



HAL
open science

Enquête déclarative par auto-questionnaire sur l'intérêt des nullipares pour la contraception intra-utérine avant et après informations

Cornélia Brena

► **To cite this version:**

Cornélia Brena. Enquête déclarative par auto-questionnaire sur l'intérêt des nullipares pour la contraception intra-utérine avant et après informations. Gynécologie et obstétrique. 2022. dumas-03941778

HAL Id: dumas-03941778

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03941778v1>

Submitted on 16 Jan 2023

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

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

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES
U.F.R DE MÉDECINE DE GRENOBLE
DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE



Enquête déclarative par auto-questionnaire sur l'intérêt des nullipares
pour la contraception intra-utérine avant et après informations

Declarative self-questionnaire survey of nulliparous women's interest in
intrauterine contraception before and after informations

Cornélia BRENA

[Données à caractère personnel]

Mémoire soutenu le 17/06/2022

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-femme

Année 2022

RÉSUMÉ

Objectifs : L'objectif principal de cette étude était de déterminer si l'apport d'informations pouvait avoir un impact sur l'intérêt des femmes nullipares pour le stérilet. De plus, nous avons voulu montrer qu'il existe un manque de connaissances sur cette méthode et identifier les freins et les motivations à l'utilisation du stérilet.

Méthodes : Nous avons réalisé une étude déclarative par auto-questionnaire auprès de 45 patientes nullipares venant consulter une sage-femme libérale du 1^{er} Juillet 2021 au 30 Novembre 2021. Lors de chaque consultation, nous avons recherché l'intérêt des femmes sur une échelle numérique allant de 0 à 10 avant et après l'apport d'informations orales accompagnées d'une démonstration et d'une visualisation du stérilet. Le questionnaire était également composé de questions permettant de juger le niveau de connaissances des femmes sur le stérilet ainsi que leurs freins et leurs motivations à son utilisation.

Résultats : 42 questionnaires ont pu être analysés. La moyenne des différences d'intérêt avant et après informations était de 2,29 [1.65 ; 2.93]. Après réalisation d'un test-T de Student, ces résultats témoignent d'une différence statistiquement significative (p-value < 0.001). L'analyse des questionnaires met en évidence un réel manque de connaissances des femmes puisqu'en raison de cela 76.2% d'entre-elles n'arrivent pas à envisager cette contraception. Des craintes totalement légitimes ont été révélées par les femmes par exemple la vision du stérilet comme un corps étranger ou bien la crainte de la douleur lors de la pose. Nous avons vu que ces freins peuvent facilement être atténués par l'information.

Conclusions : Les femmes nullipares manquent d'informations sur le stérilet ou bien ont des connaissances erronées ne permettant pas de faire un choix éclairé sur cette méthode contraceptive. L'apport d'informations claires permet d'observer un changement d'intérêt statistiquement significatif chez ce profil de femme.

Mots-clés : Nullipares – Intérêt – Dispositif intra-utérin – Information

ABSTRACT

Objectives: The main objective of this study was to determine whether the provision of information could have an impact on nulliparous women's interest in the IUD. In addition, we wanted to show that there is a lack of knowledge about this method and to identify the obstacles and motivations for using the IUD.

Methods: We conducted a declarative self-questionnaire study of 45 nulliparous patients who visited a liberal midwife from July 1, 2021 to November 30, 2021. During each consultation, we sought the interest of women on a numerical scale from 0 to 10 before and after the provision of oral information accompanied by a demonstration and visualization of the IUD. The questionnaire also included questions to assess the women's level of knowledge about the IUD, as well as their obstacles and motivations for its use.

Results: 42 questionnaires could be analyzed. The average difference in interest before and after information was 2.29 [1.65; 2.93]. After performing a Student's t-test, these results show a statistically significant difference (p-value < 0.001). Analysis of the questionnaires revealed a real lack of knowledge on the part of the women, because of that 76.2% of them are unable to consider this contraception. The women revealed totally legitimate fears, such as seeing the IUD as a foreign body or fearing pain during insertion. We have seen that these obstacles can easily be overcome by providing information.

Conclusions: Nulliparous women lack information about the IUD or have erroneous knowledge that prevents them from making an informed choice about this contraceptive method. The provision of clear information allows us to observe a statistically significant change of interest in this profile of women.

Key words: Information - Interest - Intrauterine device - Nulliparous women

REMERCIEMENTS

Je remercie les membres du Jury :

Mr Lionel CURTO, Sage-Femme, Enseignant du Département de Maïeutique, Université Grenoble-Alpes et Président du jury ;

Dr Gregoire THERY, Gynécologue obstétricien, Praticien Hospitalier CH Thonon hôpitaux du Lemman et Co-Président du jury

Mr Laurent GAUCHER, Sage-femme professeur assistant à la Haute École de Santé de Genève, HES-SO et sage-femme invité du jury

Mme Catherine BARANDIARAN, Sage-Femme Libérale à Romans-sur-Isère et Directrice de ce mémoire ;

Mme Claudine MARTIN, Sage-Femme, Enseignante au Département de Maïeutique, Université Grenoble-Alpes et Co-directrice de ce mémoire ;

Je remercie plus particulièrement :

Mme Catherine BARANDIARAN, Sage-Femme, Libérale à Romans-sur-Isère, Directrice de ce mémoire ;

Pour m'avoir suivi durant mon parcours depuis bientôt 10 ans.

Pour ses conseils, ses encouragements et le temps précieux qu'elle m'a apporté pour ce mémoire ;

Mme Claudine MARTIN, Sage-Femme, Enseignante au Département de Maïeutique, Université Grenoble-Alpes, Co-directrice de ce mémoire ;

Pour ses conseils, sa supervision et son soutien tout au long de l'année ;

Mme Claire BAUDON, Sage-Femme, Enseignante au Département de Maïeutique, Université Grenoble-Alpes, Référente de Promotion 2018-2022 ;

Pour sa disponibilité au cours de notre formation ;

Pr José LABARERE, Médecin Spécialiste en Santé Publique, PU-PH à la Faculté de Médecine et de Pharmacie, CHU Grenoble-Alpes ;

Pour ses précieux conseils ;

M. Alexandre BELLIER, Médecin spécialiste en Recherche clinique, CHU Grenoble-Alpes ;

Pour le temps précieux qu'il m'a consacré ;

Je remercie également :

Toutes les femmes qui ont répondu au questionnaire ;

Pour avoir permis la réalisation de ce mémoire ;

Ma famille ;

Pour la fierté, le soutien moral et le réconfort qu'elle m'a apporté ;

Mes amis ;

Pour l'entraide et les moments joviaux de ces années étudiantes.

TABLE DES MATIERES

RÉSUMÉ	2
ABSTRACT	3
REMERCIEMENTS	4
TABLE DES MATIERES	7
ABREVIATIONS	8
INTRODUCTION	9
MATERIEL ET METHODE	11
1. Schéma de l'étude.....	11
2. Population, critères d'inclusion et d'exclusion.....	11
3. Mode de recueil.....	12
4. Critères de jugement.....	14
5. Mesures utilisées pour l'étude.....	14
6. Analyses statistiques.....	15
RÉSULTATS	16
1. La population et ses caractéristiques.....	16
2. Objectif principal.....	17
3. Objectifs secondaires.....	23
a. Les connaissances des nullipares sur le stérilet	23
b. Les raisons de l'intérêt ou du désintérêt pour le stérilet.....	25
DISCUSSION	26
1. Biais et limites de l'étude	26
2. Discussion et comparaison des principaux résultats.....	29
a. Objectif principal, impact de l'information sur l'intérêt des nullipares pour le stérilet.....	29
b. Objectifs secondaires, le manque de connaissance des femmes sur le stérilet, leurs freins et leurs motivations.....	31
CONCLUSION	37
Bibliographie	39
Annexe 1 : Questionnaire proposé aux participantes de l'étude	41
Annexe 2 : Suggestions pour l'apport d'informations sur le DIU	43
Annexe 3 : Description des items du modèle BER CER	44
Annexe 4 : Planches récapitulatives des différentes méthodes contraceptives	45

ABREVIATIONS

CCP : Consultation Contraception et Prévention

DIU : Dispositifs Intra Utérin

HAS : Haute Autorité de Santé

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

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

INTRODUCTION

La France est l'un des pays européens où la prévalence contraceptive est la plus élevée. Selon Santé Publique France, depuis 1988, plus de 95% des femmes concernées par un risque de grossesse utilisent un contraceptif (1).

Le tableau contraceptif n'a cessé d'évoluer en France depuis la légalisation de la contraception en 1967 (2). De plus, la Haute Autorité de santé (HAS) a émis, en 2004, des recommandations de prescription qui ont progressivement ouvert l'usage des Dispositifs intra utérin (DIU) aux femmes nullipares (3). Dans le même temps, la législation a été renforcée, permettant le remboursement de certains contraceptifs, un meilleur accès à la contraception et à l'avortement (2).

Durant de nombreuses années, et malgré la diversification des moyens, nous avons assisté à la mise en place d'une "norme contraceptive française" restant caractérisée par un recours important au préservatif en début de vie sexuelle, l'utilisation de la pilule dès que la vie sexuelle se régularise, et le recours au stérilet quand les projets de grossesses des couples sont accomplis (4).

En 2012, la "crise de la pilule" a suscité un débat médiatique intense sur la sécurité des contraceptifs, et près d'une femme sur cinq déclare avoir changé de méthode contraceptive. L'enquête Baromètre Santé de 2016 (5) a cherché à savoir si ces changements de pratique contraceptive étaient dus à l'histoire médiatique ou s'ils s'inscrivaient réellement dans une évolution continue du paysage contraceptif.

Premièrement, la proportion de femmes n'utilisant aucune méthode de contraception est restée inchangée entre 2013 et 2016. Cependant, la contraception en France reste principalement médicalisée puisque cette dernière concerne plus de 7 femmes sur 10 (71,8%).

La pilule reste la méthode la plus utilisée (36,5%) chez les femmes de 15 à 49 ans, suivie du DIU (25,6%) et du préservatif (18,8%).

Deuxièmement, l'analyse par tranche d'âge montre des dynamiques très différentes. (6) Chez les jeunes femmes de 15 à 19 ans, c'est la pilule qui leur est la plus prescrite par les professionnels. L'augmentation de l'utilisation de l'implant observée entre 2010 et 2013 ne s'est pas poursuivie en 2016, et le DIU reste absent dans cette tranche d'âge. Ce n'est qu'à partir de 25-29 ans que le stérilet prend une place non négligeable (19%) et à partir de 35-39 ans qu'il devient le contraceptif le plus prescrit. Cependant, pour le DIU comme pour l'implant, il existe un effet parité puisqu'ils sont davantage proposés aux femmes ayant déjà eu des enfants.

Selon les dernières recommandations de l'HAS : "Les DIU peuvent être proposés aux femmes et aux adolescentes, quelles que soient la parité et la gestité" (6).

À partir de l'ensemble de ces informations, notre problématique d'étude est la suivante : pourquoi le stérilet est-il si peu utilisé par les femmes nullipares alors que les recommandations actuelles sont claires sur la possibilité d'utilisation de cette contraception chez ce type de femme ?

Les hypothèses sont que les femmes sont mal informées sur cette méthode de contraception et ont de ce fait des idées reçues souvent fausses ne leur permettant pas de faire un choix éclairé.

Pour cette étude, l'objectif principal était de définir si l'apport d'informations pouvait être à l'origine d'une variation de l'intérêt chez les nullipares.

Les objectifs secondaires étaient de montrer qu'il existe un réel manque de connaissances au sujet de cette contraception et d'identifier les raisons de l'intérêt ou du désintérêt de chaque participante pour identifier les motivations et les craintes des femmes.

MATERIEL ET METHODE

1. Schéma de l'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique quantitative, déclarative avant/après, transversale par auto-questionnaire. L'étude a été menée de juillet à novembre 2021 au cabinet d'une sage-femme libérale de Romans-sur-Isère dans la Drôme.

2. Population, critères d'inclusion et d'exclusion

L'étude a été menée dans le cabinet d'une sage-femme libérale installée à Romans-sur-Isère. Cette ville compte une dizaine de praticiens en gynécologie, médecins gynécologues et sages-femmes confondus. La patientèle dans laquelle les participantes à l'étude ont été recrutées est composée d'environ 60% de consultations d'obstétrique et 40% de gynécologie. Les consultations de gynécologie dans ce cabinet durent 30 à 45 minutes en fonction de l'objet de la consultation. L'activité en gynécologie est variée, la sage-femme assure le suivi gynécologique de prévention chez les femmes dès l'adolescence mais ne pratique pas d'Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) médicamenteuses.

Les critères d'inclusion étaient : les femmes de plus de 18 ans, n'ayant jamais accouché, concernées par la contraception c'est-à-dire non ménopausée, ne présentant pas de contre-indication au stérilet et sachant lire, écrire, et comprenant le français.

Les critères d'exclusion étaient : un refus de participation à l'étude ou un questionnaire incomplet ne permettant pas l'analyse de ce dernier.

Les caractéristiques à l'inclusion ont été recueillies par la sage-femme qui recevait la patiente en consultation. Cette dernière proposait le questionnaire uniquement aux femmes majeures et nullipares.

3. Mode de recueil

Le plan expérimental consistait à proposer aux patientes en amonts d'une consultation gynécologique, le questionnaire anonyme au format papier. Le questionnaire a été testé chez plusieurs personnes non intégrées dans l'étude afin de s'assurer d'une bonne compréhension des questions. Le recueil de données s'est effectué de juillet à novembre 2021. Une affiche a été posée en salle d'attente afin d'informer les patientes de l'étude menée. De plus, avant de proposer le questionnaire, le consentement oral de la patiente était systématiquement recherché. Aucune information concernant le stérilet n'était donnée par la sage-femme avant de proposer le questionnaire.

Le questionnaire était composé de 15 questions et était divisé en 2 temps. Il est disponible en Annexe 1. La première partie (recto de la feuille) comporte des questions permettant de s'assurer des caractéristiques principales d'inclusion (âge et parité) ainsi que des questions permettant de savoir quels moyens de contraception ont déjà été utilisés par les patientes au cours de leur vie. Les questions suivantes permettent d'évaluer la connaissance des femmes sur le stérilet à travers des questions simples. Enfin, nous proposons une échelle numérique allant de 0 à 10 représentant le degré d'intérêt pour ce moyen de contraception, les femmes doivent entourer le chiffre correspondant à leur intérêt. La deuxième partie (verso de la feuille) commence par un apport d'informations de la part de la sage-femme.

Nous montrons aux patientes en parallèle des informations, les modèles factices des deux types de stérilet (voir Image 1 ci-dessous).



Image I. Modèles factices de stérilet présentés aux patientes

Voici les explications types apportées à l'oral aux patientes par la sage-femme :

“ Il existe 2 types de stérilet, un au cuivre et un hormonal composé uniquement de Progestérone. Il s'agit d'un contraceptif de longue durée d'action, très efficace. En fonction du type de stérilet choisi, on peut le laisser en place de 3 à 10 ans maximum avec un retrait possible à tout moment si besoin.

Il est placé par un médecin, un gynécologue ou une sage-femme dans la cavité de l'utérus. La pose ou le retrait nécessite ainsi une consultation. Lors de la pose, il faut mettre en place un spéculum pour visualiser le col, ensuite grâce à un inserteur qui replie les branches du stérilet, on met en place le dispositif. Les fils qui restent à l'extérieur du col sont coupés et servent à retirer facilement l'appareil. Dans l'idéal, le stérilet est posé au moment des règles pour faciliter son insertion. Les femmes expriment quelques fois un inconfort ou une douleur lors de la pose.

Les femmes n'ayant jamais accouché peuvent utiliser ce dispositif, il existe des tailles adaptées.

Le stérilet hormonal est composé uniquement de Progestérone, il agit sur la glaire cervicale et réduit l'épaisseur de l'endomètre empêchant ainsi la nidation de l'œuf s'il y a fécondation. Dans la majorité des cas, il n'y a plus ou très peu de règles.

Le stérilet au cuivre est un moyen d'éviter l'apport d'hormone. Il rend les spermatozoïdes immobiles et limite également l'implantation de l'œuf. Avec ce modèle, les règles sont souvent plus abondantes et plus traînantes."

Le discours était adapté à chaque femme pour assurer une compréhension optimale.

A la suite de l'entretien, la même échelle numérique était de nouveau proposée à la patiente afin d'identifier un éventuel changement d'intérêt.

Enfin, les dernières questions permettaient d'identifier les raisons de l'intérêt ou du désintérêt des femmes pour cette contraception. Une zone de rédaction libre était disponible en fin de questionnaire pour laisser les femmes exprimer leur avis.

4. Critères de jugement

Le critère de jugement principal est le delta de l'intérêt avant et après l'apport d'informations. Les critères de jugement secondaires étaient : les réponses inexactes aux questions posées sur le stérilet et les craintes et motivations à l'utilisation du DIU soulevées par les femmes.

5. Mesures utilisées pour l'étude

Tout au long de l'étude, il s'agit d'une seule et même sage-femme qui a proposé le questionnaire à ses patientes lors de consultation de gynécologie.

L'intérêt des femmes était recherché à travers une échelle graduée de valeur numérique allant de 0 à 10. La valeur "0" correspondait à "pas intéressée" et "10" à "très intéressée". Les

patientes avaient la possibilité également de répondre “je ne sais pas” si elles n'avaient pas d'avis sur ce sujet.

Concernant l'interrogation des femmes sur leurs connaissances vis-à-vis du stérilet, les réponses attendues étaient sous forme questions à choix multiples (QCM) avec des cases à cocher, de valeurs numériques, ou bien de réponses rédactionnelles courtes (2 à 3 mots).

Enfin, les femmes pouvaient s'exprimer sur leurs craintes et leurs motivations avec des propositions à cocher ou bien en s'exprimant dans l'espace laissé à leur disposition en fin de questionnaire.

6. Analyses statistiques

Les données ont été recueillies dans un tableur Excel (Microsoft® Excel, version 16.16.27) et analysées à l'aide du logiciel R4Web disponible en ligne et du logiciel d'analyses statistiques Jamovi (version 1.6.23), compatibles avec Excel.

Pour étudier l'objectif principal de notre étude qui est de définir si l'apport d'informations est à l'origine d'un changement d'intérêt chez les patientes, nous avons utilisé le test-T de Student apparié qui analyse les réponses des patientes à deux temps différents.

Pour les objectifs secondaires, les variables qualitatives ont été décrites avec l'effectif et le pourcentage.

RÉSULTATS

1. La population et ses caractéristiques

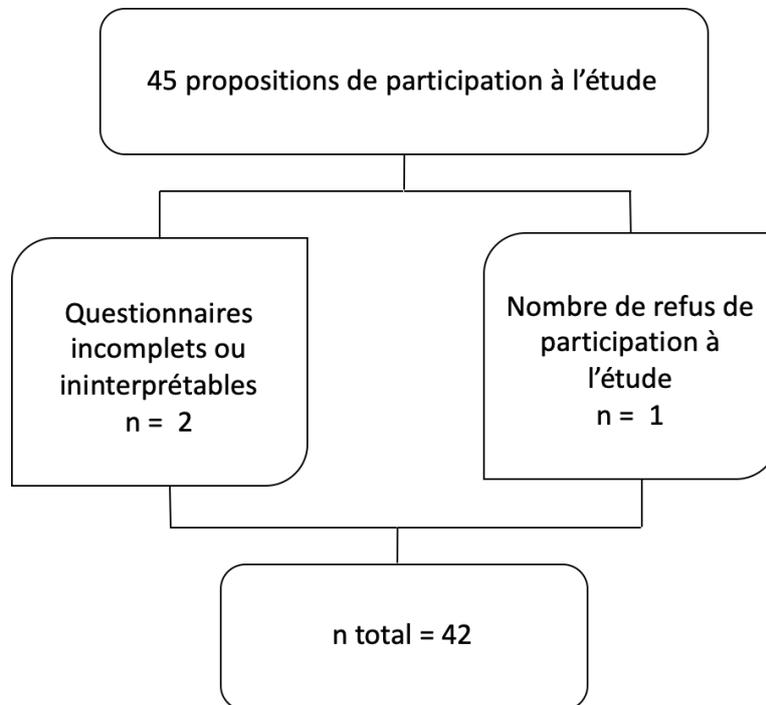


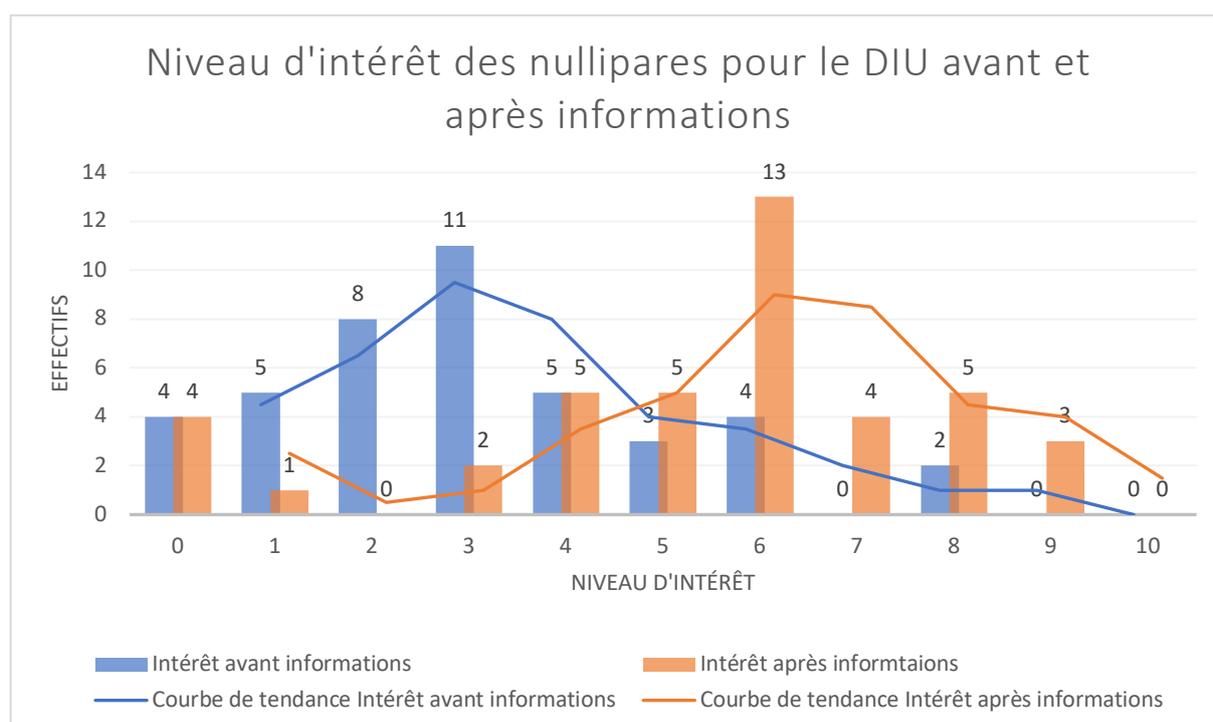
Figure 1. Organigramme des patientes incluses dans l'étude

De juillet à novembre 2021, le questionnaire a été proposé à 45 patientes lors de leur venue en consultation gynécologique. Leur consentement oral a été systématiquement recherché. Seul un refus est constaté. Après analyse des questionnaires, deux ont été exclus de l'étude car rendus incomplets et donc ne permettant pas leur interprétation. Au total nous avons eu 93% de résultats interprétables avec un échantillon final de 42 patientes.

Les femmes recrutées pour l'étude avaient entre 18 et 33 ans. La moyenne d'âge était de 25,2 ans. Toutes ces femmes étaient nullipares, c'est-à-dire qu'elles n'avaient jamais accouché. Les critères principaux qui sont, la majorité et la nulliparité étaient respectés chez toutes les femmes interrogées.

2. Objectif principal

Nous avons donc analysé chacun des questionnaires afin de pouvoir apprécier la variation d'intérêt pour le stérilet avant et après informations. Nous pouvons souligner que pour 32 participantes, soit 76%, l'information était à l'origine d'une augmentation d'intérêt porté au stérilet. Seules 3 patientes ont vu leur intérêt diminuer et pour 7 femmes, l'intérêt est resté le même. Parmi ces 7 participantes seuls deux ont jugé leur intérêt à 0 avant et après les informations. C'est preuve que les informations sont source d'une réflexion chez les patientes puisqu'elles aboutissent à un changement d'intérêt plus ou moins grand.



Sur ce graphique, on retrouve le niveau d'intérêt des nullipares, tout âge confondu, avant et après l'apport d'informations.

Nous voyons qu'avant les explications, le pic d'intérêt est situé en moyenne à 3/10, alors qu'après ces explications, l'intérêt augmente et le pic est en moyenne plus proche de 5 à 6/10.

Avec les courbes de tendance, nous pouvons nous rendre compte que les échantillons convergent vers une distribution normale, c'est à dire symétrique autour des moyennes qui sont respectivement 3.07 avant informations et 5.36 après. La répartition normale des données est l'une des conditions à l'application du test-T de Student.

Le test-T de Student sert à la comparaison des moyennes d'intérêt observées avant et après l'apport d'informations concernant le stérilet. Dans le cas de notre étude, les échantillons sont appariés puisqu'il s'agit des mêmes personnes interrogées à deux moments différents. Nous utiliserons donc le test-T de Student apparié. Ce test va nous permettre de savoir si les moyennes avant et après informations sont significativement différentes au point de vue statistique.

Nous posons l'hypothèse suivante : il n'y a pas de différence entre les 2 échantillons de l'essai. Cette hypothèse correspond à l'hypothèse nulle, notée H0. Nous fixons la valeur du risque alpha à 0,05. Il correspond au risque de conclure à l'existence d'une différence qui n'existe pas en réalité. Ainsi nous pouvons rejeter l'hypothèse nulle si la valeur de p est inférieure à 0,05.

Paired Samples T-Test									
Paired Samples T-Test									
		statistic	df	p	Mean difference	SE difference	95% Confidence Interval		
		Lower	Upper						
Interet_apres_infos	Interet_avant_infos	Student's t	7.22	41.0	<.001	2.29	0.317	1.65	2.93
Descriptives									
		N	Mean	Median	SD	SE			
Interet_apres_infos		42	5.36	6.00	2.45	0.378			
Interet_avant_infos		42	3.07	3.00	2.02	0.311			

Figure III. Résultat du Test-T de Student apparié effectué sur les échantillons « intérêt » avant et après informations.

A l'aide du logiciel Jamovi, nous obtenons les résultats ci-dessus. T est la statistique de Student ($t = 7.22$) elle mesure l'ampleur de la différence par rapport à la variation des données de l'échantillon. df est le degré de liberté ($df = 41$). P ou p-value est le degré de significativité

du test ($p = < 0.001$). Elle représente la probabilité de faire une erreur de type alpha ou de rejeter l'hypothèse nulle à tort. Plus cette valeur est petite, plus la probabilité de faire une erreur en rejetant l'hypothèse nulle est faible. L'intervalle de confiance de la différence des moyennes à 95% est également montrée (intervalle de confiance = [1.65 ; 2.93]). Enfin, nous avons la valeur moyenne de la différence des deux séries (moyenne de la différence = 2.29).

La valeur P du test est inférieure à 0,001. Ce qui est largement inférieur à la valeur du risque alpha fixé à 0.05. Nous pouvons donc conclure que l'intérêt des nullipares pour le stérilet, avant les informations, est significativement différent de celui après l'entretien, et donc après l'apport de connaissances sur le DIU. Nous rejetons ainsi l'hypothèse nulle H_0 .

Par ailleurs, la valeur du test-T de Student de 7.22, démontre de grandes preuves contre l'hypothèse nulle, et donc des preuves de cette différence statistique, même à partir d'un échantillon de 42 patientes.

	Effectifs (Pourcentage)	Moyennes d'intérêt pour le DIU		Delta de l'intérêt (Critère de jugement principal)
		Avant l'apport d'informations	Après l'apport d'informations	
Age :				
- 18 – 22 ans	13	1.8	3.1	1.3
- 23 – 27 ans	14	3	6.2	3.2
- 28 – 33 ans	15	4.2	6.5	2.3
1^{er} contraceptif utilisé :				
- Préservatif seul	18 (43%)	3.6	5.7	2.1
- Pilule seule	15 (36%)	2.9	5.3	2.4
- Pilule + préservatif	3 (7%)	2.7	5	2.3
- Implant *	1 (2%)	3	6	3
- Aucun	5 (12%)	2	4.2	2.2
Contraceptifs déjà utilisés :				
- Pilule	31	3.4	5.6	2.2
- Implant	6	4	5.7	1.7
- Préservatif seul	5	2.4	4.8	2.4
- DIU	5	6.8	7.6	0.8
- Aucun	5	2	4.2	2.2
- Anneau vaginal	2	3.5	5	1.5
Avez-vous déjà entendu parler du stérilet ?				
- OUI	37 (88.1%)	3.3	5.5	2.2
- NON	5 (11.9%)	1.6	4.4	2.8
Par qui en avez- vous entendu parler ?				
- Famille	16	2.6	5.3	2.7
- Amis	11	3	4.7	1.7
- Acteurs de santé **	11	4.8	6.9	2.1
- Autre (<i>scolarité, médias</i>)	4	1.3	4.7	3.4
Pensez-vous être suffisamment informée sur le stérilet ?				
- OUI	10 (23.8%)	4.9	6.5	1.6
- NON	32 (76,2%)	2.5	5	2.5

Tableau I. Delta de l'intérêt des nullipares pour le stérilet, avant et après apport d'informations et facteurs possibles de variation du niveau d'intérêt.

* Une seule patiente a utilisé l'implant comme premier moyen de contraception, les résultats dans le tableau correspondent aux valeurs d'intérêt de cette patiente.

** Gynécologue, Médecin traitant, Planning familial

Dans le tableau ci-dessus, nous pouvons voir pour différents critères, les valeurs de l'intérêt pour le stérilet avant et après l'apport de l'information nécessaire et suffisante pour faire un choix éclairé ainsi que la différence d'intérêt moyenne. Les facteurs analysés sont susceptibles d'être à l'origine d'une variation de l'intérêt pour le stérilet.

Nous avons cherché à montrer si l'âge pouvait avoir un impact sur l'intérêt des nullipares pour le DIU. Pour cela, nous avons divisé les participantes en 3 tranches d'âges d'effectifs proches. Nous pouvons remarquer que plus l'âge des femmes augmente, plus ces dernières s'intéressent au stérilet. Si les femmes de 28 à 33 ans sont celles qui ont un plus grand intérêt pour le DIU après l'information, celles de 23 à 27ans témoignent du plus grand delta d'intérêt puisqu'il augment de 3.2 points.

Deuxièmement, nous avons interrogé les femmes sur leur premier moyen de contraception et sur ceux qu'elles ont déjà utilisés au cours de leur vie. Leurs réponses ont été mises en parallèle avec les résultats d'intérêt observés. En ce qui concerne le premier moyen de contraception utilisé, nous pouvons voir que 15 femmes, soit 36%, ont utilisé la pilule et 18 ont utilisé le préservatif seul. 3 femmes ont combiné pilule et préservatif. Une femme a utilisé un implant et 5 femmes n'avaient jamais eu recours à un contraceptif. Si nous regardons pour chacune des catégories l'impact possible de l'information, nous pouvons voir que le delta d'intérêt est proche et varie entre 2.1 et 2.4. Il est important de souligner que seule une femme a utilisé l'implant comme premier moyen de contraception, ainsi, les résultats dans le tableau ne sont pas des moyennes mais correspondent à ses valeurs d'intérêt indiquées dans le questionnaire.

De plus, nous pouvons constater que ces femmes ont eu recours à différents moyens de contraception au cours de leur vie. Trente-et-une d'entre elles, soit environ 74% ont utilisé la pilule au moins une fois et 28 le préservatif. En sachant que dans les participantes, 5 n'ont jamais pris de contraceptif, 37 en ont donc déjà eu et cela indiquerait que 31 femmes sur 37 soit

presque 84% des femmes interrogées se sont vues prescrire au moins une fois une pilule. Ces dernières témoignent d'un intérêt à 3.4 en moyenne avant l'information et 5.6 après. L'intérêt moyen gagne donc 2.2 points. Les femmes qui n'ont jamais eu de contraception sont elles aussi sensibles à l'apport d'information puisque leur intérêt a doublé. Nous voyons apparaître d'autres moyens de contraception comme l'implant, déjà utilisé par 6 femmes et l'anneau vaginal par 2 femmes. Les deltas d'intérêt pour le stérilet chez les femmes ayant déjà utilisé ces méthodes sont respectivement 1.7 et 1.5. Enfin, nous pouvons voir que 5 femmes, soit environ 12%, ont déjà eu recours au moins une fois dans leur vie au stérilet. L'avis de ces femmes semble plus que positif puisque qu'elles montrent un intérêt avant informations à 6.8, qui augmente à 7.6 après l'entretien. Ces dernières étaient âgées d'environ 30 ans. Nous n'avons pas rencontré de femmes plus jeunes ayant déjà eu recours au stérilet.

Ensuite, nous pouvons remarquer que 88.1% des participantes avaient déjà entendu parler du stérilet mais que tout de même 5 ne connaissaient pas du tout cette contraception. Même si certaines femmes n'avaient jamais entendu parler du DIU avant, l'information fait grandir leur intérêt. Leurs principales sources d'informations étaient la famille et le cercle d'amis. Les acteurs de santé n'apparaissent qu'ensuite et sont peu cités. Huit participantes ont reçu des informations de la part de leur médecin traitant, 3 du gynécologue et 2 du planning familial.

La scolarité et les médias sont presque absents des sources d'informations.

Malgré le fait que 88.1% des participantes connaissaient le stérilet, seul 23.8% se sentaient suffisamment informées sur le DIU pour envisager cette contraception. Ainsi à l'inverse 76.2% d'entre-elles ne l'étaient pas. Ces femmes qui manquent d'informations témoignent un intérêt à 2.5 avant information et après l'entretien, cet intérêt double.

3. Objectifs secondaires

a. Les connaissances des nullipares sur le stérilet

Selon vous, le stérilet est une méthode :	
- De longue durée d'action	41 (97.6%)
- De courte durée d'action	0 (0%)
- Je ne sais pas	1 (2.4%)

Selon vous, il peut être utilisé chez les femmes qui n'ont jamais eu d'enfant ?	
- OUI	24 (57.1%)
- NON	11 (26.2%)
- Je ne sais pas	7 (16.7%)

Il existe 2 types de stérilet, savez-vous lesquels ?	
- Réponse juste (cuivre et hormone)	20 (47.6%)
- Réponse fausses*	5 (11.9%)
- Je ne sais pas	17 (40.5%)

Combien de temps un stérilet peut-il rester en place au maximum ?	
- 1 an	4 (9.5%)
- 1/2 ans	1 (2.4%)
- 2 ans	5 (11.9%)
- 2/3 ans	2 (4.8%)
- 3 ans	4 (9.5%)
- 5 ans	10 (23.8%)
- 5/10 ans	1 (2.4%)
- 10 ans	3 (7.1%)
- Je ne sais pas	12 (28.6%)

Qui peut poser un stérilet ?	
- Gynécologue	37
- Médecin traitant	9
- Sage-femme	16
- Chirurgien	1
- Je ne sais pas	3

Tableau II. Connaissances des femmes à propos du stérilet avant informations Effectif (% Pourcentage)

* Exemple de réponse donnée par les participantes : « dans le bras » ; « dans le vagin »

Les questions posées aux femmes permettaient d'évaluer leur niveau de connaissance à propos du stérilet. A ce stade-là, toujours aucune information n'a été donnée aux participantes. Le tableau ci-dessus reprend les réponses apportées par les femmes. Celles en vert sont celles que nous avons comptabilisé comme « réponse juste ».

Concernant leurs réponses, elles semblent savoir que le stérilet fait partie des méthodes dites de longue durée d'action puisque 97.6% ont bien répondu à la question. En revanche, les avis

semblent plus mitigés sur la possibilité d'utiliser cette méthode chez les femmes nullipares. 26.2% des participantes à l'étude pense que cette méthode ne peut être utilisé chez ce profil de femme et 16.7% n'ont pas su répondre à la question.

De plus, nous avons voulu savoir si les femmes connaissaient les 2 types de stérilet. 47.6% des femmes ont su donner la bonne réponse soit « stérilet au cuivre » et « stérilet hormonal ». 11.9% ont donné de fausses réponses et 40.5% n'ont su répondre à la question. Dans les réponses fausses, nous pouvons relever des réponses telles que : « dans le bras » et « dans le vagin ».

Nous avons également demandé aux femmes si elles savaient pour combien de temps le stérilet pouvait être posé au maximum. Pour cette question, nous n'avions pas proposé de réponse, les femmes devaient donc rédiger la durée. Nous pouvons voir que les réponses sont très aléatoires, beaucoup de réponses différentes sont apportées et 28.6% n'ont pas su répondre à la question. Nous pouvons considérer que les réponses justes sont 3, 5 et 10 ans en fonction du type du stérilet.

Enfin, la dernière question était de voir si les femmes savaient vers qui se tourner pour poser un stérilet. Comme pour la question précédente, les réponses à cette question devaient être rédigées par les femmes. Trente-sept femmes sur 42 ont répondu que c'était de la compétence du gynécologue et seulement 16 savaient que cela relevait aussi de la compétence de la sage-femme. Une des participantes a répondu que le stérilet devait être posé par un chirurgien.

Après analyse globale, seulement 2 participantes ont su répondre correctement à toutes les questions posées. C'est-à-dire que le stérilet est une méthode contraceptive de longue durée d'action, qu'elle peut être utilisée chez les nullipares, que les 2 types sont stérilet au cuivre et hormonal et qu'il peut être posé par un gynécologue, une sage-femme ou un médecin traitant pour 3, 5 ou 10 ans selon le modèle.

b. Les raisons de l'intérêt ou du désintérêt pour le stérilet

Raisons de l'intérêt	Effectifs
- C'est un contraceptif qui reste en place longtemps	31
- C'est une méthode très efficace	18
- C'est une méthode discrète	18
- Je n'ai pas de contrainte horaire liée à la prise d'un comprimé	17
- Je ne veux pas utiliser d'hormone pour ma contraception	13
- Les douleurs des règles sont atténuées	3
Raisons du désintérêt	
- Je crains la douleur lors de la pose	31
- Je n'aime pas l'idée d'avoir quelque chose dans mon corps	15
- Avec le stérilet hormonal, les règles peuvent s'arrêter ou les saignements peuvent être aléatoires	9
- Je suis obligée d'aller voir un médecin ou une sage-femme pour la pose et le retrait	6
- Les règles sont plus abondantes avec le stérilet au cuivre	5
- J'ai peur de le sentir pendant les rapports sexuels *	2
- Je redoute l'examen gynécologique *	1
- J'ai peur d'un manque d'efficacité	0

Tableau III. Raisons des femmes nullipares de leur intérêt ou désintérêt pour le stérilet.

* Réponses non proposées, rajoutées par les patientes

A la fin du questionnaire, les femmes devaient s'exprimer sur les raisons de leur intérêt ou de leur désintérêt concernant le stérilet.

Elles pouvaient bien sûr donner plusieurs raisons. Elles avaient à leur disposition une zone de rédaction, en plus des raisons déjà proposées pour en apporter de nouvelles. Nous pouvons souligner que leur intérêt pour le stérilet est motivé par le fait qu'il reste en place longtemps, qu'il s'agit de l'une des méthodes les plus efficaces, qu'il est discret et qu'il n'y a aucune contrainte horaire lié à la prise d'un comprimé. Nous pouvons aussi souligner que le stérilet au cuivre suscite un intérêt chez les femmes désireuses d'éviter l'apport d'hormones pour leur contraception. A l'inverse, les freins à cette contraception révélés par les femmes sont principalement, la crainte de la douleur à la pose de l'appareil, et le fait d'avoir un corps étranger en continu dans leur corps.

DISCUSSION

1. Biais et limites de l'étude

Notre étude portait sur une population bien ciblée, les femmes majeures nullipares. Le recrutement a eu lieu dans un seul cabinet de sage-femme, à Romans-sur-Isère, ce qui est susceptible de limiter la portée de nos résultats. En effet, la patientèle rencontrée dans ce cabinet n'est peut-être pas représentative de toutes les patientèles des environs. Nous avons donc fait notre sélection au hasard des consultations, avec pour seuls critères d'inclusion l'âge et la nulliparité. Ainsi, avec cette méthode du « tout venant », il est possible que nous ayons entraîné des biais de sélection et des biais sociodémographiques.

Pour tenter de palier aux possibles biais de recrutement, nous avons décidé, lors de la présentation du sujet, que ce soit sur l'affiche disposée en salle d'attente, ou lors de la proposition de participation, de présenter l'étude comme un travail permettant d'améliorer les informations données sur le stérilet. Nous ne donnions pas plus de détails sur le DIU pour ne pas « faire peur » aux jeunes femmes.

De plus, les biais sociodémographiques sont limités car la ville de Romans englobe médicalement un large territoire périurbain. Les professionnels reçoivent aussi bien de la patientèle rurale que citadine, en raison des communes adjacentes sous dotées de praticiens en gynécologie. Il est donc difficile, au vu des caractéristiques géographiques du secteur, de faire la différence entre milieu urbain et rural, c'est pourquoi nous n'en avons pas tenu compte dans notre étude.

Enfin, nous avons décidé de mener des entretiens directs, c'est-à-dire que si la patiente acceptait de participer à l'étude, nous lui propositions immédiatement le questionnaire. Ceci permet de limiter les « perdus de vue » et d'avoir un discours reflétant au mieux les connaissances des femmes sur le stérilet. Cette méthode peut être une force en un sens, mais

une limite dans un autre, car du fait qu'elles n'étaient pas préparées, un biais de mémorisation peut apparaître.

La retranscription des données s'est faite au fur et à mesure, tous les 10 questionnaires environ. Les réponses données par les femmes ont été récupérées et insérées dans un tableur Excel pouvant entraîner des erreurs de retranscription. Pour palier à cela, une double lecture par une personne externe a eu lieu à l'issue de l'enquête.

Tous les entretiens ont été dirigés par la même personne, soit la même sage-femme libérale, ce qui est une force et limite les biais de récolte de données puisque le discours d'une même personne est régulier. Cependant, les intonations, le vocabulaire employé ou les réactions suite aux questions des femmes, ont pu être sources de biais en orientant parfois les réponses des participantes, même si la transparence de l'investigateur était constamment recherchée. Enfin, la position de l'investigateur en tant que professionnel de santé a pu orienter les réponses des femmes, ou entraîner des autocensures, par peur du jugement ou peur de « mal répondre ».

De plus, le questionnaire lui-même comporte certaines limites qui nous sont apparues que plus tard lors de l'analyse. En effet, nous avons choisi d'analyser certains critères pouvant être à l'origine d'une variation de l'intérêt, comme l'âge ou les contraceptifs antérieurs, mais cela est loin d'être exhaustif. Nous pouvons en imaginer d'autre, par exemple les échecs de contraception ou le recours à une IVG.

Nous avons également eu des femmes qui ont répondu au questionnaire, et ont déjà eu un stérilet comme moyen de contraception. Or, nous ne savons pas si ces femmes l'utilisent au moment de l'étude ou si elles en ont juste fait l'expérience. Nous ne pouvons donc pas savoir si elles ont eu un bon, ou un mauvais vécu de cette méthode. Enfin, nous n'avons rencontré que 5 femmes ayant déjà eu recours au stérilet. Or, elles avaient en moyenne 30 ans, et nous n'avons pas eu de femmes plus jeunes avec cette expérience. L'intérêt de ces femmes récolté dans l'étude est donc influencé par leur expérience passée ou présente du stérilet et par leur âge.

Une des questions à aussi posé problème lors de l'interprétation. Il s'agit de celle demandant aux femmes combien de temps un stérilet pouvait rester en place au maximum. En sachant que c'était une question dont la réponse était attendue en rédaction libre, nous avons eu énormément de propositions différentes avec notamment des intervalles de temps comme par exemple « 1 ou 2ans ». De plus, il n'y a pas de réponses claires car la durée dépend du choix du modèle du stérilet. Nous avons donc décider de garder en réponses justes les durées d'utilisation : 3, 5 et 10 ans correspondant aux dispositifs présents sur le marché.

2. Discussion et comparaison des principaux résultats

a. Objectif principal, impact de l'information sur l'intérêt des nullipares pour le stérilet

Le stérilet, comme n'importe quelle méthode contraceptive, ne peut pas correspondre à toutes les femmes mais il faut être conscient qu'elles bénéficient avec cette méthode de sa grande efficacité et de sa commodité. De plus, il est montré dans de nombreuses études que même si les femmes multipares sont plus susceptibles de s'intéresser à cette méthode, les femmes nullipares sont aussi des candidates appropriées et peuvent également s'y intéresser. Le stérilet est une méthode efficace, et devrait faire partie des contraceptifs à proposer aux femmes, indépendamment de leur âge et de leur parité (7,8).

Notre étude va dans ce sens et confirme que les femmes nullipares seraient intéressées par le stérilet mais manquent énormément d'informations le concernant, ce qui ne leur permet pas de prendre une décision éclairée.

Les simples informations que nous leur avons apporté montrent une variation de l'intérêt chez ces femmes puisque 76% des nullipares interrogées témoignent un intérêt augmenté pour cette méthode après l'entretien. Les informations leur permettent d'avoir toutes les clés en mains pour choisir si cette contraception peut leur convenir ou non. L'âge des patientes semble avoir un impact en plus puisque, plus il augmente, plus les femmes s'intéressent à cette méthode. Pour tous les âges, l'information est en lien avec une augmentation d'intérêt. Notamment, chez les femmes à partir de 23 ans qui témoignent un intérêt moyen après informations à 6.2 voire 6.5 chez les femmes aux alentours de 30 ans. Cependant, celles de 18 à 22 ans montrent un intérêt augmenté mais plus réduit puisqu'il reste en moyenne à 3.1. De plus, notre étude montre que le premier contraceptif utilisé par les femmes nullipares n'impacte que peu l'intérêt actuel pour le stérilet. Néanmoins, celles qui ont déjà eu comme expérience le stérilet, en sont satisfaites puisqu'elles ont coté un intérêt à 6.8 avant informations et 7.6 après. Quelles que

soient les expériences contraceptives passées ou présentes, l'intérêt des femmes pour le stérilet augmente après l'entretien. Le même constat est fait chez les nullipares n'ayant jamais eu recours à la contraception.

D'autres études dans la littérature montrent également cette variation d'intérêt. L'étude de Whitaker, par exemple, montre qu'après une intervention éducative de 3 minutes, l'attitude positive à l'égard du DIU augmente chez les adolescentes et les jeunes femmes de 14 à 24 ans (9). L'information apportée, semblable à celle que nous avons, nous aussi, communiquée aux participantes de notre étude, contenait différentes notions sur le stérilet, ainsi que la visualisation et la démonstration de l'insertion et du retrait. Les auteurs concluent que les freins exprimés par les femmes pouvaient être facilement contrés après réassurance et explications.

Nous avons décidé d'apporter l'information sur le stérilet de manière directe, c'est-à-dire orale lors de la consultation. La sage-femme a donc présenté, à chaque patiente le stérilet, ses caractéristiques, ses bénéfices et ses inconvénients. L'impact potentiel du praticien de santé sur les attitudes et l'adoption des méthodes contraceptives a été évalué (7,9). Il en ressort que le fait d'avoir entendu parler du DIU par un prestataire de soins, est associé à un intérêt augmenté pour la méthode.

Donc, les recommandations du professionnel de santé ont un impact important sur la décision des femmes. Les travaux de Fleming ont montré que les femmes ayant reçu l'information sur le DIU par un médecin étaient 2,7 fois plus susceptibles de s'y intéresser, comparativement à d'autres sources (7).

Grace à notre étude, nous pouvons donc affirmer que l'élément essentiel dans l'adoption d'un contraceptif est l'information. Elle engage une réflexion personnelle chez les patientes et par la suite, une variation positive de l'intention des nullipares sur le stérilet. Les femmes ont besoin de prendre connaissance des différentes options dont elles disposent pour prendre une

décision éclairée. La plupart d'entre elles étaient prêtes à inclure le DIU parmi leur choix de contraception possible après les informations apportées.

- b. Objectifs secondaires, le manque de connaissance des femmes sur le stérilet, leurs freins et leurs motivations

Il est frustrant de voir que, encore aujourd'hui, la plupart des femmes ne connaissent le stérilet que de nom. En regardant les résultats de notre étude, nous voyons que les participantes ont déjà entendu parler du stérilet (88% des participantes) mais, dès qu'il s'agit d'envisager cette méthode de contraception, les trois quarts ne se sentent pas suffisamment informées pour prendre une décision. 5 femmes n'avaient quand même jamais entendu parler du stérilet avant l'étude. De plus, beaucoup de femmes n'ont pas su répondre aux questions. Nous avons eu seulement 2 questionnaires avec 100% de bonnes réponses.

D'autres études datant des années 2010 relatent également un manque de connaissance des femmes sur le DIU (7,9,10). Le discours qui doit être tenu pour expliquer au mieux aux patientes ce qu'est un stérilet doit être composé des informations essentielles suivantes : les 2 types de stérilet, sa longue durée d'action, son efficacité, la nécessité d'une consultation chez un médecin, un gynécologue ou une sage-femme pour la pose et la retrait, le déroulement de la pose, la possibilité d'utilisation pour les nullipares et les profils de saignement pour les 2 types de stérilet. Cet entretien doit inclure en parallèle la visualisation de stérilets factices. A la suite de cela, les femmes disposent des informations permettant de combler le manque de connaissances. Mais les professionnels ne doivent pas s'arrêter là puisque la prise de décision de chaque femme va être motivée ou freinée par divers ressentis personnels sur le sujet. Il faut donc les identifier pour pouvoir aider et rassurer ces femmes sur leur potentielles craintes.

Les principales appréhensions décrites par les femmes concernaient la notion de corps étranger invasif, la peur de la douleur lors de la pose, ou encore l'atteinte à l'intimité lors de l'examen gynécologique.

Ces freins sont tout à fait légitimes, mais avec l'apport d'autres facteurs et notamment des avantages, nous pouvons réussir à atténuer les craintes et faire relativiser les patientes. Par exemple, la pose de l'appareil est toujours source d'anxiété, elle est vue par les femmes comme extrêmement déplaisante voire douloureuse. Nous pouvons mettre cette peur en balance avec la notion de longue durée d'action (pendant généralement 5ans). Cette durée est souvent ignorée par les femmes, comme le prouve les réponses très aléatoires des participantes allant de 1 à 10 ans. Le DIU est nommé par les femmes comme « corps étranger ». Leur présenter le stérilet et leur permettre de le manipuler, permet de les aider à relativiser sur sa taille, apprécier sa consistance, ce qui permet d'atténuer les craintes, au même titre qu'expliquer son fonctionnement.

La pose et le retrait de l'appareil nécessite une consultation chez un médecin ou une sage-femme. Cette dépendance peut constituer un frein chez certaines femmes, qui voient en la pose du stérilet une forme « d'acte chirurgical ». Pour l'illustrer, une participante pensait que le stérilet était posé par un chirurgien.

Le fait de montrer le processus de mise en place du dispositif et d'expliquer la possibilité de le poser dans un cabinet de ville, par un médecin ou une sage-femme, permet souvent de dédramatiser.

Certains effets secondaires freinent l'opinion des femmes, et notamment devant le profil de saignement lors des règles. Certaines ne se sentent pas à l'aise à l'idée de ne plus avoir leurs règles avec le stérilet hormonal, et restent figées là-dessus en oubliant qu'il existe un autre stérilet. A l'inverse, d'autres femmes ayant des règles déjà handicapantes, rejettent l'idée du

stérilet car « il augmente les règles ». Ces femmes passent peut-être, avec cette idée, à côté du stérilet hormonal qui pourrait mieux leur correspondre.

Ainsi, l'information permet de dissiper malentendus et méconnaissances sur le DIU qui sont clairement des barrières majeures au choix de cette méthode, soulignées par les jeunes femmes elles-mêmes. L'étude de Brown est à l'origine d'un tableau de conseils permettant de promouvoir au mieux le stérilet (disponible en Annexe 2) (11). Le problème est donc là, comment améliorer l'information donnée aux femmes ?

Agir sur l'apport d'informations

Le cercle familial et amical est la principale source d'informations sur le stérilet d'après les déclarations des participantes.

Les professionnels de santé cités par les femmes (médecin traitant et gynécologue) n'apparaissent qu'ensuite en tant qu'acteurs de promotion du stérilet.

Les cours d'éducation sexuelle au collège et/ou au lycée n'apparaissent que très peu comme source informative, au même titre que les médias.

L'information est, comme nous l'avons prouvé auparavant, la base d'une décision éclairée. Or, il est certain qu'elle se doit d'être complète, juste, compréhensible et impartiale afin d'engager une réflexion chez les patientes. C'est à ce niveau que doivent intervenir les acteurs de la santé. Il se doivent d'aller au-delà de leurs propres représentations ou du schéma contraceptif préétabli.

La pilule est trop souvent automatique par les professionnels de santé et aussi pour les patientes. Sur les 37 participantes ayant eu recours à la contraception au moins une fois dans leur vie, 31 ont déjà eu une pilule. Encore trop de médecins voit la nulliparité comme une contre-indication à l'utilisation du DIU (10,12-14). La formation est donc fondamentale pour

une bonne diffusion du stérilet, car les professionnels tiennent un rôle essentiel dans l'opinion et le choix des femmes sur leur santé contraceptive.

Cependant, dispenser une telle information est considérablement chronophage et le temps constitue souvent un frein au déroulement de la consultation.

De plus, inonder les patientes d'informations n'est pas non plus une bonne solution car elles ne retiendraient que peu de choses (15).

Le but est donc de concilier le besoin d'informations des femmes sur l'ensemble des méthodes contraceptives, la nécessité de restreindre le contenu pour ne pas surcharger l'entretien et le temps limité des praticiens. Pour cela, l'INPES (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé) est à l'origine d'une fiche destinée aux professionnels de santé. Elle encourage l'utilisation du modèle BERGER (Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication et Retour (description de chaque item en Annexe 3)). D'autres fiches info de l'HAS peuvent lui être associées et complètent le document (6,16). Ces guides sont là pour accompagner les professionnels dans la démarche d'informations aux patientes.

A l'heure actuelle, la tendance est aux médias, les réseaux constituent un mode de communication privilégié pour les jeunes. Ainsi, dans le cadre de son programme « santé sexuelle », Santé publique France a développé un site internet interactif : **choisirsacontraception.fr** pour aider les femmes à préparer leur consultation contraceptive en leur fournissant déjà les principales informations. Elles ont également accès sur ce site à un questionnaire leur permettant de faire ressortir, en fonction de leurs besoins et de leur envies, les méthodes contraceptives qui pourraient leur correspondre au mieux (17).

D'autres sujets tels que les IST (Infections Sexuellement Transmissibles), la sexualité ou encore la conception sont également abordés dans un langage accessible à toute population. Le site met aussi à disposition l'information sous différentes formes telles que des vidéos, des podcasts

ou des foires aux questions. Ce site est vraiment très bien conçu, et permet à chaque personne de pouvoir accéder à des informations contrôlées.

D'autres sources existent, comme par exemple « **on sexprime** » qui, sous le même format de vidéos informations, abordent différents sujets autour de la sexualité (18).

Il serait donc intéressant d'aborder ces ressources lors d'une consultation, même si cette dernière n'est pas consacrée à la contraception. Cela peut être lors de la vaccination contre le papillomavirus par exemple, ou lors d'une quelconque visite chez le médecin.

La présentation de ces ressources pourrait être faite à l'occasion des cours d'éducation à la sexualité. Ils représentent au collège et au lycée au moins trois séances annuelles, organisées par une équipe de personnels volontaires et formés, ou par des partenaires extérieurs ayant un agrément national ou académique. Cela pourrait permettre aux jeunes filles de s'interroger elles-mêmes, dans un premier temps, pour connaître leurs besoins, puis d'avoir les informations nécessaires pour faire un choix qu'elles confirmeront lors d'une consultation dédiée chez un médecin ou une sage-femme.

Pour les professionnels médicaux (gynécologues, sages-femmes et médecins traitants), la promotion de la contraception fait partie intégrante de leur activité. Il existe depuis 2017 la consultation dite CCP (Consultation Contraception et Prévention) qui a pour but de justement motiver et impliquer les professionnels dans la prévention des IST et la contraception auprès des jeunes filles de 15 à 19 ans. Elle est prise en charge à 100% et depuis le 1^{er} janvier 2022, l'accès à cette consultation s'étend aux femmes jusqu'à 25 ans révolus (19). Elle comprend l'explication des différents types de contraception possibles, leurs avantages, limites et inconvénients, une information sur la contraception d'urgence ainsi qu'une information sur la prévention des IST (20). C'est donc la consultation qui permet aux femmes de prendre toutes les informations, poser leurs questions pour choisir la contraception qui leur correspond.

A cela s'ajoute d'autres mesures de prise en charge intégrale permettant aux jeunes femmes un suivi contraceptif facilité : prise en charge d'une consultation de suivi dans l'année suite à la mise en place de la première contraception puis une consultation par an jusqu'à 25 ans révolus, prise en charge des contraceptifs remboursables, des actes techniques et prestations en lien avec la contraception (pose et changement de DIU ou d'implant, dosage biologique) (20). Cette action étant récente, nous n'avons pas de recul sur son efficacité, mais il est clair qu'elle est particulièrement intéressante en termes de promotion de la santé, et il semble indispensable que toutes les jeunes femmes soient informées de cette possibilité de consultation.

La CPAM envoie un courrier aux femmes de 25 ans dans l'objectif de les inviter à réaliser un frottis cervico-utérin dans le cadre du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Elle pourrait, pourquoi pas, faire de même pour les adolescentes : un courrier les invitant à se rapprocher d'un médecin ou d'une sage-femme si elles ressentent le besoin de parler de la contraception ou autre. Dans le même temps, dans ce courrier, pourrait être inclus le fascicule de 12 pages « **Choisir sa contraception** » réalisé par Santé publique France, qui reprend toutes les contraceptions et qui donne les ressources supplémentaires pour obtenir d'autres informations (21). Ceci pourrait impliquer les jeunes dans leur santé sexuelle.

Aujourd'hui, il existe une multitude de supports pour faciliter les explications des professionnels. Chacun adopte celui qui lui parle le plus.

Utiliser des supports différents permet d'aborder tous les moyens de contraception, sans écarter le DIU chez les jeunes femmes. Nous pourrions imaginer également une petite planche avec un résumé des différents moyens de contraception comme celle se trouvant dans le livret cité précédemment (disponible en Annexe 4). La patiente pourrait ainsi la conserver après la consultation pour réfléchir plus longuement à la meilleure option pour elle.

CONCLUSION

Le manque d'information des femmes, et notamment des jeunes femmes nullipares, fait que le stérilet n'est que très rarement une option qu'elles envisagent.

L'apport d'une information claire et complète amène ces dernières à avoir une réflexion personnelle sur cette méthode afin de reconsidérer l'option du stérilet.

L'utilisation de supports pédagogiques, accompagnée de la démonstration et la visualisation du DIU ont un impact positif et important sur la méconnaissance et les a priori des femmes. Ainsi, après informations détaillées, la majorité des jeunes femmes nullipares sont prêtes à inclure le stérilet dans leurs options contraceptives.

Commencer par leur en parler permet de laisser mûrir l'idée au cours du temps. La contraception n'est pas figée, elle doit évoluer en fonction des expériences personnelles, des besoins et des priorités de chaque femme, afin de choisir une méthode qui leur correspond le mieux.

L'information peut leur être apportée par différentes personnes, à différents moments de la vie. Une jeune fille peut être amenée à rencontrer au cours de sa scolarité, une infirmière, des professeurs, ou des intervenants qui sont engagés dans l'éducation à la sexualité. Très souvent, il s'agit pour elles d'une toute première approche permettant une ouverture vers la sexualité. La contraception doit faire partie intégrante de cette stratégie éducative, et toutes les solutions contraceptives doivent être présentées aux jeunes, y compris le stérilet. Des ressources simples d'accès doivent leur être apportées afin qu'ils puissent, s'ils en ressentent le besoin, avoir plus d'informations vérifiées sur ces sujets. De plus, il faut porter à leur connaissance les différents professionnels vers qui se tourner (centre de planning familial, professionnels de santé...) pour simplement discuter, s'ils rencontrent une difficulté ou s'ils ont besoin d'une prescription de contraception.

Face à cela, les professionnels se doivent d'être disponibles pour répondre aux besoins des jeunes femmes. La consultation CCP devrait permettre de prendre le temps d'aborder tous les sujets d'inquiétude des femmes et de faire un point sur les contraceptions envisagées par ces dernières. D'autres consultations sont aussi opportunes pour parler du stérilet comme par exemple une consultation post IVG. Il devrait être systématiquement abordé, proposé aux femmes quel que soit leur âge et leur parité.

Ainsi l'utilisation des méthodes de longue durée d'action, dont fait partie le stérilet, pourrait avoir le potentiel de changer le paysage contraceptif actuel. Il serait intéressant de proposer des campagnes d'informations pour les jeunes femmes à travers, pourquoi pas, des courriers informatifs pour les encourager à s'interroger elles-mêmes sur la contraception qu'elles souhaitent.

Bibliographie

1. SPF. Pratiques contraceptives des jeunes femmes de moins de 30 ans. [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/pratiques-contraceptives-des-jeunes-femmes-de-moins-de-30-ans>
2. LOI n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (1). 2001-588 juill 4, 2001.
3. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme: Décembre 2004. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod [Internet]. 1 juin 2005; 34(4):406-9. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0368231505828431>
4. Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C, l'équipe de l'enquête Fecond. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? : Popul Sociétés [Internet]. 15 mars 2012 ; N° 492(8):1-4. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-population-et-societes-2012-8-page-1.htm?ref=doi>
5. SPF. Baromètre santé 2016 Contraception [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/barometre-sante-2016-contraception>
6. Contraception chez la femme adulte et de l'adolescente en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG) [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752542/fr/contraception-chez-la-femme-adulte-et-de-l-adolescente-en-age-de-procreer-hors-post-partum-et-post-ivg
7. Fleming KL, Sokoloff A, Raine TR. Attitudes and beliefs about the intrauterine device among teenagers and young women. Contraception [Internet]. août 2010;82(2):178-82. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3153421/>
8. Netgen. Un nouveau regard sur la contraception des adolescentes : pourquoi prescrire un dispositif intra-utérin en première intention ? [Internet]. Revue Médicale Suisse. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2015/RMS-N-456-457/Un-nouveau-regard-sur-la-contraception-des-adolescentes-pourquoi-prescrire-un-dispositif-intra-uterin-en-premiere-intention#B9>
9. 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.
10. Moreau C, Bohet A, Hassoun D, Ringa V, Bajos N, FECOND group. IUD use in France: women's and physician's perspectives. Contraception. janv 2014;89(1):9-16.
11. Brown MK, Auerswald C, Eyre SL, Deardorff J, Dehlendorf C. Identifying Counseling Needs of Nulliparous Adolescent Intrauterine Contraceptive Users: A Qualitative Approach. J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med [Internet]. mars 2013 ; 52(3):293-300. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3580020/>

12. Russo JA, Miller E, Gold MA. Myths and Misconceptions About Long-Acting Reversible Contraception (LARC). *J Adolesc Health* [Internet]. avr 2013 ;52(4):S14-21. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1054139X13000633>
13. Pritt NM, Norris AH, Berlan ED. Barriers and Facilitators to Adolescents' Use of Long-Acting Reversible Contraceptives. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. févr 2017;30(1):18-22.
14. Harper CC, Henderson JT, Raine TR, Goodman S, Darney PD, Thompson KM, et al. Evidence-based IUD practice: family physicians and obstetrician-gynecologists. *Fam Med*. oct 2012;44(9):637-45.
15. Pazol K, Zapata LB, Tregear SJ, Mautone-Smith N, Gavin LE. Impact of Contraceptive Education on Contraceptive Knowledge and Decision Making. *Am J Prev Med* [Internet]. août 2015 ;49(2 0 1):S46-56. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4532374/>
16. Contraception : prescriptions et conseils aux femmes [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752432/fr/contraception-prescriptions-et-conseils-aux-femmes
17. Comment choisir sa contraception ? [Internet]. Disponible sur: <https://questionsexualite.fr/choisir-sa-contraception/ma-contraception-et-moi/comment-choisir-la-contraception-qui-vous-convient>
18. accueil [Internet]. On sexprime. Disponible sur: <https://www.onsexprime.fr>
19. Article L162-4-5 - Code de la sécurité sociale - Légifrance [Internet]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_1c/LEGIARTI000044628764
20. Contraception [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/regles-de-prescription-et-formalites/medicaments-et-dispositifs/contraception>
21. SPF. Choisir sa contraception [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/choisir-sa-contraception>

Position des femmes nullipares vis-à-vis de la contraception intra utérine

- 1) Quel âge avez-vous ?
- 2) Avez-vous déjà accouché (voie basse ou césarienne) ?
 OUI
 NON Si "non", merci de répondre aux questions suivantes.

Vos Contraceptions précédentes :

- 3) Quel a été votre premier moyen de contraception ?
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aucun | <input type="checkbox"/> Stérilet |
| <input type="checkbox"/> Préservatif (masculin ou féminin) | <input type="checkbox"/> Implant contraceptif |
| <input type="checkbox"/> Pilule | <input type="checkbox"/> Cape/Diaphragme cervicale |
| <input type="checkbox"/> Patch transdermique | <input type="checkbox"/> Autres : |
| <input type="checkbox"/> Anneau vaginal | |
- 4) Quels sont ceux que vous avez déjà utilisés au cours de votre vie ? *Merci de préciser approximativement la durée d'utilisation*
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aucun | <input type="checkbox"/> Stérilet |
| <input type="checkbox"/> Préservatif (masculin ou féminin) | <input type="checkbox"/> Implant contraceptif |
| <input type="checkbox"/> Pilule | <input type="checkbox"/> Cape/Diaphragme cervicale |
| <input type="checkbox"/> Patch transdermique | <input type="checkbox"/> Autres : |
| <input type="checkbox"/> Anneau vaginal | |

A propos du stérilet :

- 5) Avez-vous déjà entendu parler du stérilet comme moyen de contraception ?
 OUI si oui, par qui ?
 NON
- 6) Quel est votre intérêt pour le stérilet ? *Entourez le chiffre correspondant à votre niveau d'intérêt. 0 étant « pas intéressée » et 10, très intéressée. Vous avez la possibilité de répondre « je ne sais pas »*
- | | | | | | | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Pas intéressée | | | | | | | | | | Très intéressée |
- Je ne sais pas
- 7) Diriez-vous que vous êtes suffisamment informées sur le stérilet pour envisager cette option de contraception ?
 OUI NON Autre :
- 8) Selon vous, le stérilet est une méthode contraceptive dite :
 de longue durée d'action de courte durée d'action Je ne sais pas
- 9) Selon vous, il peut être utilisé chez les femmes qui n'ont jamais eu d'enfant :
 OUI NON Je ne sais pas
- 10) Il existe 2 types de stérilet savez-vous lesquels ? *citez-les* :
-
-
 Je ne sais pas
- 11) Combien de temps un stérilet peut-il rester en place au maximum ?
 Je ne sais pas
- 12) Qui peut poser un stérilet ?
.....
 Je ne sais pas

Apport d'information :

Avant de répondre aux dernières questions, lisez le texte suivant qui vous permet d'avoir l'information nécessaire sur le stérilet afin de pouvoir répondre objectivement. Afin que le questionnaire soit valide, merci de ne pas revenir sur vos précédentes réponses.

Le dispositif intra-utérin (DIU), encore appelé stérilet, fait partie des contraceptifs dits à **longue durée d'action**.

Il s'agit d'un petit dispositif très **léger** en matière plastique, mesurant **3 cm**. Il est placé par le **médecin généraliste, le gynécologue** ou la **sage-femme** dans la cavité de l'**utérus**. Son **efficacité** est très **élevée**.

La **pose est parfois ressentie comme désagréable** et des crampes utérines comme de petites douleurs de règles peuvent survenir.

Des fils de nylon sont accrochés au DIU. Ils permettent de vérifier qu'il est en place et de le retirer.

La **surveillance** d'un stérilet se fait en général un mois et demi après la pose, puis une fois par an lors d'un examen gynécologique qui permet de vérifier la présence des fils et de faire le point sur la tolérance et les éventuels effets ressentis.

Le stérilet peut être posé à des **jeunes filles ou à des femmes n'ayant pas eu d'enfant**. Un dépistage des

IST (infections sexuellement transmissibles) est alors proposé.

Il existe **deux types de dispositifs intra-utérins** : le dispositif au **cuivre** et le dispositif **hormonal**.

Le dispositif au cuivre rend les spermatozoïdes immobiles, empêchant la fécondation et l'implantation de l'œuf. Il peut être laissé en place entre **5 et 10 ans**. Les **règles sont assez souvent plus trainantes et plus abondantes**.

Le dispositif hormonal contient une hormone progestative qui diffuse essentiellement localement, rendant la **glaière cervicale** au niveau du col de l'utérus **impermeable aux spermatozoïdes**. Par ailleurs, il **réduit l'épaisseur de l'endomètre** et ainsi empêche la nidation. La progestérone est libérée très progressivement pendant **3 ou 5 ans**, selon le modèle. Dans la majorité des cas, **il n'y a plus ou très peu de règles**. On estime qu'une femme sur trois n'aura plus de règles au bout de deux ans. Dans certains cas des **saignements** le plus souvent **peu importants** peuvent survenir. Comme tout dispositif médical, d'autres effets secondaires peuvent survenir de façon individuelle.

13) Suite à cet apport d'information, quel est votre intérêt pour le stérilet ? *Entourez le chiffre correspondant à votre niveau d'intérêt. 0 étant « pas intéressée » et 10, très intéressée. Vous avez la possibilité de répondre « je ne sais pas »*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pas intéressée Très intéressée
 Je ne sais pas

14) Raison de cet intérêt

- C'est une méthode très efficace
- C'est une méthode discrète
- C'est un contraceptif qui reste en place longtemps
- Je ne veux pas utiliser d'hormone pour ma contraception
- Je n'ai pas de contraintes horaire liée à la prise d'un comprimé
- Les douleurs des règles sont atténuées
- Autre :

.....
.....

15) Raison du désintérêt

- Je n'aime pas l'idée d'avoir quelque chose dans mon corps.
- Je crains la douleur lors de la pose.
- Je suis obligée d'aller voir un médecin ou une sage-femme pour la pose et le retrait.
- Des règles d'abondance plus importante avec le stérilet au cuivre.
- L'absence de règles ou les saignements aléatoires avec le stérilet hormonal.
- J'ai peur d'un manque d'efficacité
- Autre :

.....
.....

Avez-vous des commentaires suite à ce questionnaire ?

Merci d'avoir pris le temps de répondre.

Annexe 2 : Suggestions pour l'apport d'informations sur le DIU
Basées sur l'étude de Brown

Counseling suggestions, based on study results*

BEFORE INSERTION

1. Spread awareness of IUC

- Introduce IUC to nulliparous adolescent candidates during contraception counseling
- Educate about and offer Copper-T as a form of emergency contraception
- Stay up to date on current IUC medical eligibility criteria

2. Prioritize individual needs

- Identify personal preferences for contraception and tailor counseling according to these preferences
- Discuss non-contraceptive benefits of IUC, such as lighter menstrual flow with the LNG-IUS

3. Provide comprehensive information

- Give wide range of information on possible side effects
- Use visuals and models to explain where IUC is placed and how it works
- Consider offering personal experiences with IUC, when appropriate, or subjective advice when requested
- Develop a list of reputable Internet sites that adolescent can refer to throughout the adoption process
- After counseling, encourage adolescent to discuss IUC with members of her social network who have had positive experiences with the method

4. Address and discuss concerns

- Remember that an adolescent may still use and be satisfied with IUC even if she has a negative initial reaction to the method
- Discuss the role of the social network in perpetuating concerns about IUC and dispel misconceptions that the adolescent may have about the method
- Remind adolescent that "everyone is different" and that the negative experiences of friends may not reflect her own experience
- Reassure adolescent that IUC discontinuation is an option

5. Prepare adolescent for adjustment and reassessment phase

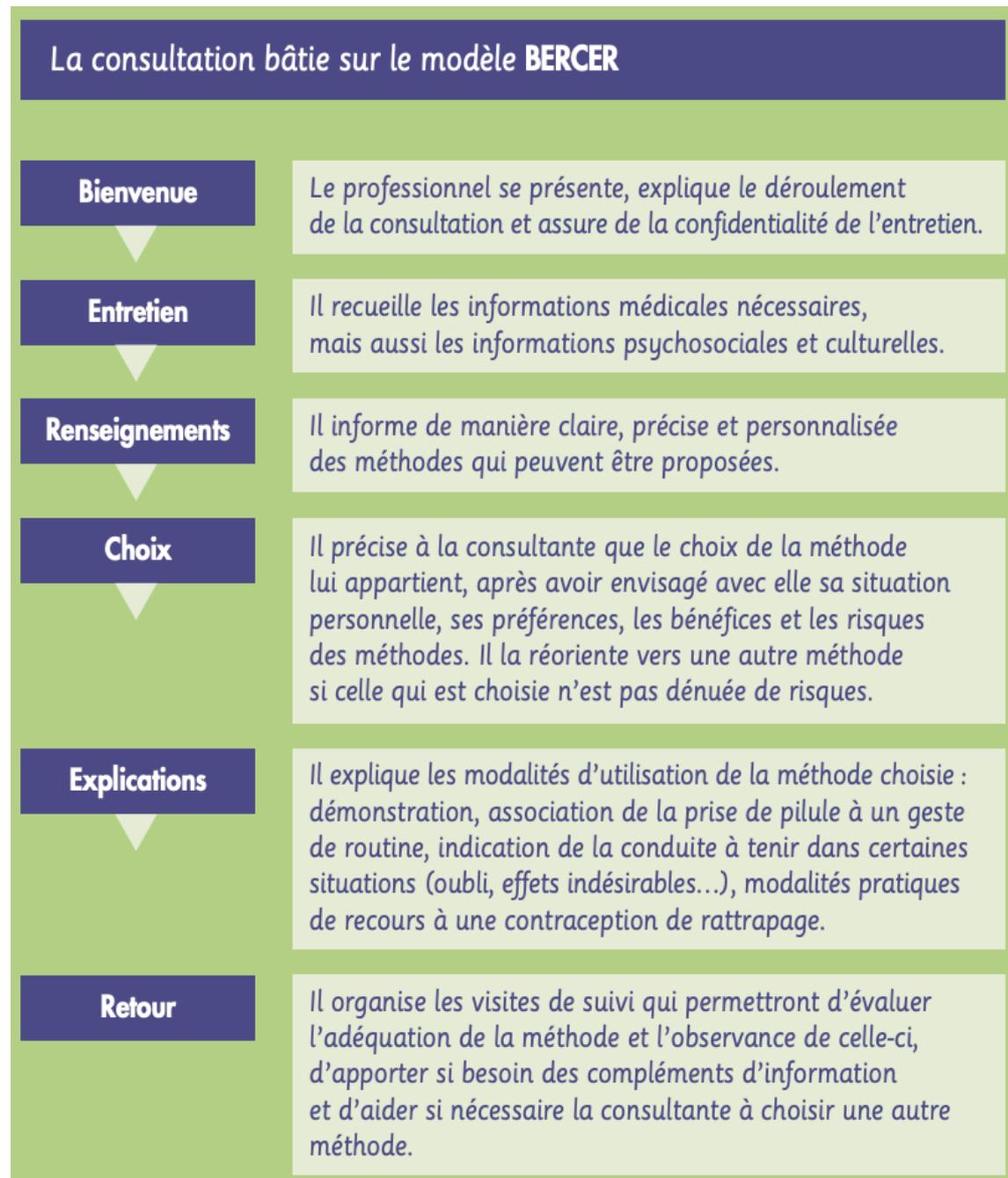
- Discuss sources of support in case of concerns
- Explain that clinic is available to answer questions after insertion
- Discuss motivation for using IUC and non-contraceptive benefits of the method

AFTER INSERTION

1. Provide support

- Be available by text, email or phone to answer questions about side effects
 - Validate and discuss concerns that may arise
 - Remove IUC if requested by adolescent
-

* Given the limited amount of time available in a contraceptive counseling visit, it may be necessary to involve other clinic staff in the implementation of these recommendations



Annexe 4 : Planches récapitulatives des différentes méthodes contraceptives
Tirées de la fiche « Choisir sa contraception » de Santé publique France

LES DIFFÉRENTES MÉTHODES CONTRACEPTIVES

LA MÉTHODE	PRIX ¹	COMMENT L'OBTENIR ?
 <p>DIU (Dispositif Intra-Utérin) Il en existe deux types : au cuivre ou lévonorgestrel. Le DIU (auparavant appelé « stérilet ») est placé dans l'utérus par un médecin ou une sage-femme. La pose dure quelques minutes. Il peut être enlevé par le médecin ou la sage-femme dès que la femme le désire. Il est efficace de 4 à 10 ans, selon le modèle. Il a une longue durée d'action et permet d'avoir l'esprit tranquille.</p>	<p>DIU au cuivre : 34 €. DIU hormonal : entre 96 et 107 €. Remboursé à 65 %. Gratuit : • Dans les CPEF² : pour les mineures et les non-assurées sociales • En pharmacie : pour les mineures sous conditions³</p>	<p>Prescrit, posé et retiré par un médecin ou une sage-femme. Délivré sur ordonnance en pharmacie.</p>
 <p>PILULE CONTRACEPTIVE Un comprimé à prendre quotidiennement et à heure régulière pendant 21 jours ou 28 jours, selon le type de pilule. Il en existe deux types : les pilules combinées œstroprogestatives qui contiennent deux hormones et les pilules progestatives qui n'en contiennent qu'une. Les pilules œstroprogestatives sont classées selon la génération du progestatif. Le type de génération privilégié sera envisagé avec le professionnel de santé consulté.</p>	<p>Pour les pilules de 1^{re} et 2^e générations : environ 1,50 €/mois. Remboursées à 65%. Pour les pilules de 3^e et 4^e générations : prix libre. Gratuites : • Dans les CPEF² : pour les mineures et les non-assurées sociales • En pharmacie : pour les mineures sous conditions³</p>	<p>Prescrite par un médecin ou une sage-femme. Elle peut être renouvelée par une infirmière pour 6 mois maximum. Délivrée sur ordonnance en pharmacie. Le pharmacien peut renouveler la délivrance pour 6 mois maximum.</p>
 <p>PATCH CONTRACEPTIF Un patch à coller soi-même sur la peau une fois par semaine et à renouveler chaque semaine, pendant 3 semaines. Durant la 4^e semaine, on ne met pas de patch, mais on est tout de même protégé. L'arrêt provoque l'apparition des règles. Le patch est une méthode œstroprogestative car il contient deux types d'hormones : un œstroprogestatif et un progestatif.</p>	<p>Une boîte de 3 patch coûte environ 15 €¹ Prix libre. Non remboursé.</p>	<p>Prescrit par un médecin ou une sage-femme. Délivré sur ordonnance en pharmacie.</p>
 <p>IMPLANT CONTRACEPTIF Un bâtonnet cylindrique de 4 cm de long et de 2 mm de large inséré sous la peau du bras, sous anesthésie locale. La pose dure quelques minutes. Il peut être retiré par un médecin ou une sage-femme dès que la femme le désire. L'implant peut être laissé en place pendant 3 ans. L'implant est une méthode contraceptive hormonale.</p>	<p>103 €. Remboursé à 65 %. Gratuit : • Dans les CPEF² : pour les mineures et les non-assurées sociales • En pharmacie : pour les mineures sous conditions³</p>	<p>Prescrit, posé et retiré par un médecin ou une sage-femme. Délivré sur ordonnance en pharmacie.</p>
 <p>ANNEAU VAGINAL Un anneau souple à placer soi-même dans le vagin, simplement, comme un tampon. On le laisse en place pendant 3 semaines. Au début de la 4^e semaine, on enlève l'anneau soi-même, ce qui provoque l'apparition des règles. On est protégé même pendant la période d'arrêt. Il permet de bénéficier d'une contraception efficace sans y penser pendant 3 semaines. L'anneau vaginal est une méthode œstroprogestative car il contient deux types d'hormones : un œstroprogestatif et un progestatif.</p>	<p>Environ 16 €/mois. Prix libre. Non remboursé.</p>	<p>Prescrit par un médecin ou une sage-femme. Délivré sur ordonnance en pharmacie.</p>
 <p>DIAPHRAGME ET CAPE CERVICALE Le diaphragme est une coupelle en silicone que l'on place soi-même dans le vagin. Il s'utilise associé à un produit spermicide. Cela empêche le passage des spermatozoïdes. La cape est un dôme très fin, en silicone, qui vient recouvrir le col de l'utérus. Le diaphragme ou la cape cervicale peut être posé(e) au moment du rapport sexuel, mais aussi plusieurs heures avant. Il est important de le/la garder pendant 8 heures après le rapport. Il/elle est réutilisable.</p>	<p>Entre 20 et 60 €. Diaphragme remboursé sur la base de 3,14 €. Cape cervicale à prix libre, non remboursée.</p>	<p>Prescrit par un médecin ou une sage-femme qui vous apprend à le/la poser. Le diaphragme peut être délivré sur ordonnance en pharmacie ou obtenu dans les CPEF². La cape cervicale ainsi que les spermicides qui accompagnent l'utilisation du diaphragme, s'achètent en pharmacie sans ordonnance.</p>
 <p>PRÉSERVATIF MASCULIN En latex ou en polyuréthane, il se déroule sur le pénis en érection avant la pénétration et retient le sperme. Avant la fin de l'érection, il faut se retirer en retenant le préservatif à la base du pénis, puis faire un nœud et le jeter à la poubelle. Le préservatif doit être changé à chaque rapport sexuel. Un gel lubrifiant peut être associé à l'utilisation du préservatif. Avec le préservatif féminin, c'est le seul moyen de contraception qui protège également du VIH et de la plupart des autres infections sexuellement transmissibles (IST).</p>	<p>À partir de 56 cts le préservatif. Certains préservatifs sont remboursés sur ordonnance. Gratuit dans les CPEF² et les CeGIDD³.</p>	<p>Avec ou sans ordonnance en pharmacie. En vente libre en grande surface, distributeurs automatiques et sur internet.</p>
 <p>PRÉSERVATIF FÉMININ Gaine en nitrile ou en polyuréthane munie d'un anneau souple aux deux extrémités qui se place dans le vagin. Il peut être mis en place plusieurs heures avant le rapport sexuel. Le préservatif doit être changé à chaque rapport sexuel. Avec le préservatif masculin, c'est le seul moyen de contraception qui protège du VIH et de la plupart des autres infections sexuellement transmissibles (IST).</p>	<p>Environ 8,30 € la boîte de 3 préservatifs. Prix libre. Non remboursé. Gratuit dans les CPEF² et les CeGIDD³.</p>	<p>Sans ordonnance en pharmacie et sur internet.</p>
 <p>SPERMICIDES Les spermicides se présentent sous forme de gel et d'ovule qui se placent dans le vagin quelques minutes avant chaque rapport et détruisent les spermatozoïdes. Une contraception de dépannage.</p>	<p>Environ 5 à 20 € selon le type, pour plusieurs doses. Prix libre. Non remboursés.</p>	<p>Sans ordonnance en pharmacie.</p>
 <p>PROGESTATIFS INJECTABLES Un progestatif de synthèse (médroxyprogestérone) est injecté par piqûre intramusculaire tous les trois mois. Pendant 12 semaines, le produit assure une contraception constante. Les injections doivent être faites à intervalles réguliers par un médecin, une infirmière ou une sage-femme. Les progestatifs injectables sont une méthode contraceptive hormonale.</p>	<p>Chaque dose coûte 3 €. Gratuites : • Dans les CPEF² : pour les mineures et les non-assurées sociales • En pharmacie : pour les mineures sous conditions³</p>	<p>Sur ordonnance en pharmacie ou dans les CPEF.</p>
 <p>LES MÉTHODES DE STÉRILISATION À VISÉE CONTRACEPTIVE Ces méthodes peuvent être envisagées chez des personnes majeures, hommes ou femmes. Elles provoquent une stérilité considérée comme définitive. L'intervention doit résulter d'une décision personnelle et se déroule dans un établissement de santé. Pour plus d'information, consultez le site www.choisirsacontraception.fr</p>	<p>Remboursées à 80 %.</p>	<p>L'intervention ne peut être réalisée : • qu'après une première consultation médicale d'information ; • à l'issue d'un délai de réflexion de 4 mois après cette première consultation ; • et après confirmation écrite par la personne concernée de sa volonté de subir une intervention.</p>