation stable et à priori concernée par la contraception utilisent un moyen de contraception. Dans notre étude 24% n'utilisent pas de contraception contre 6,7 % dans le baromètre santé (80). Les étudiantes se déclaraient être en couple pour un peu plus de la moitié (56,7 %), et celles qui indiquaient ne pas utiliser de contraception disait ne pas en voir l'utilité pour la plupart car elles n'avaient pas de partenaire ou elles étaient vierge.

Les résultats retrouvés concernant les parcours contraceptifs, les étudiantes restent dans le schéma contraceptif retrouvé dans la littérature, notamment en ce qui concerne les moyens les plus utilisés. Il a été retrouvé une utilisation actuelle majeure de la pilule par 69 % des participantes dans notre étude contre 83,4 % dans le baromètre santé 2010 chez les 19 -30ans (80). Le DIU/SIU est utilisé dans notre étude par 14% des étudiantes contre 5,9 % dans le baromètre santé ainsi que dans l'étude réalisée sur la santé des étudiants par La Mutuelle Des Etudiants (4%) (7). Un meilleur recours au DIU/SIU dans notre étude pourrait s'expliquer par une forte proportion d'étudiante issue de la filière santé. En effet celle-ci serait davantage au courant de l'utilisation du DIU/SIU chez la nullipare et seraient plus intéressées à l'utiliser. Mais on pourrait l'expliquer aussi par une inversion des tendances au niveau contraceptif car depuis 2013 suite à la crise des pilules, on observe une augmentation de l'utilisation des DIU/SIU chez les 20-24ans. Près d'une femme sur cinq déclare avoir changé de méthode depuis le débat médiatique de 2012-2013 sur les pilules (6). Une recherche du « plus naturel » est retrouvée chez ces femmes.

Par ailleurs dans notre étude, le taux de satisfaction du moyen de contraception utilisé est de 71,2%. Alors qu'il a été retrouvé dans l'étude de l'INPES que la majorité des femmes étaient satisfaites de leur contraception (95%), ainsi que dans l'étude EPICE 2010 sur des étudiants de Paris (89%) (81). Parmi les utilisatrices de la pilule dans l'étude, 71 % se disent satisfaites de celle-ci contre près de 30 % qui ne sont pas totalement satisfaites. Parmi elles, il a été retrouvé que pour 34,1%, la difficulté majeure résidait dans l'oubli fréquent du comprimé et qu'elle était associée à 16,5% à une contraception trop contraignante. On retrouve ces mêmes difficultés dans la population générale (1). Et ces problèmes sont les plus fréquemment retrouvés chez les femmes qui ont un échec de contraception sous pilule et qui se retrouvent par conséquent à réaliser une IVG.

Les utilisatrices de contraception orale de l'étude sont 20 % à ne pas avoir eu le sentiment d'avoir pu choisir leur contraception contre 2 % pour les utilisatrices du DIU/SIU. Rappelons que la HAS depuis les années 2000, souligne l'importance du libre choix de la patiente en ce qui concerne la contraception. Car les études montrent l'importance du contexte de prescription de la contraception par rapport à la satisfaction qui en résulte pour l'utilisatrice. Ainsi plus les femmes sont impliquées dans le choix de leur méthode de contraception, plus elles en sont satisfaites, et moins elles connaissent d'échecs (60).

C'est pourquoi il est recommandé de réaliser une consultation dédiée à la contraception qui permet d'aboutir à un choix personnalisé de la patiente avec une information éclairée sur sa contraception (méthode du « counseling »)(82). Ainsi les femmes seraient peut-être moins enclines à recourir à l'IVG en cas d'échec de la contraception.

Comme on peut le constater dans notre étude pour les étudiantes utilisatrices du DIU/SIU, elles ont très largement eu le sentiment d'avoir choisi leur contraception (98%) et ils en découlent un taux de satisfaction très élevé (88%). Ces résultats sont également retrouvés dans les études sur le DIU chez la nullipare (37,42,66).

Par ailleurs on peut constater dans l'étude que pour 48 % des étudiantes, c'est le gynécologue qui prescrit leur contraception, 40 % le médecin généraliste et 12 % la sage-femme. On pourrait prétendre que ce sont les gynécologues et les médecins généralistes qui prescrivent le moins le DIU/SIU chez la nullipares car c'est ce qu'on

retrouve dans l'étude réalisée sur l'opinion des professionnels sur l'utilisation du dispositif intra utérin chez la nullipare et les sage femmes seraient plus favorables à prescrire un DIU/SIU en première intention (72). Cependant la sage-femme reste encore très peu sollicitée pour la gynécologie (79,81). Alors que depuis 2009 la sage-femme peut réaliser des consultations de contraception et le suivi gynécologique de prévention des femmes quel que soit leur âge mais cette compétence est souvent méconnue.

IV. Connaissances sur la contraception intra utérine

Le score de connaissance moyen obtenu est de 15 sur 20 dans notre étude ce qui correspond à un bon niveau de connaissance, comparé à une étude déjà menée sur le sujet sur la population nullipare (83).

Les étudiantes interrogées savent qu'ils existent différents types de stérilets, elles savent que la durée d'action est supérieure à 1 an, ont de bonnes informations concernant le suivi, les effets indésirables/complications ainsi que sur les modalités pratiques qu'impliquent cette contraception. De plus, elles savent, pour une très grande partie des étudiantes, que cette contraception est remboursée par l'assurance maladie.

Dans notre étude 93% des étudiantes savent que le stérilet peut être posé chez les femmes nullipares. Ce qui est particulièrement élevé car dans d'autres études menées sur la connaissance des femmes en matière de contraception, les chiffres retrouvés étaient bien plus bas : 54 % dans l'enquête FECOND (59) , 46% dans l'étude américaine de Hladky (75). Mais ces études n'ont pas été menées chez des femmes exclusivement nullipares.

En ce qui concerne la pose du DIU/SIU, les étudiantes ne savent pas où se place le DIU/SIU car 56,1% ont répondu « vrai » pour une localisation cervicale. Nous pouvons penser que cela est dû à une mauvaise connaissance des femmes sur leur anatomie génitale. Cette lacune est souvent retrouvée dans les études malgré une information délivrée par l'éducation via les manuels scolaires (84). Mais aussi le fait que les professionnels de santé surestiment les connaissances des femmes en matière d'anatomie.

Par ailleurs, concernant la question sur le moment d'insertion du stérilet durant le cycle, 56 % répondent « vrai » quand on leur demande si elle s'effectue après les règles contre 44% qui répondent « faux ». Nous pensons qu'il y a pu avoir une difficulté dans la formulation de la question pour que les réponses soit partagés comme ceci, ou bien les étudiantes ne savent pas exactement à quelle moment du cycle on peut poser le stérilet. Nous pensons également que le taux de réponse juste pour cette question peut résider dans le fait qu'il y a une grande proportion d'étudiantes qui sont dans la filière santé et qui par conséquent savent à quel moment on peut poser le stérilet mais également celles qui ont recours à celui-ci comme contraception.

Le DIU utilisé en contraception d'urgence est méconnu par 79% des participantes de l'étude, un résultat qui n'est pas surprenant car cette méconnaissance est retrouvée dans d'autres travaux (85). Elle réside dans le fait qu'il n'est pas la méthode la plus proposée par les professionnels en contraception d'urgence contrairement à la pilule de rattrapage. En effet la mise en place du stérilet nécessite la prescription du dispositif, le retrait de celui à la pharmacie, et la programmation d'une consultation gynécologique en urgence (1). Pourtant cette contraception d'urgence est très efficace (moins de 0,2 % de grossesses) et présente l'avantage, une fois mise en place, de fournir une couverture contraceptive efficace pendant plusieurs années et ainsi évite un nouvel échec.

La quasi- totalité des étudiantes interrogées disent connaître le stérilet. Ces résultats correspondent à ceux retrouvés dans d'autres études sur le sujet. Leurs sources d'informations proviennent principalement du milieu scolaire, de l'entourage et des médias. Des sources que l'on retrouve aussi dans l'étude EPICE 2009 et l'étude BVA sur la contraception et les français 2007 (81,85), mais la source majoritaire dans ces études est le médecin gynécologue contrairement à notre étude. Ce résultat pourrait s'expliquer en partie par le fait que l'étude compte beaucoup d'étudiantes issues de la filière santé et donc bénéficient des informations dispensées par leurs études.

Néanmoins on retrouve un score de connaissance légèrement plus élevé du stérilet chez les étudiantes qui ont eu les informations par la sage-femme (15,9 sur 20). Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que les sages-femmes seraient plus favorables à la pose d'un DIU/SIU chez une nullipare donc par conséquent délivreraient une information objective de cette contraception comme l'explique l'étude de Valentine FOORT dans son mémoire. De plus dans la thèse de Gwladys Guilloteau, menée auprès de médecins généralistes et gynécologues, il est mis en évidence le fait que certains professionnels faisaient le choix de ne pas délivrer d'information et de ne pas prescrire le DIU au nullipare (86). On retrouve également une légère différence de score quand c'est la sage-femme qui prescrit la contraception (15,8 sur 20).

Les étudiantes de plus de 25 ans connaissent légèrement mieux le DIU/SIU que les moins de 20 ans. Il peut être supposé que le fait de se rapprocher de l'âge où on l'on rentre dans la vie active et/ou l'on commence à avoir une relation stable avec un

partenaire pourrait expliquer le fait que les étudiantes ayant plus de 25 ans aient des connaissances légèrement plus importantes que les plus jeunes des étudiantes.

La filière de la santé connaît légèrement mieux la contraception intra utérine que les étudiantes des autres filières ce qui était une hypothèse attendue car ce sont des professions qui ont un accès à l'information sur la contraception au cours des études et sont un peu plus « privilégiées » sur la qualité de l'information reçue. Mais néanmoins les scores des autres filières restent bon.

Les étudiantes qui ont bénéficié ou qui bénéficient du DIU/SIU connaissent relativement bien le stérilet (16 sur 20). Et celles qui n'utilisent aucune contraception ont une moins bonne moyenne (14,5 sur 20). Ce qui semble légitime car celles qui portent un DIU/SIU ont déjà eu les informations sur cette contraception au moment du choix de celle-ci. On retrouve évidemment ceci dans l'étude de Hladky, les connaissances étaient meilleures chez les utilisatrices ou anciennes utilisatrices (75). Et au contraire celles qui n'ont pas de contraception ne se sentent peut être pas vraiment concernées par l'information de ce mode de contraception à ce moment précis de leur vie.

Les résultats de l'analyse de correspondance multiple permettent de confirmer que le fait que les participantes âgées de plus de 25 ans qui portent ou portaient une contraception intra utérine, qui ont un suivi gynécologique, qui étudient dans le milieu de la santé et qui ont des informations en grande partie délivrées par le gynécologue et le milieu scolaire ont une globalement une bonne connaissance de la contraception. Ceci souligne le fait que ces variables influencent l'accès et la qualité des connaissances bien que dans notre étude il y ai peu de différence entre les groupes de comparaisons. On rappelle que grâce au « counseling » une bonne information permet une meilleure adhérence à une contraception.

V. Perception de la contraception intra utérine

Dans notre étude, 34,5 % des étudiantes n'étaient pas intéressées par la contraception intra utérine. Ce résultat est proche de celui retrouvé dans les études sur la connaissance et perceptions du DIU en général (74,87).

Par ailleurs, qu'elles soient intéressées ou pas, elles sont 91% à avoir au moins une crainte vis-à-vis du stérilet. Les principales craintes ressenties par les participantes dans notre étude sont la pose, la douleur et le fait d'avoir un corps étranger. Ces trois raisons sont également majoritairement citées dans l'étude de Fleming et Black. Mais nous n'avons pas différencié les dysménorrhées et la douleur de la pose dans notre étude. Ces résultats confirment l'hypothèse que les étudiantes nullipares ont sensiblement les mêmes réticences à choisir le DIU que les femmes en général. La crainte du corps étranger est principalement citée par les étudiantes qui ne sont pas intéressées par cette contraception. Nous pouvons penser que l'idée d'une insertion dans l'utérus semble tabou pour certaines femmes, lié à la notion d'intimité de l'appareil génital car cela a été exprimé par plusieurs étudiantes dans les commentaires « autres ». Et les étudiantes interrogées dans notre étude sont jeunes et pour 39 % d'entre elles n'ont pas de suivi gynécologique pour le moment. Il semblerait qu'à partir de la première grossesse, les femmes ont tendance à être moins gênées dans leur intimité. Cela fait partie des particularités des nullipares.

La peur de l'échec et le déplacement du stérilet représentent également un pourcentage important. Les femmes ayant peur de l'échec ou d'un manque de fiabilité peuvent être rassurées de façon très simple avec l'aide de l'indice de Pearl en consultation et sur le fait qu'il convient d'adapter la taille du DIU/SIU à la taille de l'utérus pour éviter une inadaptation entre ces deux et également les rassurer sur le fait que la perforation reste très rare (2 pour 1000 insertions). Les deux autres principales raisons retrouvées sont : le volume des règles modifié pour toutes les étudiantes et le risque d'avoir une infection qui étaient le plus retrouvés pour celle qui n'était pas intéressées par le DIU/SIU. Des raisons également retrouvées dans la littérature.

Les étudiantes expriment aussi dans l'étude : la crainte d'être stérile, que le dispositif n'est pas adapté quand on n'a pas eu d'enfant ou quand on n'a pas un partenaire stable et que celui-ci est déconseillé par le gynécologue. Ces craintes sont principalement celles exprimées par le corps médical avec la difficulté de pose chez la

nullipare. Cela renvoie au fait que l'opinion de certains professionnels fait partie des freins à l'accès à cette contraception. Alors que les sociétés savantes sont en faveur de ce mode de contraception chez la nullipare le classant en 1^{ère} intention quel que soit la parité (29).

Par ailleurs, dans plusieurs études sur l'opinion des professionnels à poser un DIU chez une nullipare, les professionnels soulignaient également un manque de formation pratique surtout chez les médecins généralistes et les sages-femmes comme un frein à la pose du DIU (72,88). Également dans l'enquête FECOND de 2010, les gynécologues se considéraient mieux formés à la pose du stérilet que les généralistes (98 % de ceux interrogés, considéraient que leur formation les a bien préparés à cet acte contre 29 % des généralistes) (59). Comme dit précédemment, les sages-femmes sont encore peu à pratiquer des consultations de contraceptions et de gynécologies et ceci peut certainement influencer sur l'accès à ce type de contraception (72,89).

Les principales motivations évoquées quand les étudiantes étaient intéressées par la contraception intra utérine sont à très grande proportion (88,3%) la simplicité / fait de ne pas y penser, ensuite la durée d'action, l'efficacité, l'absence d'hormones pour le DIU au cuivre et le peu d'effets secondaires. Ces avantages sont retrouvés dans les différentes études sur le sujet (42,74,87).

En effet depuis la controverse sur les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération, de nombreuses femmes ont souhaité un moyen de contraception différent, et en particulier non hormonal. Également, elles ont la volonté de ne plus être contrainte par le mode d'utilisation de la pilule (6). Mais dans notre étude on constate que les utilisatrices de la pilule ont un avis partagé sur le fait de vouloir se faire poser un DIU/SIU. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la plupart des participantes de l'étude ne souhaitent pas changer de contraception pour le stérilet car elles sont satisfaites de la pilule malgré qu'elles la trouvent trop contraignante et qu'elles recensent de nombreux effets secondaires pour la plupart. On pourrait aussi évoquer le fait que la pilule est encore bien ancrée dans la norme contraceptive étant donné le nombre d'utilisatrice de celle-ci dans notre étude.

Les étudiantes sont également motivées par la pose d'un DIU/SIU par le coût qu'il représente (11% des motivations). Un avantage très important pour cette population, de

part leur faible capacité financière. Dans l'étude réalisée par la Mutuelle des Etudiants (LMDE), 27 % des étudiants déclarent avoir renoncé à une consultation et/ou à des soins ou des traitements pour raisons financières (7). Les DIU/SIU sont délivrés sur prescription médicale en pharmacie ou dans les Centre de Planification et d'Education Familiale. En moyenne et compte tenu de sa durée d'utilisation, le DIU constitue la méthode contraceptive la moins coûteuse à la fois en terme de coût total (dispositif, prescription et suivi) : 21,5 € pour le DIU au cuivre et 40,4 € pour le SIU hormonal contre 42 à 130 € pour une pilule. Egalement, moins couteuse en terme de reste à charge annuel pour les femmes, y compris le SIU hormonal (dont le prix est de 125€ contre 30,50€ pour le DIU au cuivre). Les restes à charge annuels moyens des DIU au cuivre sont très faibles et varient peu quel que soit le professionnel assurant le suivi (de 7 à 10€ pour le DIU au cuivre et de 15 à 18€ pour le SIU contre 22 à 37 € pour les pilules 2 et 3 générations) (73). Ceci représente un argument de taille en faveur de cette contraception et doit d'avantage être mise en avant de par les professionnels de santé afin d'éviter des grossesses non désirées par absence de contraception ou des méthodes peu fiables en raison de leur difficulté financière.

Par ailleurs, dans notre étude les étudiantes sont plus intéressées par le stérilet quand les informations viennent d'un professionnel de santé ou les médias. Nous avons pu constater dans différentes études que le fait d'avoir une information positive sur la CIU permet de plus intéresser les femmes à ce mode de contraception (66,74,87) notion également retrouvée dans notre étude. Ce qui nous fait mettre en lumière le fait qu'une information claire, objective et systématique, semble nécessaire pour minimiser l'appréhension vis-à-vis de la contraception intra utérine notamment sur la pose, le retrait, les effets indésirables potentiels. Car cette contraception présente tous les avantages à faire diminuer les échecs de contraception et par conséquent le nombre de grossesse non désirée. En outre, cette information permet aux femmes de disposer de connaissances sur son fonctionnement et ceci même si cette méthode ne correspond pas à leur situation et souhait actuel.

VI. Projet d'action

A l'issu de notre étude nous avons pu constater qu'il y avait une bonne connaissance de la part des participantes mais certaines idées sont encore à clarifier.

Il est important que la femme ou le couple ensemble puisse choisir leur contraception en toute autonomie avec les conseils éclairés du professionnel de santé. Un rappel de la pratique du « counseling » en consultation de contraception via la méthode BERGER référencer par l'OMS, associé à des modèles de contraception et à des schémas explicatifs peuvent influencer de façon positive l'acquisition des connaissances par les femmes. Proposer une plaquette d'information sur la contraception intra utérine pour les consultations de contraception et de suivi gynécologique serait utile (Cabinets libéraux, Service de Santé Universitaire, CPEF). Il permettrait ainsi d'avoir un rappel écrit de tout ce qui a été dit oralement durant la consultation. Ce support comprendrait les informations utiles concernant l'utilisation de la contraception et notamment les représentations de celle-ci.

Mais aussi il est judicieux de renforcer la formation initiale et continue des sages-femmes, médecins généralistes et gynécologue sur la pose des DIU/SIU pour diminuer ce frein afin que toutes les femmes puissent accéder à ce mode de contraception.

Proposer aux étudiantes de réaliser leur suivi gynécologique ou leur consultation de contraception gratuitement au sein des services de santé universitaire (SSU) ou des CPEF avec une sage-femme qui assure ce suivi une fois par semaine.

Un mail a été diffusé par l'intermédiaire de l'Espace numérique de travail à l'ensemble de la population de l'étude afin d'apporter les réponses au questionnaire permettant ainsi une première diffusion de l'information.

Par la suite, il pourrait être intéressant d'étendre l'étude à la population générale de femme nullipare (niveau d'étude différent, catégorie socio professionnelle différente, ethnique..)

Réaliser le même type d'étude quelque temps après la diffusion de l'information semble être également un projet intéressant car il permettrait d'évaluer l'impact de ces actions sur la connaissance et sur la perception de cette contraception. Et aussi de constater si cela les a influencées sur leur choix contraceptif.

CONCLUSION

L'objectif de cette étude était d'évaluer la connaissance des étudiantes nullipares sur la contraception intra utérine. A l'issue de notre étude, nous nous rendons compte qu'il y a une bonne connaissance sur ce moyen de contraception de façon générale et qu'il semble montrer de l'intérêt auprès des participantes mais que certains points étaient encore peu ou mal connus. En effet le dispositif intra utérin au cuivre utilisé en contraception d'urgence, la localisation du dispositif ou en encore le mécanisme d'action restent encore relativement mal connu de notre population. Mais les étudiantes ont des connaissances satisfaisantes en ce qui concerne les indications de la contraception intra utérine, les différents types, l'efficacité, la durée d'action, les effets indésirables et les modalités pratiques.

Néanmoins, l'image de cette contraception reste encore stigmatisée par de nombreuses représentations (stérilité, non adapté pour les femmes nullipares, GEU, infections...) qui empêchent de mettre en avant les nombreux avantages de cette contraception pour la population nullipare : la facilité d'observance, l'efficacité, la longue durée d'action et le coût.

Plusieurs participantes de notre étude ont exprimé qu'elles s'étaient vues refuser la pose d'un stérilet par un professionnel de santé pour seul motif de nulliparité, ce qui va à l'encontre des recommandations de 2004 de la HAS. Il est important de lever ce frein pour que plus de femmes puissent accéder à ce mode de contraception. Le rôle des professionnels de la contraception est donc primordial dans la délivrance d'une information complète et adaptée à chaque femme, ce qui est le gage d'une meilleure réussite contraceptive. Et pour cela il est important de renouveler régulièrement nos connaissances et de remettre en question nos pratiques car depuis le débat médiatique des pilules, les femmes sont de plus en plus demandeuses de cette contraception notamment la population nullipare. Il est donc important de pouvoir répondre au mieux à leurs attentes afin de diminuer les échecs de contraception, et la survenue de grossesses non désirées.

REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

1. Aubin C, Jourdain Menninger D, Chambaud L. La prévention des grossesses non désirées: contraception et contraception d'urgence. Insp Générale Aff Soc [Internet]. 2009 [cité 28 mars 2017]; Disponible sur: http://crdp-pupitre.ac-clermont.fr/upload/_20_56_2010-12-22_09-16-46_.pdf
2. Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans. *Popul Soc.* 2004;(407):1-4.
3. Haute autorité de santé. Efficacité des méthodes contraceptives [Internet]. 2014 [cité 5 nov 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1757924/fr/efficacite-des-methodes-contraceptives
4. Winner B, Peipert JF, Zhao Q, Buckel C, Madden T, Allsworth JE, et al. Effectiveness of Long-Acting Reversible Contraception. *N Engl J Med.* 2012;366(21):1998-2007.
5. Shoupe D. LARC methods: entering a new age of contraception and reproductive health. *Contracept Reprod Med.* 2016;1:1-9.
6. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif? *Popul Soc.* Mai 2014;(511):1-4.
7. Chiltz C, Santos S, Payet M. La santé des étudiants en France 4ème enquête nationale. La mutuelle des étudiants; 2014 p. 163. Report No.: 4.
8. Ministère de l'éducation nationale. Repères et références statistiques sur les enseignements, la formation et la recherche - 2017. 2017 p. 385. (Repères et références statistiques). Report No.: 34.
9. Laboratoire CDD. NT 380® Standard et NT 380® Short [Internet]. Evidal. 2017 [cité 27 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.evidal.fr/sicd.clermont-universite.fr/excalibur-service/document/5652506#page=1&zoom=100>
10. Laboratoire HEPATOUM. 7MED 380TSTA (standard) 7LED 380T SHA (short) : notice pour professionnel de santé [Internet]. 2015 [cité 29 juill 2017]. Disponible sur: <http://www.7med-diu.fr/wp-content/uploads/2015/08/7MED-380-TSTA-TSHA-medecin.pdf>
11. Gronier H, Letombe B, Collier F, Dewailly D, Robin G. Mise au point sur la contraception intra-utérine en 15 questions-réponses. *Gynecol Obstet Fertil.* 2012;40(1):37-42.
12. ESHRE Capri Workshop Group. Intrauterine devices and intrauterine systems. *Hum Reprod Update.* 2008;14(3):197-208.
13. Faculty of sexual & reproductive healthcare (FSRH). Intrauterine Contraception : clinical effectiveness unit [Internet]. 2015 [cité 29 juill 2017]. Disponible sur: <http://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/ceuguidanceintrauterinecontraception/>
14. ANSM. Miréna 52 mg : Résumé des caractéristiques du produit [Internet]. 2012 [cité 27 avr 2017]. Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0206241.htm>
15. ANSM. Jaydess 13,5 mg : Résumé des Caractéristiques du Produit [Internet]. 2013 [cité 15 avr 2017]. Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0224926.htm>

16. Contraception : KYLEENA 19,5 mg, nouveau système intra-utérin de lévonorgestrel [Internet]. VIDAL. [cité 21 avr 2018]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/actualites/22673/contraception_kyleena_19_5_mg_nouveau_systeme_intra_uterin_de_levonorgestrel/
17. Apter D, Gemzell-Danielsson K, Hauck B, Rosen K, Zurth C. Pharmacokinetics of two low-dose levonorgestrel-releasing intrauterine systems and effects on ovulation rate and cervical function: pooled analyses of phase II and III studies. *Fertil Steril*. 2014;101(6):1656-62-4.
18. Boudineau M, Multon O, Lopes P. Contraception par dispositif intra-utérin. *Encycl Med Chir, Gynécologie*, 730-A-09, 2001.
19. Serfaty D. *La Contraception*. 5ème. Paris: ESKA; 2016.
20. Haute autorité de santé. *Methodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles* [Internet]. 2017 [cité 5 nov 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf
21. Zhou L, Xiao B. Emergency contraception with Multiload Cu-375 SL IUD: a multicenter clinical trial. *Contraception*. 2001;64(2):107-12.
22. Haute autorité de santé. *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme* [Internet]. 2004 [cité 18 nov 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272385/fr/strategies-de-choix-des-methodes-contraceptives-chez-la-femme
23. Organisation mondiale de la Santé. *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives, cinquième édition 2015: résumé d'orientation* [Internet]. 2015 [cité 15 avr 2017]. Disponible sur: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/204135>
24. Thonneau PF, Almont TE. Contraceptive efficacy of intrauterine devices. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;198(3):248-53.
25. Hillard PJA. Practical Tips for Intrauterine Devices Use in Adolescents. *J Adolesc Health*. 2013;52(4):S40-6.
26. Barnhart KT, Schreiber CA. Return to fertility following discontinuation of oral contraceptives. *Fertil Steril*. 2009;91(3):659-63.
27. Stoddard AM, Xu H, Madden T, Allsworth JE, Peipert JF. Fertility after intrauterine device removal : a pilot study. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2015;20(3):223-30.
28. Hov GG, Skjeldestad FE, Hilstad T. Use of IUD and subsequent fertility-follow-up after participation in a randomized clinical trial. *Contraception*. 2007;75(2):88-92.
29. Anaes, Afassaps, INPES. *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme : recommandations pour la pratique clinique* [Internet]. 2004 [cité 5 nov 2016]. Disponible sur: http://www.choisirsacontraception.fr/pdf/contraception_recommandations_has.pdf
30. Homan GF, Davies M, Norman R. The impact of lifestyle factors on reproductive performance in the general population and those undergoing infertility treatment: a review. *Hum Reprod Update*. 2007;13(3):209-23.

31. Article L5134-1. Code de la santé publique (2016).
32. Article R4127-318. Code de la santé publique (2016).
33. Haute autorité de santé. Contraception : prescriptions et conseils aux femmes [Internet]. 2015 [cité 5 nov 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1752432/fr/contraception-prescriptions-et-conseils-aux-femmes
34. Hubacher D, Reyes V, Lillo S, Zepeda A, Chen P-L, Croxatto H. Pain from copper intrauterine device insertion: Randomized trial of prophylactic ibuprofen. *Am J Obstet Gynecol*. 1 nov 2006;195(5):1272-7.
35. Bednarek PH, Creinin MD, Reeves MF, Cwiak C, Espey E, Jensen JT, et al. Prophylactic ibuprofen does not improve pain with IUD insertion: a randomized trial. *Contraception*. 2015;91(3):193-7.
36. Van der Heijden P, Geomini P, Herman MC, Veersema S, Bongers MY. Timing of insertion of levonorgestrel-releasing intrauterine system: a randomised controlled trial. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2017;124(2):299-305.
37. Hall AM, Kutler BA. Intrauterine contraception in nulliparous women: a prospective survey. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2016;42(1):36-42.
38. Zapata LB, Jatlaoui TC, Marchbanks PA, Curtis KM. Medications to ease intrauterine device insertion: a systematic review. *Contraception*. 2016;94(6):739-59.
39. Lathrop E, Haddad L, McWhorter CP, Goedken P. Self-administration of misoprostol prior to intrauterine device insertion among nulliparous women: a randomized controlled trial. *Contraception*. déc 2013;88(6):725-9.
40. Gemzell-Danielsson K, Mansour D, Fiala C, Kaunitz AM, Bahamondes L. Management of pain associated with the insertion of intrauterine contraceptives. *Hum Reprod Update*. 2013;19(4):419-27.
41. Teal SB, Romer SE, Goldthwaite LM, Peters MG, Kaplan DW, Sheeder J. Insertion characteristics of intrauterine devices in adolescents and young women: success, ancillary measures, and complications. *Am J Obstet Gynecol*. 2015;213(4):515.e1-515.e5.
42. Guicheteau C, Boyer L, Somé DA, Levêque J, Poulain P, Denier M, et al. Tolérance du dispositif intra-utérin au cuivre chez les patientes nullipares : étude prospective unicentrique. *Gynecol Obstet Fertil*. 2015;43(2):144-50.
43. Bednarek PH, Jensen JT. Safety, efficacy and patient acceptability of the contraceptive and non-contraceptive uses of the LNG-IUS. *Int J Womens Health*. 2010;1:45-58.
44. Dubuisson JB, Mugnier E. Acceptability of the levonorgestrel-releasing intrauterine system after discontinuation of previous contraception: results of a French clinical study in women aged 35 to 45 years. *Contraception*. 2002;66(2):121-8.
45. Bahamondes L, Petta CA, Fernandes A, Monteiro I. Use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in women with endometriosis, chronic pelvic pain and dysmenorrhea. *Contraception*. 2007;75(6):S134-9.

46. Farmer M, Webb A. Intrauterine device insertion-related complications: can they be predicted? *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2003;29(4):227-31.
47. Lohr PA, Lyus R, Prager S. Use of intrauterine devices in nulliparous women. *Contraception*. 2017;95(6):529-37.
48. Steen R, Shapiro K. Intrauterine contraceptive devices and risk of pelvic inflammatory disease: standard of care in high STI prevalence settings. *Reprod Health Matters*. 2004;12(23):136-43.
49. Grimes DA. Intrauterine device and upper-genital-tract infection. *The Lancet*. 2000;356(9234):1013-9.
50. Meirik O. Intrauterine devices — upper and lower genital tract infections. *Contraception*. 2007;75(6, Supplement):S41-7.
51. Mohllajee AP, Curtis KM, Peterson HB. Does insertion and use of an intrauterine device increase the risk of pelvic inflammatory disease among women with sexually transmitted infection? A systematic review. *Contraception*. févr 2006;73(2):145-53.
52. Backman T, Rauramo I, Huhtala S, Koskenvuo M. Pregnancy during the use of levonorgestrel intrauterine system. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;190(1):50-4.
53. Ganer H, Levy A, Ohel I, Sheiner E. Pregnancy outcome in women with an intrauterine contraceptive device. *Am J Obstet Gynecol*. 2009;201(4):381.e1-5.
54. Haute autorité de santé. Contraception chez l'homme et chez la femme : rapport d'élaboration [Internet]. 2017 [cité 29 juill 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/contraception_fiches_memo_rapport_delaboration.pdf
55. Yoost J. Understanding benefits and addressing misperceptions and barriers to intrauterine device access among populations in the United States. *Patient Prefer Adherence*. 2014;8:947-57.
56. Bouyer J, Coste J, Shojaei T, Pouly J-L, Fernandez H, Gerbaud L, et al. Risk factors for ectopic pregnancy: a comprehensive analysis based on a large case-control, population-based study in France. *Am J Epidemiol*. 2003;157(3):185-94.
57. Heinemann K, Reed S, Moehner S, Minh TD. Comparative contraceptive effectiveness of levonorgestrel-releasing and copper intrauterine devices: the European Active Surveillance Study for Intrauterine Devices. *Contraception* [Internet]. 2015; Disponible sur: [http://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(15\)00012-8/fulltext](http://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(15)00012-8/fulltext)
58. Heinemann K, Reed S, Moehner S, Minh TD. Risk of uterine perforation with levonorgestrel-releasing and copper intrauterine devices in the European Active Surveillance Study on Intrauterine Devices. *Contraception*. 2015;91(4):274-9.
59. Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? *Popul Soc*. 2012;(492):1-4.
60. Bajos N, Oustry P, Leridon H, Bouyer J, Job-Spira N, Hassoun D. Les inégalités sociales d'accès à la contraception en France. *Population*. 2004;59(3):479-502.

61. INPES. Contraception : que savent les Français ? [Internet]. 2007 [cité 5 nov 2016]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/cp/07/cp070605.asp>
62. Pison G. France 2009: l'âge moyen à la maternité atteint 30 ans. *Popul Soc.* 2010;(465):1-4.
63. Beck F, Richard J-B. Les comportements de santé des jeunes analyses du baromètre santé 2010. Saint-Denis (France): INPES éditions; 2013.
64. Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2015. *Etudes Résultats.* 2016;(968):1-6.
65. Mazuy M, Toulemon L, Baril É. Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours. *Population.* 2014;69(3):365.
66. Secura GM, Allsworth JE, Madden T, Mullersman JL, Peipert JF. The Contraceptive CHOICE Project: Reducing Barriers to Long-Acting Reversible Contraception. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;203(2):115.e1-7.
67. Rahib D, Le Guen M, Lydie N. Baromètre santé 2016 Contraception : quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent [Internet]. *Santé publique France*; 2016 [cité 25 sept 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildocFB.asp?numfiche=1806>
68. Wiebe ER, Trouton KJ, Dicus J. Motivation and experience of nulliparous women using intrauterine contraceptive devices. *J Obstet Gynaecol Can.* 2010;32(4):335-8.
69. Black K, Lotke P, Buhling KJ, Zite NB. A review of barriers and myths preventing the more widespread use of intrauterine contraception in nulliparous women. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2012;17(5):340-8.
70. Buhling KJ, Hauck B, Dermout S, Ardaens K, Marions L. Understanding the barriers and myths limiting the use of intrauterine contraception in nulliparous women: results of a survey of European/Canadian healthcare providers. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2014;183:146-54.
71. Stubbs E, Schamp A. The evidence is in. Why are IUDs still out? *Can Fam Physician.* 2008;54(4):560-6.
72. Foort V. Le dispositif intra-utérin chez la nullipare : qu'en pensent les professionnels ?. *Vocation Sage Femme.* 2013;12(105):36-9.
73. Haute autorité de santé. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [Internet]. 2013 [cité 5 nov 2016]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf
74. Whitaker AK, Johnson LM, Harwood B, Chiappetta L, Creinin MD, Gold MA. Adolescent and young adult women's knowledge of and attitudes toward the intrauterine device. *Contraception.* sept 2008;78(3):211-7.
75. Hladky KJ, Allsworth JE, Madden T, Secura GM, Peipert JF. Women's knowledge about intrauterine contraception. *Obstet Gynecol.* 2011;117(1):48-54.

76. Denant D. Freins et réticences à l'utilisation du dispositif intra utérin chez les nullipares en médecine générale [Thèse en médecine]. UFR MEDICALE PARIS-ILE-DE-FRANCE-OUEST; 2012.
77. Belghith F, Ferry O, Tenret E. Enquête nationale : conditions de vie des étudiant-e-s 2016. Données sociodémographiques et académiques. 2017. (Conditions de vie des étudiants en France).
78. Chauvet C. La contraception et le suivi gynécologique des étudiantes de l'Université de Nantes [Mémoire Sage Femme]. Université de Nantes; 2016.
79. David M. Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique. Synthèse des résultats. Sondage réalisé pour la Fédération Nationale des collèges de gynécologie; 2008.
80. Gautier A, Kersaudy-Rahib D, Lydié N. Pratiques contraceptives des jeunes femmes de moins de 30 ans. Entre avancées et inégalités. *Agora Débatsjeunesses*. 2013;63(1):88-101.
81. Chraïbi T. Enquête sur la prévention des infections sexuellement transmissibles et la contraception chez les étudiants. Université de Paris; 2009 p. 45. (Enquête EPICE). Report No.: 3.
82. Haute Autorité de Santé - Vers une contraception mieux adaptée au profil de chacun [Internet]. [cité 5 nov 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1545515/fr/vers-une-contraception-mieux-adaptee-au-profil-de-chacun
83. Marine D. Connaissances des nullipares à propos du DIU au cuivre [Mémoire Sage Femme]. Limoges; 2016.
84. Jugon Formentin L. Anatomie du sexe féminin : évaluation du niveau de connaissance des femmes majeurs consultant en médecine générale en Rhones-Alpes [Thèse en médecine]. [Lyon]: Université Claude Bernard; 2015.
85. INPES. Français et contraception. 2007. (Enquête BVA). Report No.: 1.
86. Guilloteau G, Guyomar M. Que pensent les gynécologues et les médecins généralistes posant des dispositifs intra utérins en Sarthe et Maine et Loire, de ce mode de contraception chez la nullipare ? [Thèse en médecine]. Université d'Angers; 2012.
87. Fleming KL, Sokoloff A, Raine TR. Attitudes and beliefs about the intrauterine device among teenagers and young women. *Contraception*. 2010;82(2):178-82.
88. Genty C. Le dispositif intra utérin chez le nullipares: pourquoi est il si peu utilisé en France ? [Mémoire Sage Femme]. Nîmes; 2015.
89. Giraud E. État des lieux de la pratique du suivi gynécologique de prévention et des consultations de contraception : étude menée en 2014 auprès des sages-femmes d'Auvergne [Mémoire Sage Femme]. [Clermont Ferrand]: Université d'Auvergne-Clermont 1; 2015.

ANNEXES

ANNEXE I

Effets indésirables du Mirena ® - Résumé caractéristique du produit

Le tableau ci-dessous décrit les effets indésirables classés selon la classification système-organe MedDRA version 9.1. Les fréquences sont basées sur les résultats des essais cliniques. Le terme MedDRA le plus approprié est utilisé afin de décrire un certain type de réaction ainsi que ses synonymes et pathologies liées.

Classification Système-Organe	Fréquent ≥1% à <10 %	Peu fréquent ≥ 0,1% à < 1%	Rare ≥ 0,01% à < 0,1%
Affections psychiatriques	Dépression. Nervosité. Baisse de la libido. Céphalées.	Modification de l'humeur.	
Affections du système nerveux		Migraine.	
Affections gastro-intestinales	Douleurs abdominales. Nausées.	Ballonnement abdominal.	
Affections de la peau et du tissu sous-cutané	Acné.	Alopécie. Hirsutisme. Prurit Eczéma.	Rash. Urticaire.
Affections musculo-squelettiques et systémiques	Douleurs dorsales.		
Affections des organes de reproduction et de sein	Douleurs pelviennes. Dysménorrhée. Leucorrhée. Vulv-vaginite. Tension mammaire. Douleur mammaire. Expulsion du DIU.	Infection pelvienne. Endométriose. Cervicite/ modification bénigne du frottis	Perforation utérine.
Troubles généraux et anomalies au site d'administration		Œdème.	
Investigations	Prise de poids.		

ANNEXE II

Effets indésirables du Jaydess® - Résumé caractéristique du produit

Les fréquences sont définies comme suit :

très fréquent ($\geq 1/10$),

fréquent ($\geq 1/100$, $< 1/10$),

peu fréquent ($\geq 1/1\ 000$; $< 1/100$),

rare ($\geq 1/10\ 000$, $< 1/1\ 000$),

très rare ($< 1/10\ 000$).

Classe de systèmes d'organes	Très fréquent	Fréquent	Peu fréquent	Rare
Affections psychiatriques		Humeur dépressive/ Dépression		
Affections du système nerveux	Céphalée	Migraine		
Affections gastro-intestinales	Douleur abdominale/ pelvienne	Nausées		
Affections de la peau et du tissu sous-cutané	Acné/séborrhée	Alopécie	Hirsutisme	
Affections des organes de reproduction et du sein	Modifications des règles y compris augmentation et réduction des saignements menstruels, spottings, oligoménorrhée et aménorrhée Kyste ovarien* Vulvo-vaginite	Infection de l'appareil génital haut Dysménorrhée Douleur/gêne mammaire Expulsion du dispositif (complète ou partielle) Pertes génitales		Perforation utérine

ANNEXE III

Mail envoyé aux étudiantes pour participer à l'étude et répondre au questionnaire

Bonjour, je m'appelle Mathilde SIVET je suis étudiante sage- femme en 5ème année d'étude à l'école de Sage -Femme de Clermont Ferrand.

Dans le cadre de mon travail de recherche de fin d'étude je réalise une enquête sur la connaissance des **étudiantes** de l'Université concernant la contraception intra utérine appelée aussi « stérilet ».

Ainsi je vous sollicite pour répondre à mon questionnaire, ce qui vous prendra 5 minutes.

Les questionnaires seront traités anonymement. Vous êtes libres d'accepter de participer ou non ainsi que d'y mettre fin à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité, ni aucun préjudice de ce fait.

Je vous remercie par avance de votre participation.

Veillez cliquer sur le lien pour accéder au questionnaire : <https://redcap.chu-clermontferrand.fr/surveys/?s=LX3ENCYLE7>

S'il ne marche pas veuillez copier-coller le lien dans votre barre de recherche internet

Pour toutes questions concernant le questionnaire vous pouvez me contacter à cette adresse mail : XXXXX@XXXX.XX

Merci par avance.

Cordialement

ANNEXE IV

Auto questionnaire

Confidential

Page 1 of 7

La connaissance de la contraception intra utérine chez les étudiantes

A propos de vous

- 1 Votre age _____
- 2 Votre situation personnelle
- Célibataire
 - En couple
 - Mariée/ Pacsée
- 3 Avez- vous des enfants ?
- Oui Non
- 4 Votre filière de formation
- UFR Lettres, Culture, Sciences Humaines
 - UFR Langues, Cultures et Communication
 - UFR Psychologie, Sciences Sociales, Sciences de l'Éducation
 - UFR Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives
 - Ecole Supérieure du Professorat et de l'Éducation
 - Institut d'Informatique
 - Polytech Clermont-Ferrand
 - IUT d'Allier
 - IUT de Clermont-Ferrand
 - Ecole Universitaire de Physique et d'Ingénierie
 - École d'Économie
 - École Universitaire de Management - IAE Auvergne
 - École de Droit
 - UFR Biologie
 - UFR de Médecine / Ecole de sage-femme / Professions Paramédicales
 - UFR d'Odontologie
 - UFR de Pharmacie
 - UFR de Chimie
 - UFR Mathématiques
 - École Universitaire de Physique et d'Ingénierie
 - Observatoire de Physique du Globe de Clermont-Ferrand
 - Autres
- Si autres précisez _____
- 5 Avez-vous un suivi gynécologique ?
- Oui une fois par an ou plus
 - Oui moins d'une fois par an
 - Non
- 6 Si oui, par qui ?
- Médecin généraliste
 - Sage femme
 - Gynécologue
 - Planning familial
 - Service de santé universitaire
 - Autres
- (Plusieurs réponses possibles)

Si autres précisez _____

- 7 Quelle(s) contraception(s) avez vous déjà utilisée(s) ?
- Pilule
 - Implant
 - Dispositif intra utérin / Système intra utérin ou stérilet
 - Patch
 - Anneaux vaginal
 - Diaphragme, cape cervicale
 - Préservatifs masculins
 - Préservatifs féminins
 - Méthodes naturelles
 - Aucune
- (Plusieurs réponses possibles)
- 8 Quel type de contraception avez-vous actuellement ?
- Pilule
 - Implant
 - Dispositif intra utérin/ Système intra utérin/ Stérilet
 - Patch
 - Anneau vaginal
 - Diaphragme, cape cervicale
 - Préservatifs masculins
 - Préservatifs féminins
 - Méthodes naturelles
 - Aucune
- (Plusieurs réponses possibles)
- 9 Depuis combien de temps portez vous votre dispositif intra utérin/ système intra utérin (stérilet) ?
- Inférieur à 6 mois
 - Entre 6 mois et 1 an
 - Supérieur à 1 an
- 10 Pour vous personnellement pourriez vous dire que la pose s'est :
- Très mal déroulée
 - Pas bien déroulée
 - Moyennement bien déroulée
 - Bien déroulée
 - Très bien déroulée
- 11 Qui vous a prescrit votre contraception actuelle ?
- Médecin généraliste
 - Sage femme
 - Gynécologue
- 12 Avez vous pu choisir vous- même votre contraception actuelle ?
- Oui
 - Non
 - Ne sais pas
- 13 Est- ce - que votre contraception actuelle vous convient-elle ?
- Oui tout à fait
 - Pas tout à fait
 - Pas du tout
- 14 Quelle difficulté majeure rencontrez-vous avec votre contraception actuelle ?
- Oublis fréquents
 - Gêne à l'utilisation
 - Douleurs
 - Trop contraignante
 - Saignements entre les règles
 - Coût élevé
 - Autre
- (Une réponse possible)
- Si autres précisez _____
- 15 Connaissez-vous le dispositif intra utérin ou "stérilet" ?
- Plutôt bien
 - Je le connais vaguement
 - Je n'en ai jamais entendu parlé

16 Comment le connaissez vous?

- Par une amie
 - Par la famille
 - Par le milieu scolaire
 - Par une revue
 - Par un livre spécialisé sur le sujet
 - Par Internet
 - Par le médecin généraliste
 - Par le gynécologue
 - Par la Sage-femme
 - Par le pharmacien
 - Par le Planning familial
 - Par le Service de santé universitaire
 - Autres
- (Plusieurs réponses possibles)

Si autres précisez

Petit QUIZZ à propos de la contraception intra utérine autrement dit "stérilet"

- 1 Le dispositif intra utérin (stérilet) n'existe qu'à base de cuivre
 Vrai Faux
- 2 La durée d'action est de 1 an
 Vrai Faux
- 3 On rapporte plus de grossesses sous dispositif intra utérin (stérilet) que sous pilule
 Vrai Faux
- 4 La pose peut se réaliser par une sage-femme
 Vrai Faux
- 5 La pose s'effectue après les règles
 Vrai Faux
- 6 La pose s'effectue sous anesthésie locale
 Vrai Faux
- 7 Le dispositif intra utérin (stérilet) se met dans le col de l'utérus
 Vrai Faux
- 8 Le dispositif intra utérin (stérilet) peut se poser chez une femme qui n'a pas eu d'enfant
 Vrai Faux
- 9 Le dispositif intra utérin (stérilet) peut être utilisé comme contraception d'urgence
 Vrai Faux
- 10 Le dispositif intra utérin (stérilet) peut se retirer à tout moment
 Vrai Faux
- 11 Le suivi du dispositif intra utérin (stérilet) se fait tous les ans
 Vrai Faux
- 12 Les règles peuvent être modifiées (plus longues, plus abondantes, plus courtes, moins abondantes, absentes) avec le dispositif intra utérin (stérilet)
 Vrai Faux
- 13 Le dispositif intra utérin (stérilet) augmente le risque d'infections génitales
 Vrai Faux
- 14 Le dispositif intra utérin (stérilet) a une action de blocage de l'ovulation
 Vrai Faux
- 15 Le dispositif intra utérin (stérilet) entraîne des "mini avortements" chaque mois
 Vrai Faux

- 16 Il faut avoir une relation stable avec un partenaire pour bénéficier du dispositif intra utérin (stérilet)
- Vrai Faux
- 17 Je peux mettre des tampons avec un dispositif intra utérin (stérilet)
- Vrai Faux
- 18 Lors des rapports sexuels mon partenaire va être gêné par le dispositif intra utérin (stérilet)
- Vrai Faux
- 19 L'utilisation du dispositif intra utérin (stérilet) augmente le risque d'être stérile
- Vrai Faux
- 20 Le dispositif intra utérin (stérilet) n'est pas remboursé par sécurité sociale
- Vrai Faux

Votre avis sur la contraception intra utérine autrement dit "stérilet"

- 17 Seriez-vous intéressée pour vous faire poser un dispositif intra utérin / "stérilet" ?
- Absolument
 Peut être
 Pas du tout
- 18 Quelles sont vos craintes vis à vis de cette contraception ?
- Le fait d'avoir un corps étranger dans mon corps
 La pose
 Le déplacement du stérilet
 Attraper une infection
 Devenir stérile
 La douleur ou la gêne occasionnée par le stérilet
 Le volume de mes règles soit modifié
 La peur que mon partenaire sente les fils ou le stérilet lors des rapports sexuels
 Absence des règles avec le système intra utérin aux hormones
 D'avoir une grossesse extra utérine
 D'être enceinte
 Je ne sais pas
 Autres
(Plusieurs réponses possibles)
- Si autres précisez _____
- 19 Si vous êtes intéressée par cette contraception quelles sont vos motivations à la choisir ?
- L'efficacité
 La durée d'action
 Pas besoin d'y penser, pas peur de l'oublier
 L'absence d'hormones
 Le peu d'effets secondaires
 Le coût
 La contre indication à une contraception hormonale
 L'absence des règles pour le système intra utérin aux progestatifs
 Autres
(Plusieurs réponses possibles)
- Si autres précisez _____

Section libre

20 Commentaires

Résumé

Introduction : La contraception intra utérine est une contraception très efficace qui peut être proposée depuis 2004 à la population nullipare. Cependant elle est très peu utilisée par cette population. Cette étude s'est donc intéressée à la connaissance d'étudiantes nullipares à propos de cette contraception mais également à sa perception.

Matériel et méthode : C'est une étude observationnelle descriptive de type transversale réalisée grâce à la diffusion d'auto questionnaire auprès des étudiantes de l'Université Clermont Auvergne par l'intermédiaire de l'Espace Numérique de Travail.

Résultats : Les résultats ont montrés que les connaissances des étudiants étaient globalement bonnes car la moyenne au score était de 15 sur 20. En revanche, l'utilisation du DIU en contraception d'urgence, la localisation de pose du DIU/SIU ainsi que le mécanisme d'action reste mal connus. De plus, les scores de connaissances sont légèrement plus élevés chez les étudiantes les plus âgées, celles de la filière santé, les étudiantes qui ont un suivi gynécologique régulier, celles qui utilise ou ont déjà utilisé la contraception intra utérine ainsi que celles ayant eu des informations par un professionnel de santé. Les principales réticences évoquées sont la peur d'avoir un corps étranger dans son corps, la douleur et la peur de la pose. Les principaux avantages retrouvés sont la simplicité, ensuite la durée d'action et l'efficacité.

Discussion : L'image de cette contraception reste encore stigmatisée par les nombreuses représentations. L'amélioration des connaissances nécessite une information complète et adaptée, délivrée lors de consultations dédiées à la contraception par des professionnels de santé qualifiés pour que la femme puisse avoir une contraception adaptée à ses besoins et ainsi permettre d'éviter des échecs de contraception.

Mots clés : Contraception, DIU, nullipare, connaissances

Abstract

Background: The intra uterine contraceptive device (IUD) is a highly effective contraception which has been offered since 2004 to the nullipara population. However, it has not yet gained popularity as a form of contraception. Thus, this study was interested in the level of understanding amongst the nullipara students about intra uterine contraceptive devices, as well as their general opinion of them.

Study design: This is an observational descriptive and cross-sectional study realized thanks to the distribution of surveys to the students of the Clermont Auvergne University through the digital working space.

Results: The results showed that the knowledge was generally good, with the average grade being 15 out of 20. On the other hand, the use of IUD's as an emergency contraceptive, the localization of the IUD insertion, as well as how the device functions remain poorly known. Furthermore, the level of understanding is slightly higher for older students, those in Health Department, students who have regular gynecological care, those who are using or have already used the intra uterine contraceptive device as well as those who have had information provided by a healthcare professional. The primary concerns amongst women are the fear of having a foreign object in their body, pain, and fear of the insertion. The main advantages are simplicity, duration and efficiency

Discussion: The image of this contraception remains stigmatized due to many representations. The improved education of IUD's requires accurate information delivered during contraceptive consultations by qualified healthcare professionals so that women can have a contraceptive adapted to their needs that will allow for successful contraception.

Keywords: contraception, IUD, nullipara, knowledge