



HAL
open science

Explorations des connaissances des nullipares concernant le dispositif intra-utérin

Ophélie D'Orio

► **To cite this version:**

Ophélie D'Orio. Explorations des connaissances des nullipares concernant le dispositif intra-utérin. Sciences du Vivant [q-bio]. 2023. dumas-04000384

HAL Id: dumas-04000384

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04000384>

Submitted on 22 Feb 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.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

Explorations des connaissances des nullipares concernant le dispositif intra-utérin

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALE DE MARSEILLE

Le 10 Février 2023

Par Madame Ophélie D'ORIO

Née le 7 mars 1995 à Marseille (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur CRAVELLO Ludovic

Président

Madame le Docteur (MCA) ROUSSEAU DURAND Raphaëlle

Assesseur

Monsieur le Docteur URBANO Jean-David

Assesseur



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

Explorations des connaissances des nullipares concernant le dispositif intra-utérin

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALE DE MARSEILLE

Le 10 Février 2023

Par Madame Ophélie D'ORIO

Née le 7 mars 1995 à Marseille (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur CRAVELLO Ludovic

Président

Madame le Docteur (MCA) ROUSSEAU DURAND Raphaëlle

Assesseur

Monsieur le Docteur URBANO Jean-David

Assesseur



FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI
Asseseurs :		
➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DELARQUE Alain
	ALBANESE Jacques		DEVIN Robert
	ALDIGHIERI René		DEVRED Philippe
	ALESSANDRINI Pierre		DJIANE Pierre
	ALLIEZ Bernard		DONNET Vincent
	AQUARON Robert		DUCASSOU Jacques
	ARGEME Maxime		DUFOUR Michel
	ASSADOURIAN Robert		DUMON Henri
	AUFFRAY Jean-Pierre		DURAND Jean-Marc
	AUTILLO-TOUATI Amapola		ENJALBERT Alain
	AZORIN Jean-Michel		FAUGERE Gérard
	BAILLE Yves		FAVRE Roger
	BARDOT Jacques		FIECHI Marius
	BARDOT André		FARNARIER Georges
	BERARD Pierre		FIGARELLA Jacques
	BERGOIN Maurice		FIGARELLA-BRANGER Dominique
	BERLAND Yvon		FONTES Michel
	BERNARD Dominique		FRANCES Yves
	BERNARD Jean-Louis		FRANCOIS Georges
	BERNARD Pierre-Marie		FUENTES Pierre
	BERTRAND Edmond		GABRIEL Bernard
	BISSET Jean-Pierre		GALINIER Louis
	BLANC Bernard		GALLAIS Hervé
	BLANC Jean-Louis		GAMERRE Marc
	BOLLINI Gérard		GARCIN Michel
	BONGRAND Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BONNEAU Henri		GAUTHIER André
	BONNOIT Jean		GERARD Raymond
	BORY Michel		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BOTTA Alain		GIUDICELLI Sébastien
	BOTTA-FRIDLUND Daniëlle		GOUDARD Alain
	BOUBLI Léon		GOUIN François
	BOURGEADE Augustin		GRILLO Jean-Marie
	BOUVENOT Gilles		GRIMAUD Jean-Charles
	BOUYALA Jean-Marie		GRISOLI François
	BREMOND Georges		GROULIER Pierre
	BRICOT René		GUYS Jean-Michel
	BRUNET Christian		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BUREAU Henri		HARLE Jean-Robert
	CAMBOULIVES Jean		HASSOUN Jacques
	CANNONI Maurice		HEIM Marc
	CARTOUZOU Guy		HOUEL Jean
	CAU Pierre		HUGUET Jean-François
	CHABOT Jean-Michel		JAQUET Philippe
	CHAMLIAN Albert		JAMMES Yves
	CHARPIN Denis		JOUVE Paulette
	CHARREL Michel		JUHAN Claude
	CHAUVEL Patrick		JUIN Pierre
	CHOUX Maurice		KAPHAN Gérard
	CIANFARANI François		KASBARIAN Michel
	CLAVERIE Jean-Michel		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CLEMENT Robert		LACHARD Jean
	COMBALBERT André		LAFFARGUE Pierre
	CONTE-DEVOLX Bernard		LAUGIER René
	CORRIOL Jacques		LE TREUT Yves
	COULANGE Christian		LEGRE Régis
	CURVALE Georges		LEVY Samuel
	DALMAS Henri		LOUCHET Edmond
	DE MICO Philippe		LOUIS René
	DELPERO Jean-Robert		LUCIANI Jean-Marie
	DESSEIN Alain		MAGALON Guy

PROFESSEURS HONORAIRES

MM MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
MICHOTEY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PANUEL Michel
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RAOULT Didier
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
TRIGLIA Jean-Michel
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019
M. le Professeur	RIDINGS Bernard	31/08/2021

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021

EMERITAT

2020

M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

2021

M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2022
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2022
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2022
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2022
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2022
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2022
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2022

2020

2022

Mme le Professeur	FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
M. le Professeur	HARLE Jean-Robert	31/08/2025
M. le Professeur	PANUEL Michel	31/08/2025
M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2023
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2023
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2023
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2023
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2023
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2023
M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2023
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2023

DOCTEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990		DOCTEURS HONORIS CAUSA
MM. les Professeurs		J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991		
MM. les Professeurs		J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992		
MM. les Professeurs		H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994		
MM. les Professeurs		G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995		
MM. les Professeurs		D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997		
MM. les Professeurs		C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998		
MM. les Professeurs		O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999		
MM. les Professeurs		J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000		
MM. les Professeurs		D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001		
MM. les Professeurs		P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002		
MM. les Professeurs		M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003		
M. le Professeur Sir		T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
2004		
M. le Professeur		M. DAKE (U.S.A.)
2005		
M. le Professeur		L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006		
M. le Professeur		A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007		
M. le Professeur		S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	COSTELLO Régis	HABIB Gilbert
ALIMI Yves	COURBIERE Blandine	HARDWIGSEN Jean
AMABILE Philippe	CRAVELLO Ludovic	HOUVENAEGHEL Gilles
<i>AMBROSI Pierre Surnombre</i>	CUISSET Thomas	HRAIECH Sami
ANDRE Nicolas	DA FONSECA David	JACQUIER Alexis
ARGENSON Jean-Noël	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	JOURDE-CHICHE Noémie
ASTOUL Philippe	DANIEL Laurent	JOUBE Jean-Luc
ATTARIAN Shahram	DARMON Patrice	KAPLANSKI Gilles
AUDOUIN Bertrand	DAUMAS Aurélie	KARSENTY Gilles
AUQUIER Pascal	DAVID Thierry	<i>KERBAUL François détachement</i>
AVIERINOS Jean-François	D'ERCOLE Claude	KRAHN Martin
AZULAY Jean-Philippe	D'JOURNO Xavier	LAFFORGUE Pierre
<i>BAILLY Daniel Retraite au 2/11/2022</i>	DEHARO Jean-Claude	LAGIER Jean-Christophe
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel	LAMBAUDIE Eric
BARLOGIS Vincent	<i>DENIS Danièle Surnombre</i>	LANCON Christophe
BARTHET Marc	DEVILLIER Raynier	LA SCOLA Bernard
BARTOLI Christophe	DISDIER Patrick	LAUNAY Franck
BARTOLI Jean-Michel	DODDOLI Christophe	LAVIEILLE Jean-Pierre
BARTOLI Michel	DRANCOURT Michel	LE CORROLLER Thomas
BARTOLOMEI Fabrice	DUBUS Jean-Christophe	LECHEVALLIER Eric
BASTIDE Cyrille	DUFFAUD Florence	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUFOUR Henry	LEONE Marc
BENSOUSSAN Laurent	DUSSOL Bertrand	LEONETTI Georges
BERBIS Philippe	EBBO Mikaël	LEPIDI Hubert
BERBIS Julie	EUSEBIO Alexandre	<i>LEVY Nicolas disponibilité</i>
BERDAH Stéphane	FABRE Alexandre	LOOSVELD Marie
BEROUD Christophe	FAKHRY Nicolas	MACE Loïc
BERTRAND Baptiste	FAURE Alice	MAGNAN Pierre-Edouard
BERTUCCI François	FELICIAN Olivier	MANCINI Julien
BEYER-BERJOT Laura	FENOLLAR Florence	MEGE Jean-Louis
BLAISE Didier	FLECHER Xavier	MERROT Thierry
BLIN Olivier	FOUILLOUX Virginie	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BLONDEL Benjamin	FOURNIER Pierre-Edouard	MEYER/DUTOUR Anne
BOISSIER Romain	FRANCESCHI Frédéric	MICCALEF/ROLL Joëlle
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FUENTES Stéphane	MICHEL Fabrice
BONELLO Laurent	GABERT Jean	MICHEL Gérard
BONNET Jean-Louis	GABORIT Bénédicte	MICHEL Justin
<i>BOUFI Mourad</i>	GAINNIER Marc	<i>MICHELET Pierre disponibilité</i>
BOYER Laurent	<i>GARCIA Stéphane disponibilité</i>	MILH Mathieu
BREGEON Fabienne	GARIBOLDI Vlad	MILLION Matthieu
BRETELLE Florence	GAUDART Jean	MOAL Valérie
BROUQUI Philippe	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MORANGE Pierre-Emmanuel
BRUDER Nicolas	GENTILE Stéphanie	MOULIN Guy
BRUE Thierry	GERBEAUX Patrick	MOUTARDIER Vincent
BRUNET Philippe	GEROLAMI/SANTANDREA René	NAUDIN Jean
BURTEY Stéphane	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GIORGI Roch	NICOLLAS Richard
CASANOVA Dominique	GIOVANNI Antoine	NGUYEN Karine
CASTINETTI Frédéric	GIRARD Nadine	OLIVE Daniel
CECCALDI Mathieu	GIRAUD/CHABROL Brigitte	OLLIVIER Matthieu
CERMOLACCE Michel	GONCALVES Anthony	OUAFIK L'Houcine
CHAGNAUD Christophe	GONZALEZ Jean- Michel	OVAERT-REGGIO Caroline
CHAMBOST Hervé	GRAILLON Thomas	PADOVANI Laetitia
CHAMPSAUR Pierre	GRANEL/REY Brigitte	PAGANELLI Franck
CHANEZ Pascal	GRANDVAL Philippe	PAPAZIAN Laurent
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GREILLIER Laurent	PAROLA Philippe
CHARREL Rémi	<i>GROB Jean-Jacques Retraite au 1/10/2022</i>	PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
CHAUMOITRE Kathia	GUEDJ Eric	PELLETIER Jean
CHIARONI Jacques	GUIEU Régis	PERRIN Jeanne
CHINOT Olivier	GUIS Sandrine	PESENTI Sébastien
CHOSSEGROS Cyrille	GUYE Maxime	PETIT Philippe
COLLART Frédéric	GUYOT Laurent	PHAM Thao

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	ROUDIER Jean	VALERO René
PIQUET Philippe	SALAS Sébastien	VAROQUAUX Arthur Damien
PIRRO Nicolas	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VELLY Lionel
POINSO François	SCAVARDA Didier	VEY Norbert
RACCAH Denis	SCHLEINITZ Nicolas	VIDAL Vincent
RADULESCO Thomas	SEBAG Frédéric	VIENS Patrice
RANQUE Stéphane	SIELEZNEFF Igor	VILLANI Patrick
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VITON Jean-Michel
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	VITTON Véronique
REYNAUD Rachel	SUISSA Laurent	<i>VIEHWEGER Heide Elke détachement</i>
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	TAIEB David	VIVIER Eric
RICHERI Raphaëlle	THOMAS Pascal	XERRI Luc
ROCHE Pierre-Hugues	THUNY Franck	ZIELESKIEWICZ Laurent
ROCH Antoine	TOSELLO Barthélémy	
ROCHWERGER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	
ROLL Patrice	TROPIANO Patrick	
ROSSI Dominique	<i>TSIMARATOS Michel détachement</i>	
ROSSI Pascal	TURRINI Olivier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
COLSON Sébastien
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES à MI-TEMPS MEDECINE GENERALE

BARGIER Jacques
JANCZEWSKI Aurélie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à TEMPS PLEIN DES DISCIPLINES MEDICALES

BOUSSUGES Alain

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BOURVIS Nadège

Secrétariat Général - RH

MAJ 01.09.2022

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	GAUDRY Marine	ROMANET Pauline
APPAY Romain	GELSI/BOYER Véronique	SABATIER Renaud
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BEGE Thierry	GOURIET Frédérique	SAULTIER Paul
BENYAMINE Audrey	GUERIN Carole	SAVEANU Alexandru
BIRNBAUM David	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	STELLMANN Jan-Patrick
BOBOT Mickael	GUIDON Catherine	SUCHON Pierre
BONINI Francesca	GUIVARCH Jokthan	TABOURET Emeline
BOUCRAUT Joseph	HABERT Paul	TOGA Isabelle
BOULAMERY Audrey	HAUTIER Aurélie	TOMASINI Pascale
BOULLU/CIOCCA Sandrine	IBRAHIM KOSTA Manal	TROUDE Lucas
BOUSSEN Salah Michel	JALOUX Charlotte	TROUSSE Delphine
BUFFAT Christophe	JARROT Pierre-André	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CAMILLERI Serge	KASPI-PEZZOLI Elise	VELY Frédéric
CARRON Romain	L'OLLIVIER Coralie	VENTON Geoffroy
CASSAGNE Carole	LABIT-BOUVIER Corinne	VION-DURY Jean
CHAUDET Hervé	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	ZATTARA/CANNONI Hélène
CHRETIEN Anne-Sophie	LAGARDE Stanislas	
COZE Carole	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
CUNY Thomas	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAMBERT Isabelle	
DALES Jean-Philippe	LENOIR Marien	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle (<i>disponibilité</i>)	MAAROUF Adil	
DEHARO Pierre	MACAGNO Nicolas	
DELLIAUX Stéphane	MALISSEN Nausicaa	
DELTEIL Clémence	MAUES DE PAULA André	
DESPLAT/JEGO Sophie	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MORAND-HUGGET Aurélie	
DUONSEIL Pauline	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUFOUR Jean-Charles	NINOVE Laetitia	
ELDIN Carole	NOUGAIREDE Antoine	
FOLETTI Jean- Marc	PAULMYER/LACROIX Odile	
FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie	
FROMNOT Julien	ROBERT Philippe	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	RUEL Jérôme
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MEZOUAR Soraya	THIRION Sylvie
DEGIOANNI/SALLE Anna	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte retraite au 1/10/2022	VERNA Emeline

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
JEGO SABLIER Maëva

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BERNAL Alexis	ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
FIERLING Thomas	THERY Didier
FORTE Jenny	
MITILIAN Eva	

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
LAZZAROTTO Sébastien
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
MORIN-GALFOUT Sara
ROMAN Christophe

TRINQUET Laure
VILLA Milène

CDI LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES ET DE LA READAPTION

FORMATION ERGOTHERAPIE

BLANC Catheline
DESPRES Géraldine
GIRAUDIER Anaïs
PAVE Julien

FORMATION PODOLOGIE

GRIFFON Patricia
PETITJEAN Aurélie

FORMATION ORTHOPTIE

MONTICOLO Chloé

FORMATION MASSO-KINESITHERAPIE

AUTHIER Guillaume
CAORS Béatrice
CHAULLET Karine
ERCOLANO Bruno
HENRY Joannie
HOUDANT Benjamin
MIRAPEIX Sébastien
MULLER Philippe
ROSTAGNO Stéphan

CDD LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

CHAYS-AMANIA Audrey

CDD LRU TEMPS PLEIN ANGLAIS

GILSINN Amanda

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

SACHAU-CARCEL Géraldine

CDI LRU ECOLE DE MAÏEUTIQUE

CLADY Emilie
FREMONDIERE Pierre
MATTEO Caroline
MONLEAU Sophie
MUSSARD-HASSLER Pascale
RIQUET Sébastien
ZAKARIAN Carole

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

APPAY Romain (MCU-PH)
DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)
ZIELESKIEWICZ Laurent (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

SACHAU-CARCEL Géraldine (ATER)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MARLINGE Marion (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
 ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)
 MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
 OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 PADOVANI Laetitia (PH-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
 BONELLO Laurent (PU PH)
 BONNET Jean-Louis (PU-PH)
 CUISSET Thomas (PU-PH)
 DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
 HABIB Gilbert (PU-PH)
 PAGANELLI Franck (PU-PH)
 THUNY Franck (PU-PH)

DEHARO Pierre (MCU PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (PU-PH)
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)
 DUONSEIL Pauline (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU PH)
 MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

FAURE Alice (PU PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 PESENTI Sébastien (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) *détachement*

DARIEL Anne (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

LENOIR Marien (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

BERTRAND Baptiste (PU-PH)
CASANOVA Dominique (PU-PH)

HAUTIER Aurélie (MCU-PH)
JALOUX Charlotte (MCU PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
BOUFI Mourad (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)
SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GAUDRY Marine (MCU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GONZALEZ Jean-Michel (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH) Retraite au 1/10/2022
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

MALISSEN Nausicaa (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH) Disponibilité
NGYUEN Karine (PU-PH)

ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BRETTELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

CUNY Thomas (MCU PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF) Retraite au 1/10/2022

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 JARROT Pierre-André (MCU PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 DEVILLIER Raynier (PU PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 LOOSVELD Marie (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)
 VENTON (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

DELTEIL Clémence (MCU PH)
 TUCHANT-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 MILLION Matthieu (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

GERBEAUX Patrick (PU PH)
KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH) Disponibilité

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 EBBO Mikael (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

BARGIER Jacques (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

JEGO SABLIER Maëva (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BERNAL Alexis (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

MITILIAN Eva (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/2019)

NUTRITION 4404

BELIARD Sophie (PU-PH)

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

MEZOUAR Soraya (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

*DENIS Danièle (PU-PH) Surnombre***OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501**

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

RADULESCO Thomas (PU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

BOBOT Mickael (MCU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

GRAILLON Thomas (PU PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

TROUDE Lucas (MCU-PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

SUISSA Laurent (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

BOURVIS Nadège (PR associée)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

MORAND-HUGGET Aurélie (MCU-PH)

SAULTIER Paul (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

LAMBERT Isabelle (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903*BAILLY Daniel (PU-PH) Retraite au 2/11/2022*

CERMOLACCE Michel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

RICHIERI Raphaëlle (PU-PH)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RHUMATOLOGIE 5001**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

HABERT Paul (MCU PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804*AMBROSI Pierre (PU-PH) Surnombre*

DAUMAS Aurélie (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 HRAIECH Sami (PU-PH)
 PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 BOISSIER Romain (PU-PH)
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)

SCIENCES DE LA REEDUCATION ET READAPTATION 91

REVIS Joana (PAST)

AUTHIER Guillaume
 BLANC Catheline
 CAORS Béatrice
 CHAULLET Karine
 ERCOLANO Bruno
 GRIFFON Patricia
 GIRAUDIER Anaïs
 GRIFFON Patricia
 HENRY Joannie
 HOUDANT Benjamin
 MIRAPEIX Sébastien
 MONTICOLO Chloé
 MULLER Philippe
 PAVE Julien
 PETITJEAN Aurélie
 ROSTAGNO Stéphane

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

MAÏEUTIQUE 90

CLADY Emilie
 FREMONDIERE Pierre
 MATTEO Caroline
 MONLEAU Sophie
 MUSSARD-HASSLER Pascale
 REPELLIN David
 RIQUET Sébastien
 ZAKARIAN Carole

SCIENCES INFIRMIERES 92

COLSON Sébastien (PR)
 BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 VILLA Milène (MAST)

ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE ET ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE 56-01

CAMOIN Ariane (MCU-PH)
 GAUBERT Jacques (MCU-PH)

BLANCHET Isabelle (MCF ASS)

CHIRURGIE ORALE; PARODONTOLOGIE; BIOLOGIE ORALE 57-01

MONNET-CORTI Virginie (PU-PH)
 CAMPANA Fabrice (MCU-PH)
 CATHERINE Jean-Hugues (MCU-PH)
 ANTEZACK Angéline (MCU-PH)

PREVENTION, EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE, ODONTOLOGIE LEGALE 56-02

FOTI Bruno (PU-PH)
 LE GALL Michel (PU-PH)

LAN Romain (MCU-PH)

DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATERIAUX 58-01

TERRER Elodie (PU-PH)

ABOUDHARAM Gérard (MCU-PH)
 GIRAUD Thomas (MCU-PH)
 GIRAUDEAU Anne (MCU-PH)
 GUIVARC'H Maud (MCU-PH)
 JACQUOT Bruno (MCU-PH)
 LABORDE Gilles (MCU-PH)
 LAURENT Michel (MCU-PH)
 MAILLE Gérald (MCU-PH)

MENSE Chloé (MCU-PH)
 SILVESTRI Frédéric (MCU-PH)
 BALLESTER Benoît (MCF ASS)
 CASAZZA Estelle (MCF ASS)

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

À Monsieur le Professeur CRAVELLO, merci de m'avoir fait l'honneur de présider ma thèse. Je vous en suis profondément reconnaissante.

À Monsieur le Docteur URBANO, mon directeur de thèse, merci pour ton aide précieuse et ton investissement dans ce projet. J'ai toujours pu compter sur toi, pour la thèse comme pour les gardes ! Merci pour tes conseils, tes encouragements et ton art pour me rassurer. Merci pour ta bienveillance qui m'a permise d'être suffisamment en confiance dans le monde si particulier des Urgences. Tu as toute ma reconnaissance et vivement que l'on retravaille ensemble.

À Madame le Docteur ROUSSEAU DURAND, merci de faire partie du jury de ma thèse. Vous incarnez pour moi la noblesse de la Médecine Générale. Un immense merci pour votre bienveillance à mon égard et pour les valeurs professionnelles que vous m'avez transmises.

Aux Médecins et équipes médicales qui m'ont accompagnée,

À la team Ciotat, j'espère vraiment pouvoir travailler avec vous un jour. Merci de m'avoir cocooné pendant 7 mois et de m'avoir mise en confiance. À votre gaité matinale et ce café si précieux de 6h après une nuit blanche à veiller sur les patients, merci d'avoir veillé sur moi.

Une pensée toute spéciale à **Emilie** et **Alicia** mes chouchoutes. Vous m'avez tellement appris. Sans vous on ne pourrait pas soigner le monde. Merci les copines.

Vive le Coco Club !

À l'équipe du CHET, au **Docteur DE MAUROY** et au **Docteur TARTIVOT**, merci de m'avoir fait confiance et de m'avoir transmis votre savoir et vos compétences au service des patients. Vous êtes des personnes incroyables avec qui j'ai beaucoup apprécié travailler. Merci **Christine** de m'avoir aidée, écoutée et appris à appréhender les patients d'Edouard Toulouse. Grâce à toi j'ai appris à me faire confiance. Tu es une super infirmière, n'en doute jamais. **Armande**, tu es de loin la meilleure secrétaire que j'ai pu rencontrer durant mon cursus. Merci de faire le lien entre les patients et nous, et garde ce regard empathique et bienveillant que tu as pour eux.

À l'équipe de Gynéco/Pédiatrie de Salon, merci pour ces formidables six mois passés avec vous. Merci au **Docteur TIRENDI** pour ta joie et ta bonne humeur à toute épreuve, merci de m'avoir fait confiance pour la prise en charge des patientes comme un interne de spécialité, et merci de ta disponibilité toujours rassurante.

À l'équipe de Thèse Horus et à Martin, merci pour ton aide si précieuse dans ce travail !

Au Docteur ROMEU, mon médecin de famille qui m'a accompagnée du début à la fin de ce long périple et qui m'a permis de me projeter dans ce métier passionnant. Merci de votre présence pour ce jour très important.

À tous les Médecins et Professeurs des Universités qui ont contribué à ma formation depuis 9 ans, vos exigences nous poussent à nous dépasser pour que l'on continue à honorer la médecine Française.

À ma famille,

À mes parents, voilà bientôt dix ans que je rêve d'écrire ces quelques lignes pour vous remercier. Vous qui m'avez soutenue, apaisée et écoutée durant toutes ces années d'études. Vous qui avez sacrifié une partie de vous pour me permettre d'en arriver là. Je dis souvent que les études de médecine sont un travail d'équipe, et vous avez été des coéquipiers hors pair.

Au-delà des études, merci d'avoir fait de moi la femme que je suis aujourd'hui, avec vos valeurs que je continuerai à transmettre. Les mots ne seront pas suffisants pour vous témoigner toute ma gratitude. Je vous aime profondément. Vous avez ma reconnaissance éternelle.

À ma Maman, je n'oublierai jamais cette folle année qu'est la PACES, pendant laquelle je me suis enfermée dans une profonde solitude où tu m'as été d'un soutien sans faille. Je n'oublierai pas ces petites crêpes que tu m'apportais au goûter pour me réconforter, ni ces nuits où tu dormais près de moi pour m'apaiser. Je me rappelle également de ces 48 textes que tu me faisais réciter, par cœur, le soir à 20h. A ces repas millimétrés midi et soir, sans une minute de retard pour ne pas me déséquilibrer. A cet ordre militaire que tu faisais régner dans la maison pour que rien ne me fragilise. De toutes ces années passées à m'écouter, me rassurer, me conseiller, de ta disponibilité totale quel que soit le moment. Merci Maman, je t'aime très fort.

À mon Papa, toi qui a bu la seule coupe de champagne de ta vie lorsque j'ai réussi le concours de première année. Tant d'épreuves traversées depuis neuf ans ! La première a été mon inscription à la faculté à tes côtés. Tu ne t'imaginais peut-être pas que neuf ans après tu y retournerais pour assister à ma soutenance de Thèse. La première année fut très difficile, et tu savais combien le temps était précieux. Tu as été mon meilleur allié, mon acolyte. Grâce à toi ce gain de temps m'a permis de tirer mon épingle du jeu dans ce concours impitoyable. La fierté que tu as eu pour moi durant les années qui ont suivi m'a poussée à ne jamais baisser les bras. Je sais que pour toi la plus belle des récompenses est de me savoir heureuse et fière de mon parcours, et celui-ci n'aurait jamais pu être possible sans toi. Tu m'as donné l'amour, le soutien et la confiance. Je ne pourrai jamais assez te remercier de m'avoir porté jusqu'ici, et même si aujourd'hui je deviens le Docteur D'ORIO, je resterai ta kikoulette.

Je t'aime énormément mon papounet.

À Stéphane, l'amour de ma vie. Celui qui m'accompagne sans relâche depuis plus de 7 ans avec toute la bienveillance dont il faut faire preuve pour un étudiant en médecine. Tu as toujours su me réconforter dans les moments difficiles, et je sais que ce n'est pas toujours facile d'être avec un médecin. Toujours à mon écoute, ton soutien n'a d'égal que l'amour que tu me portes. Tu es un de mes piliers les plus solides. Je suis si fière de faire partie de ta vie, j'ai beaucoup appris à tes côtés.

Toi mon amour, mon meilleur ami et futur mari, je t'aime. Je nous prescris 15 ans d'amour, à renouveler 6 fois.

À ma Mamie. C'est avec le cœur serré que j'écris ce mot, j'aurais tant aimé que tu puisses le lire. Tu aurais été si fière. Je voudrais que tu saches que je suis devenue une femme accomplie et épanouie. Une femme qui s'est imprégnée de ton caractère : aimante, généreuse, déterminée et même un peu têtue. Tu m'as transmis beaucoup de valeurs qui m'ont aidé à me construire. Je réalise la chance que j'ai eu d'avoir une grand-mère comme toi. Je garderai jusqu'à la fin de ma vie tous ces précieux souvenirs que tu m'as laissés. Je te dédie cette Thèse à laquelle tu rêvais tant. Tu seras toujours dans mes pensées. Je t'aime Mamie.

À mon Frère, malgré les difficultés, je voudrais que tu saches que je serai toujours là pour toi. Je te souhaite le meilleur.

À Sarah, ma belle sœur que je connais depuis si longtemps et qui a participé au modèle féminin que je me suis construit au fur et à mesure des années, telle une grande sœur pour sa cadette. Je te souhaite tout le bonheur du monde, Madame D'Orio.

À mon Papi, merci pour tous ces bons petits plats du mercredi depuis que j'ai 6 ans, grâce à toi je n'oublie jamais de me laver les mains avant de manger. Merci pour tous ces beaux souvenirs qu'on a partagés, et surtout celui où, ensemble, nous avons appris que j'avais réussi le concours de médecine.

À nos supers vacances en Sardaigne et à bien d'autres encore j'espère ! Tu es un super papi que j'aime très fort.

À Mémé et Nono, j'aurai aimé que vous voyiez la personne que je suis devenue. Malgré le peu de souvenirs communs que la vie nous a donnés, l'amour est grand et intact et vous êtes dans mon cœur pour toujours. Aujourd'hui nous sommes une famille unie, comme vous l'auriez aimé. *Viva Italia.*

À ma petite Victoria, merci pour tout l'amour que tu m'as donné. J'espère t'avoir offert une vie heureuse. Je t'aimerais éternellement.

À Muffinou, n'oublie pas que je serai toujours ta tatie préférée.

À mes Beaux Parents, Alain et Fabienne, merci d'être qui vous êtes et d'incarner la gentillesse et la générosité. Merci d'avoir élevé Stéphane pour qu'il devienne l'homme merveilleux qu'il est aujourd'hui. Merci Alain pour ces coups de marteau de 9h à 20h pour qu'aujourd'hui nous ayons la plus belle maison. Merci Fabienne pour ces petits jus d'oranges pressées que vous m'apportiez dans la chambre pendant mes révisions chez vous. Vous avez ma gratitude, je vous embrasse fort.

À mes Belles Sœurs, Emilie, merci pour ton franc-parler qui me rappelle un peu le mien et nous rapproche. Aurélie, merci pour toutes ces discussions qui ne durent jamais assez longtemps et où l'on refait le monde. J'ai de la chance de vous avoir.

À mes beaux frères, **Nicolas** si discret mais d'une gentillesse inégalable, **Alexandre** on ne se connaît pas depuis longtemps mais je sais que tu es quelqu'un de bien qui saura prendre soin de ma belle sœur. Bienvenue dans la famille !

À Timoté, Côme et Nathan, même si je ne suis pas une tatie gaga, je serai toujours là pour vous.

À Liv et toute cette complicité que nous partageons depuis toutes ces années. Du jeu du loup quand nous avions 6 ans aux soirées de nos 25 ans, sans oublier nos innombrables discussions plus enrichissantes les unes que les autres. Je t'aime fort.

À tous mes cousins et cousines qui, de près ou de loin, ont contribué à faire de moi ce que je suis aujourd'hui à travers tous les moments partagés ensemble. J'espère qu'il y en aura encore plein (et vive la Grande Motte).

À mon oncle Alain, merci d'avoir mis ta patte dans ce travail de Thèse en t'assurant qu'aucune faute ne venait l'entacher. Merci pour ton humour à toute épreuve et d'être celui avec qui on peut discuter de tout.

À tous mes oncles et tantes, toujours présents pour faire la fête et se réunir en famille. Je suis heureuse de partager ce moment si important pour moi avec vous.

À tous mes amis...

À **Auriane**, toi la pédiatre et future marraine de mes enfants. Toi qui fait partie de ma vie depuis presque 15 ans, de la cour du collège jusqu'à la soutenance de ma Thèse. Tu ne peux pas t'imaginer l'importance que tu as pour moi. Toujours empathique et à l'écoute, tu es surnommée « la petite maman du groupe ». Nul doute que nous continuerons à partager beaucoup de beaux moments ensemble. À notre amitié indestructible. Je t'embrasse très très fort.

À **Anissa**, l'évidence de notre amitié débuta le jour où je me suis assise à côté de toi à l'écurie de première année. Merci pour ton petit grain de folie qui dépasse parfois la raison, à ta froideur légendaire qui cache un grand cœur. Merci de supporter mon caractère capricieux par moment (mais tu as vu, j'ai un peu changé). Merci surtout pour ton accompagnement en première année qui m'a permis sans doute de réussir avec toi et de commencer une merveilleuse amitié. Spéciale dédicace à tous les avis ORL que je te demanderai, bon courage.

À **Marie**, et cette tendre amitié depuis maintenant 9 ans. Tu es la meilleure des cathos, affectueuse, moderne et généreuse ! Je suis ravie d'avoir partagé les mêmes études avec toi, ainsi que tous les autres beaux moments. Tes patients ont de la chance de t'avoir, reste comme tu es.
(Une pensée toute particulière à cette merveilleuse Demoiselle d'Honneur que tu seras pour moi)

À **Mes amis d'enfance intemporels**, Tancrede, Germain, Bastien. À nos fous rires et nos 15 ans d'amitié, que cela dure encore et toujours ! Merci de m'avoir toujours accompagnée et soutenue. J'ai tellement de chance de vous avoir. Vous pourrez toujours compter sur moi pour faire la vaisselle.
« les amis sont la famille que l'on choisit »

À **Camille**, je ne te remercierai jamais assez pour ton aide dans ce travail de Thèse. Tu m'as accompagnée comme une grande sœur qui a balisé le chemin. Merci pour cette belle amitié et ces moments si spontanés passés ensemble. Merci Docteur MAGNAN.

À **Florian**, merci d'avoir été mon garde du corps lors des sorties de conférence à 23h, tu as la reconnaissance éternelle de mes parents. À nos rires, à ta gaité, nos moments de partage, et notre amour pour les animaux. Même si on ne se parle pas tous les jours, sache que tu es un ami cher.

À mes supers co-internes de gynécologie, **Laurie et Juliette**, une formidable amitié découverte sur le tard. Merci pour ces fous rires même au lendemain de garde et cette bonne ambiance dans le pays des Ahmeed. J'espère que l'on continuera à Ahméder ensemble !

À **Andréa et Gregoire** et tous ces restaurants faits et à faire ! Vivement que l'on continue à égayer nos papilles ensemble les copains.

À **la team endoc** et votre bonne humeur. Popo, Chacha, Lolo à quand le prochain apéro ?

À **Eric** et cette grande amitié découverte par hasard sur le tard, au beau milieu de l'Océan Indien. Cher ami, cher confrère, merci pour ta générosité, ta simplicité et tous ces bons moments partagés sur ton île ou sur le continent.

À **Madame MARTIN**, grâce à vous j'ai travaillé ma passion pour l'anglais qui reste intacte aujourd'hui. Je suis fière d'avoir eu un professeur comme vous. Le temps passe mais je n'oublie pas tout ce que vous avez fait pour moi, tant sur le plan professionnel que personnel. Mille merci.

À ceux que j'oublie, vous avez le droit de me gronder.

À tous les patients qui ont croisé mon chemin, à ceux qui consultent aux urgences les soirs d'hiver avec pour seul motif d'avoir un logement pour la nuit, à ceux qui perdent la raison dans la détresse psychologique, mais aussi à ceux que j'ai vu guérir et ceux pour qui le deuil se fait encore.

Aux victimes de violences, toutes causes confondues.

Aux enfants que j'ai vu naître, et ceux qu'il valait mieux laisser partir.

À ces familles dans la souffrance, mais aussi à celles qui nous remercient.

Je jure de mettre mes connaissances au service de votre santé.

Table des Matières

LISTE DES ABRÉVIATIONS	3
I. INTRODUCTION.....	4
A. Évolution du schéma contraceptif en France	4
B. Données de la littérature concernant le schéma contraceptif dans le monde	7
C. Efficacité des différentes méthodes contraceptives.....	8
D. Informations sur le DIU.....	10
1. Différents types de DIU et leur mécanisme d'action.....	10
1.1. Le Dispositif Intra-Utérin au Cuivre	10
1.2. Le Dispositif Intra-Utérin au Lévonorgestrel	10
2. Indications et contre-indications du DIU	10
2.1. Indications du DIU (Cu et LNG)	10
2.2. Contre-indications du DIU (Cu et LNG).....	11
2.3. Effets secondaires du DIU (Cu et LNG).....	11
2.4. Complications	12
E. Recommandations nationales et internationales concernant le DIU	12
F. Représentation des femmes concernant le DIU.....	13
II. MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	15
A. Justification de l'étude.....	15
B. Objectifs	15
C. Méthodologie de l'étude	15
D. Population étudiée	16
E. Recueil des données et méthode d'analyse.....	16
III. RÉSULTATS.....	17
A. Caractéristiques de la population étudiée.....	17
B. Analyse Descriptive.....	19
C. Analyse Comparative.....	21
IV. DISCUSSION	22
A. Comparaison avec les données de la littérature	23
1. Objectif principal.....	23
2. Objectifs secondaires	23
B. Forces et limites de l'étude	25
C. Perspectives	25

V. CONCLUSION.....	25
VI. BIBLIOGRAPHIE.....	26
VII. ANNEXES.....	32
VIII. SERMENT D'HIPPOCRATE	35

LISTE DES ABRÉVIATIONS

DIU :	Dispositif intra-utérin
LNG :	Levonorgestrel
IVG :	Interruption volontaire de grossesse
INED :	Institut national d'études démographiques
DREES :	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
OMS :	Organisation mondiale de la santé
HAS :	Haute autorité de santé
AINS :	Anti-inflammatoire non stéroïdien
IST :	Infection sexuellement transmissible
CNGOF :	Collège national des gynécologues et obstétriciens français
ACOG :	American College of Obstetricians and Gynecologists
IGH :	Infection génitale haute
GEU :	Grossesse extra-utérine
FSRH :	Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare
UKMEC :	UK Medical Eligibility Criteria for Contraceptive use

I. INTRODUCTION

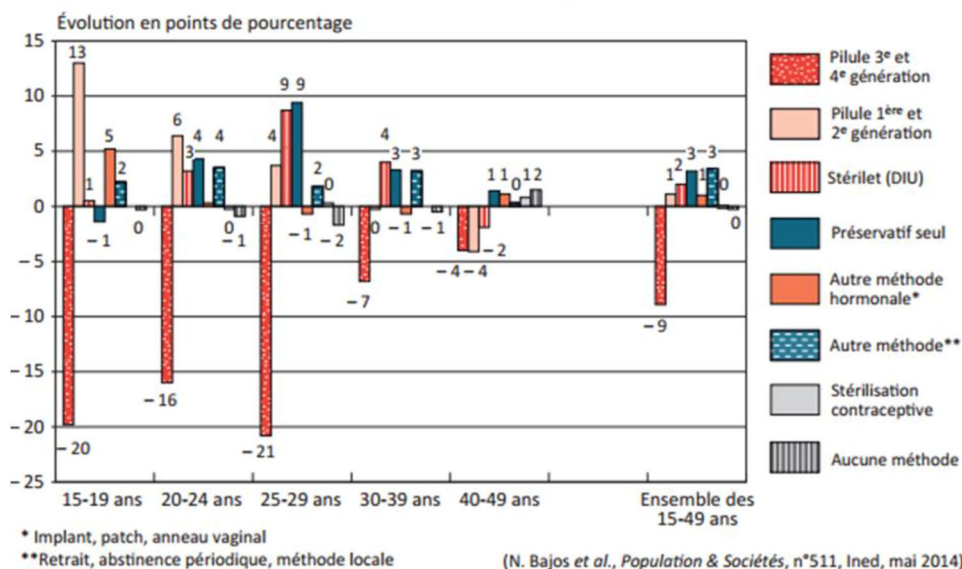
A. Évolution du schéma contraceptif en France

En France, dans les années 1980, le schéma contraceptif évoluait au cours de la vie : utilisation du préservatif en tout début de vie sexuelle, relais par la pilule lorsque la relation se stabilise, puis passage au DIU lorsque le nombre d'enfants désirés est atteint.

À cette époque, il s'agit d'un des pays au monde où les femmes ont le plus recours à la contraception orale. La pilule, légalisée en 1967 puis remboursée en 1974 par la sécurité sociale a été le symbole d'une libération sexuelle pour les femmes de l'époque (1).

Cependant, depuis 2010, une méfiance s'est installée concernant la pilule oestroprogestative. Entre 2010 et 2013, on observe une diminution de prise de contraceptif oral passant de 50% à 41% chez les femmes âgées de 15 à 49 ans (1). Cette diminution est principalement due à la « crise de la pilule », ladite pilule incriminée dans l'apparition d'évènements thromboemboliques et ayant entraîné une augmentation de l'utilisation d'autres moyens contraceptifs tel que le DIU, notamment chez les femmes âgées de 25 à 29 ans (2,3).

Figure 1. Évolution des méthodes de contraception utilisées en France entre 2010 et 2013 selon l'âge des femmes



Source : Enquête Fécond (2013), Inserm-Ined.

Selon l'enquête FECOND, la baisse du recours à la pilule constatée chez les femmes de 15-49 ans en 2013 s'est poursuivie en 2016, avec une diminution significative entre 2013 et 2016 allant de 36,3% à 33,2%. Depuis 2010, les reports s'effectuent vers le DIU (de 18,7% à 25,6%), le préservatif (de 10,8% à 15,5%) et l'implant (de 2,4% à 4,3%).

Ces résultats globaux cachent cependant des tendances très différentes selon l'âge des femmes. Chez les 15-19 ans, le schéma contraceptif n'a pas évolué : la pilule reste le premier mode de contraception utilisé avec le préservatif (44,4% et 29,6% respectivement en 2016). La désaffection de la pilule n'a pas touché cette tranche pour laquelle on ne note pas, depuis 2010, de diminution d'utilisation ni de variation significative dans l'utilisation des autres méthodes (4,5).

Chez les femmes de 20-24 ans, la diminution de l'utilisation de la pilule s'est faite progressivement entre 2010 et 2016, qu'elle soit utilisée seule ou en combinaison avec le préservatif (de 60,1% à 52,6%). Le report vers d'autres moyens de contraception s'est fait en plusieurs temps. Le taux d'utilisation du DIU et de l'implant a augmenté entre 2010 et 2013 (respectivement +3,6% et +5%) puis est resté stable entre 2013 et 2016.

Chez les femmes de 25-29 ans, la baisse de l'utilisation de la pilule est importante entre 2010 et 2013 (-7,5%). Cette diminution ne s'est pas poursuivie et le taux d'utilisation ne varie pas significativement entre 2013 et 2016. Les stratégies de report ont été mises en place dès 2013 en faveur du DIU et, dans une moindre mesure, du préservatif. La hausse d'utilisation du DIU est particulièrement marquée entre 2010 et 2013 (+ 9,8%).

En 2016, les femmes de 25-29 ans utilisent le DIU dans les mêmes proportions que les femmes de 30-34 ans en 2010. Une tendance similaire est observée chez les femmes de 30 à 44 ans.

Enfin, chez les femmes de 45 à 49 ans, aucune baisse de l'utilisation de la pilule n'est constatée sur la période 2010-2016. Comme pour les plus jeunes (15-19 ans), le schéma contraceptif est inchangé (2,4).

TABLEAU 1 | Évolution de l'utilisation des différentes méthodes de contraception en France entre 2010, 2013 et 2016 chez les femmes de 15 à 49 ans concernées par la contraception

	2010 ¹	2013 ²	2016 ³	Évolution 2010-2016
15-19 ANS				
Pilule	48,3	49,7	44,4	→
Pilule + préservatif	19,1	14,7	16,0	→
Préservatif	25,1	24,7	29,6	→
DIU	0,0	0,2	0,0	→
Implant	0,5	4,1	3,5	↗
Patch/Anneau	0,0	2,2	1,1	↗
Autres méthodes*	1,2	1,7	3,2	→
Aucune méthode	5,8	2,7	2,3	→
20-24 ANS				
Pilule	60,1	54,3	52,6	↘
Pilule + préservatif	11,0	12,9	6,9	→
Préservatif	9,0	13,7	18,6	↗
DIU	1,6	5,2	4,7	↗
Implant	2,9	4,1	9,6	↗
Patch/Anneau	1,9	1,5	2,2	→
Autres méthodes*	2,1	3,7	1,1	→
Aucune méthode	11,4	4,6	4,3	↘
25-29 ANS				
Pilule	53,2	45,7	43,8	↘
Pilule + préservatif	4,3	5,0	4,0	→
Préservatif	7,7	15,9	16,3	↗
DIU	6,9	16,7	19,0	↗
Implant	3,2	5,3	5,1	→
Patch/Anneau	3,2	1,2	2,2	→
Autres méthodes*	5,8	5,4	4,2	→
Aucune méthode	15,7	4,9	5,5	↘
30-44 ANS				
Pilule	37,3	31,8	28,2	↘
Pilule + préservatif	0,9	0,9	1,2	→
Préservatif	10,1	12,4	13,8	↗
DIU	25,6	29,4	34,7	↗
Implant	2,8	3,2	3,3	→
Patch/Anneau	1,1	0,9	0,8	→
Contraception définitive	4,0	3,9	5,4	→
Autres méthodes*	5,1	6,7	5,8	→
Aucune méthode	13,1	10,7	6,7	↘
TOTAL 15-49 ANS				
Pilule	40,8	36,3	33,2	↘
Pilule + préservatif	4,2	4,2	3,3	→
Préservatif	10,8	13,8	15,5	↗
DIU	18,7	22,8	25,6	↗
Implant	2,4	3,5	4,3	↗
Patch/Anneau	1,3	1,2	1,1	→
Autres méthodes*	4,7	6,0	4,6	→
Aucune méthode	13,6	9,1	8,0	↘

La contraception définitive n'étant utilisée qu'après 30 ans, elle est présentée uniquement dans la classe concernée.

Un test χ^2 simple a été effectué : les cellules vertes indiquent que l'évolution entre deux périodes est significative ($p < 0,05$).

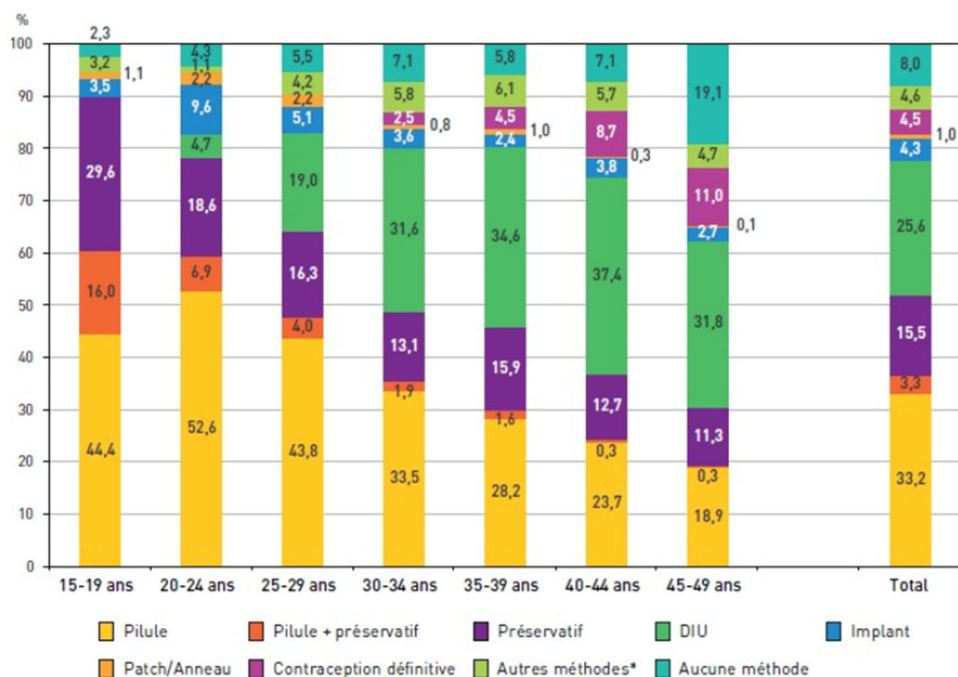
1. Enquête Fecond 2010.

2. Enquête Fecond 2013.

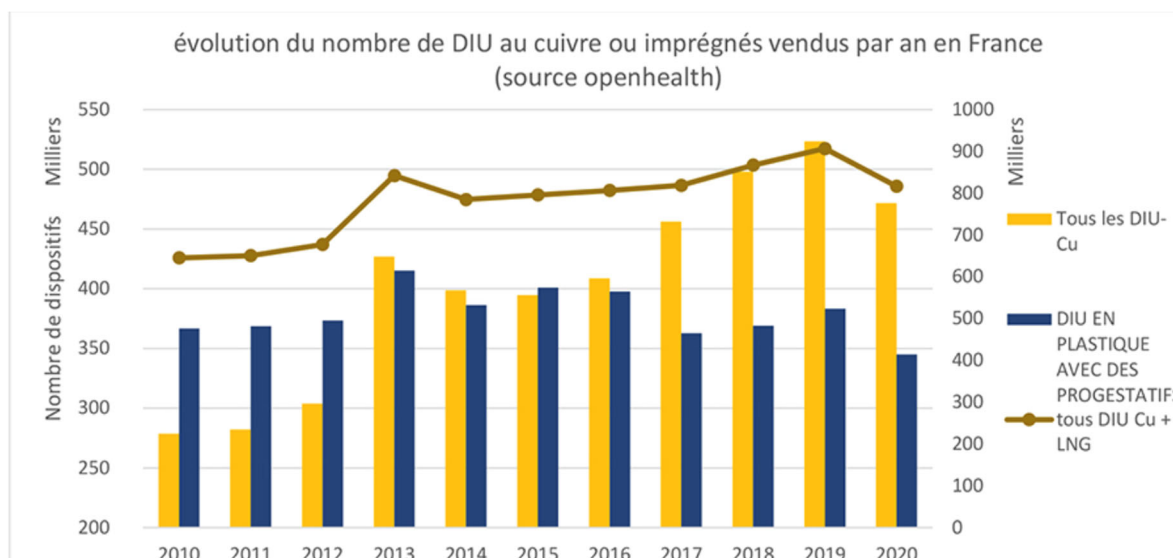
3. Enquête Baromètre santé 2016.

* Cette catégorie comprend le diaphragme, la cape et les méthodes dites traditionnelles telles que la symptothermie, la méthode des températures et le retrait.

FIGURE 1 | Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge



La figure 1 illustre la diminution de l'utilisation de la contraception orale avec l'âge au profit du DIU (4). D'après la HAS, le taux d'utilisation est fortement lié à la parité : 0 enfant : 3%, 1 enfant : 20%, 2 enfants ou plus : 40% (6).



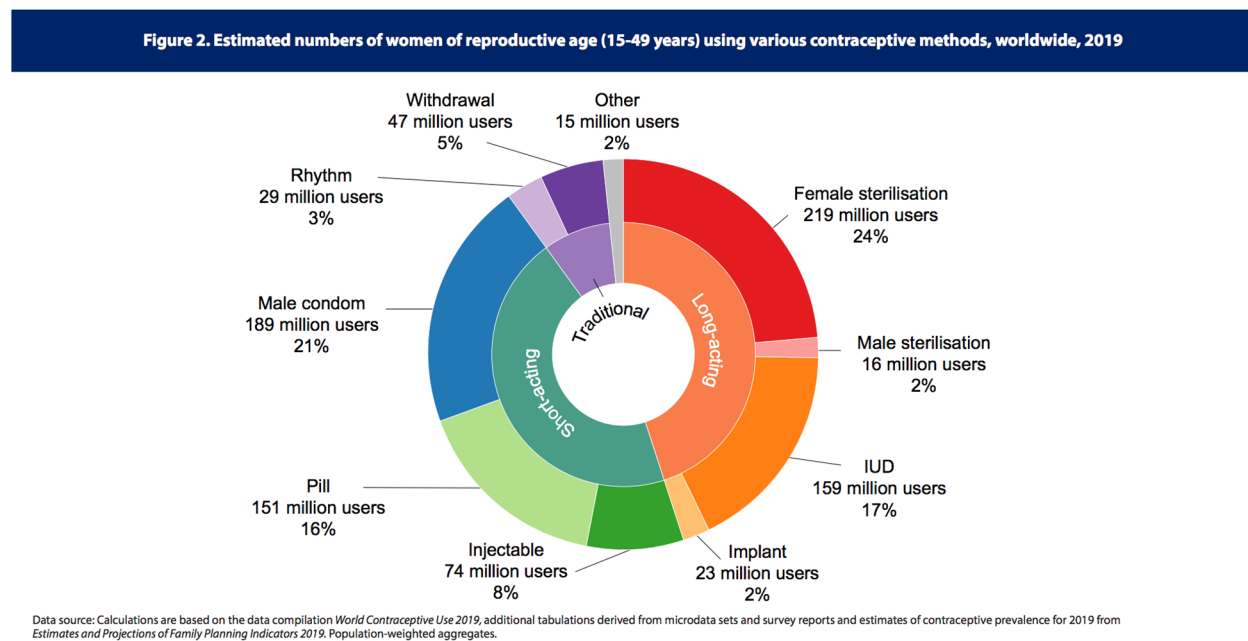
Ci dessus un graphique d'un récent rapport de L'ANSM montrant l'évolution des ventes de DIU entre 2010 et 2020 en France correspondant à une augmentation des ventes de 40% (2).

B. Données de la littérature concernant le schéma contraceptif dans le monde

Dans le monde, le schéma contraceptif diffère légèrement du schéma Français. D'après une base de donnée des Nations Unies sur la contraception dans le monde en 2019, La stérilisation féminine, où ligature des trompes, représente 24% des méthodes contraceptives utilisées dans le monde. Elle se retrouve très majoritairement en Asie centrale et du sud, ainsi qu'en Amérique Latine.

Trois autres méthodes contraceptives sont principalement constatées : le préservatif masculin (21%), le DIU (17%), et la pilule (16%).

Figure 2 : Estimation du nombre de femmes en âge de procréer (de 15 à 49 ans) utilisant un moyen de contraception dans le monde en 2019



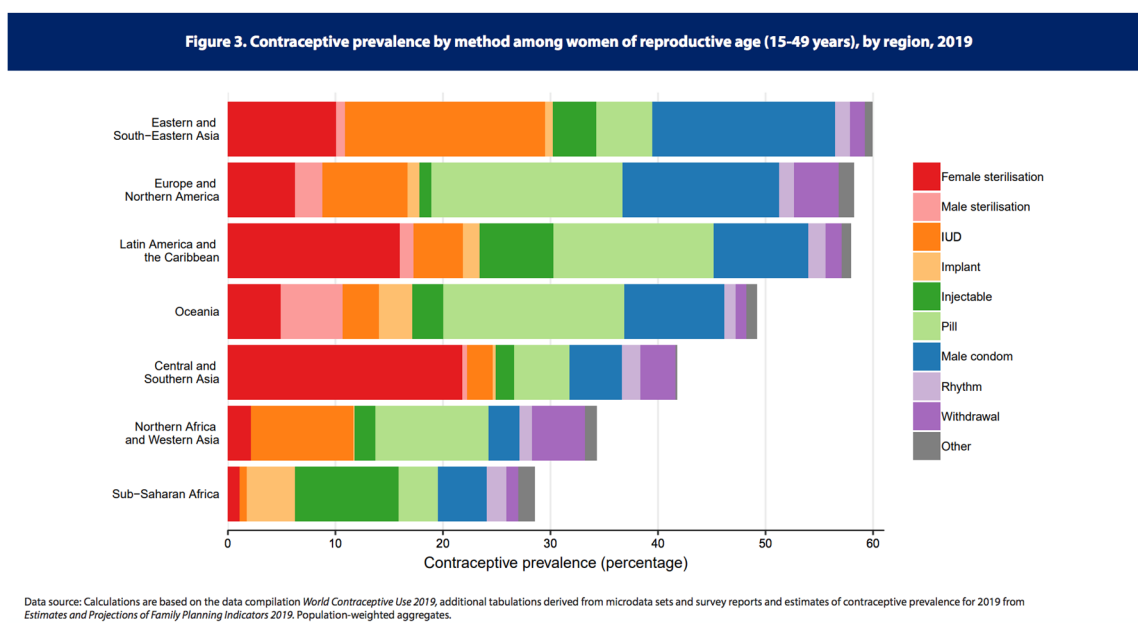
Le DIU est le moyen de contraception le plus utilisé en Asie du Sud-Est (18%), suivi de près par le préservatif masculin (17%). En Europe et en Amérique du Nord, la pilule et le préservatif masculin restent les deux principaux mode de contraception (17% et 14% respectivement), tandis qu'en Amérique Latine il s'agit de la stérilisation féminine ainsi que la pilule (16% et 14% respectivement).

La pilule reste également majoritaire en Océanie (17%), ainsi qu'en Afrique du Nord et en Asie de l'Ouest (10%) où le DIU s'impose également à hauteur de 9,5%.

L'Afrique Sub-Saharienne est la seule région où les méthodes injectables hormonales sont utilisées en majorité, probablement de part les difficultés d'accès aux méthodes traditionnelles (7,8).

Les données de la littérature suggèrent que la proportion de DIU varie selon le statut marital, de 20% pour les femmes mariées à 6% pour les femmes non mariées (7). Cette différence peut s'expliquer par le biais d'une corrélation entre statut marital et parité. En effet, nous pouvons supposer que la proportion de femmes multipares est plus importante dans le groupe « mariées » que dans le groupe « non mariées ».

Figure 3 : Prévalence des différents moyens de contraception selon les régions du monde chez les femmes en âge de procréer (de 15 à 49 ans)



C. Efficacité des différentes méthodes contraceptives

L'efficacité d'une méthode contraceptive est définie selon l'indice de Pearl. C'est un moyen standard de mesurer l'efficacité des différentes contraceptions en mesurant le nombre de grossesses non souhaitées sur une durée de 100 années-femme. Plus l'indice est bas, plus efficace est la contraception. Il faut cependant différencier l'efficacité théorique (mesurée grâce à l'indice de Pearl), de l'efficacité pratique. L'efficacité pratique est définie par un ensemble de comportements des usagers entraînant une diminution de l'efficacité théorique d'une méthode (Exemple : oubli de prise de pilule).

Méthode	Indice de Pearl	Efficacité pratique
Œstroprogestatifs (pilule, patches, anneaux)	0,3	8
Progestatifs (pilule)	0,3	8
Dispositif intra-utérin (au lévonorgestrel)	0,2	0,2
Dispositif intra-utérin (au cuivre)	0,6	0,8
Préservatifs masculins	2	15
Spermicides	18	29
Diaphragme et spermicides	6	16
Cape cervicale	9 à 26	16 à 32
Méthodes naturelles	1 à 9	20

Efficacité comparative des principales méthodes contraceptives (CNGOF) (3).

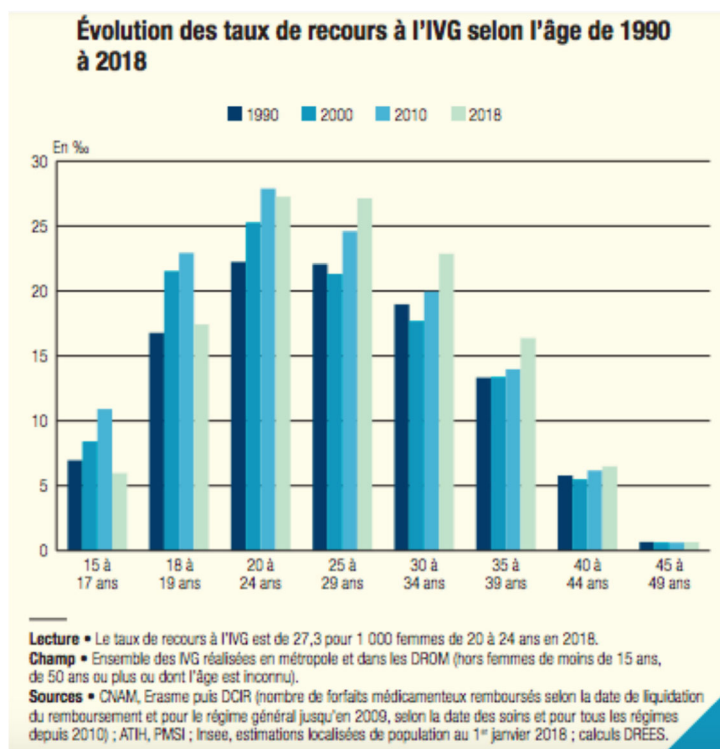
Nous pouvons constater à travers ce tableau que le DIU au Levonorgestrel possède l'indice de Pearl le plus bas (0,2). Ce résultat est par ailleurs similaire à son efficacité pratique. En comparaison, la pilule oestroprogestative possède un indice de Pearl très satisfaisant (0,3) mais qui n'est pas confirmé pour l'efficacité pratique (8).

Cette différence entre efficacité théorique et efficacité pratique se mesure également par le taux d'abandon d'une méthode contraceptive après 1 an d'utilisation. En France, le taux d'abandon de la pilule après 1 an d'utilisation s'élève à 30% (soit 1 femme sur 3) contre 15% pour le DIU (tous types confondus) (1,9).

Ce résultat illustre donc les difficultés rencontrées par les patientes avec la contraception orale, comme le décrit une thèse réalisée en 2017 sur l'évaluation de la satisfaction des patientes concernant leur contraception. Cette étude montre que 70% des patientes interrogées utilisent la pilule et parmi elles, 40% désirent changer de méthode en mettant en avant les problématiques telles que l'oubli fréquent ou encore une utilisation trop contraignante (10).

Nous pouvons également nous questionner sur le rôle des prescripteurs qui peuvent parfois outrepasser la volonté des patientes et leurs attentes. Une étude réalisée à Montpellier en 2019 sur 394 patientes montre notamment que, en moyenne, celles-ci ont été renseignées sur 4 moyens contraceptifs : la pilule majoritairement, le DIU, le préservatif et l'implant. Un peu plus de la moitié des patientes n'ont pas eu l'impression de choisir leur contraception de manière éclairée et pour près d'un tiers de manière « libre ». Les résultats montrent également qu'environ 50% des patientes insatisfaites de leur contraception n'ont pas été informées des différentes méthodes contraceptives (11).

Comme nous l'avons évoqué précédemment, l'efficacité d'une contraception s'évalue par le nombre de grossesse non désirée sur 100 années-femme. Si l'on s'intéresse au taux d'IVG (Interruption Volontaire de Grossesse) en France, celui-ci reste stable depuis une trentaine d'années avec environ 207 000 IVG/an, majoritairement chez les jeunes femmes de 20 à 24 ans. En 2020, selon l'INED, le taux annuel d'IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans est de 14,4 contre 15,7 en 2019 (12). Une étude récente de 2020 s'intéressant au profil contraceptif des patientes dans le parcours IVG montre que, en pré-IVG, 44,6% des patientes n'utilisaient pas de contraception, 22,6% prenaient la pilule et 19,5% utilisaient des préservatifs. Les principales causes d'échec de contraception étaient la mauvaise utilisation ou l'échec de la méthode (23%) (13). En post-IVG, 55% des contraceptions prescrites étaient de longues durées d'action et 36% des patientes ont choisi la pilule.



Graphique issu du rapport de la DREES en 2018

D. Informations sur le DIU

1. Différents types de DIU et leur mécanisme d'action

1.1. Le Dispositif Intra-Utérin au Cuivre

Le DIU en cuivre est un dispositif en forme de « T » en polyéthylène entouré d'un fil de cuivre que l'on place au sein de l'utérus. Il en existe deux tailles différentes selon la cavité utérine de la patiente. Les modèles « shorts » sont réservés à une hystérométrie inférieure à 7cm tandis que les modèles standards sont réservés à une hystérométrie supérieure ou égale à 7cm. Les modèles shorts sont, en pratique, utilisés chez la nullipare.

Le cuivre entraîne des modifications biochimiques et morphologiques au niveau de l'endomètre altérant la qualité des spermatozoïdes. Il empêche leur bonne mobilité, affecte leur capacité à pénétrer la glaire cervicale et réduit leur capacité de migration en créant une réaction inflammatoire. Il n'affecte cependant pas l'ovulation, le cycle hormonal n'est donc pas modifié (14). Sa durée d'efficacité est de 5 ans.

1.2. Le Dispositif Intra-Utérin au Lévonorgestrel

Il existe trois différents DIU hormonaux, variables par leur taille et leur concentration en hormone. Mirena® possède un réservoir stéroïdien de 52mg de lévonorgestrel avec une diffusion journalière de 20µg/24h. Il est plus fréquemment utilisé chez les femmes multipares du fait de sa plus grande taille. Jaydess® possède quant à lui un réservoir de 13,5mg de lévonorgestrel avec une diffusion journalière de 9µg /24h. Depuis 2018, un nouveau DIU a fait son apparition sur le marché répondant au nom de Kyleena®. De plus petite taille et facilement posé sur les femmes nullipares, il possède un réservoir de 19,5mg de lévonorgestrel avec une diffusion journalière de 16 µg/24h.

Le lévonorgestrel entraîne des modifications endométriales ainsi qu'une atrophie glandulaire rendant impropre la nidation. La glaire cervicale s'épaissit, créant ainsi une barrière au passage des spermatozoïdes (15). Leur durée d'efficacité est de 5 ans.

2. Indications et contre-indications du DIU

2.1. Indications du DIU (Cu et LNG)

Le DIU peut-être proposé en première intention à toute les femmes en âge de procréer souhaitant une contraception, et ce quelle que soit leur parité depuis 2004 (16). Avant 20 ans, l'OMS considère que les avantages de cette méthode de contraception l'emportent sur les risques théoriques ou avérés, dès lors que les contre-indications à la pose, les risques infectieux, le risque de grossesse extra-utérine et les situations à risque ont été écartés (17).

Le DIU est également 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. Elle constitue en outre l'avantage d'un effet contraceptif à long terme si les femmes désirent continuer à l'utiliser (16).

Pour ce qui est du DIU au lévonorgestrel, il est indiqué en seconde intention par la HAS après celui au cuivre. Mirena ® peut être utilisé en cas de ménorragies fonctionnelles après avoir éliminé toute cause organique. 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 traitées par Tamoxifène. Mais ces indications font encore l'objet de recherches (17,18).

2.2. Contre-indications du DIU (Cu et LNG)

Voici les principales contre-indications du DIU au cuivre définies par l'OMS (19) :

- Grossesse suspectée ou avérée
- Post-partum immédiat
- Maladie inflammatoire pelvienne en cours
- Infection génitale en cours d'évolution ou suspectée
- Tuberculose génito-urinaire avérée
- Saignements vaginaux inexpliqués
- Cancer du col utérin
- Cancer de l'endomètre
- Toute anomalie utérine congénitale ou acquise empêchant l'insertion du DIU
- Fibrome utérin avec déformation de la cavité
- Hypersensibilité au cuivre ou à l'un des composants du DIU

Les contre-indications à l'utilisation du DIU au LNG sont identiques à celles précédemment citées, en ajoutant :

- les accidents thrombo-emboliques veineux évolutifs
- Les tumeurs sensibles aux progestatifs ; cancer du sein et de l'endomètre
- Présence ou antécédents de pathologies hépatiques sévères

2.3. Effets secondaires du DIU (Cu et LNG)

Les ménorragies, les ménométrorragies et les métrorragies sont les problèmes les plus fréquemment rencontrés chez les patientes porteuses d'un DIU au cuivre. Ces effets indésirables sont pour la plupart du temps présents dans les 3 premiers mois d'utilisation (20). Il s'agit de la première cause d'abandon du DIU au cours de la première année d'utilisation (17). Une étude réalisée en 2017 sur la tolérance à 6 mois d'une contraception de longue durée d'action post-IVG montre que les patientes ayant choisi un DIU au cuivre le conservaient dans 75% des cas à 6 mois et 57% à un an. La principale raison évoquée était la persistance de saignements inopinés (21).

Le DIU au lévonorgestrel diminue les saignements grâce à son action hormonale directe sur les vaisseaux endométriaux. La réduction du volume menstruel peut varier de 70 à 90% voire conduire à une aménorrhée totale. Le taux d'abandon pour des problèmes de saignements, après 5 ans d'utilisation, atteint 14 % pour le DIU au LNG (22). Le remplacement du DIU au cuivre par le DIU au LNG peut donc être proposé aux patientes souffrant de ménorragies importantes.

Les douleurs pelviennes ou les dysménorrhées associées aux ménométrorragies font partie des raisons fréquentes du retrait du DIU au cuivre (6). Ces douleurs sont liées à une augmentation de la synthèse des prostaglandines pro-inflammatoires. Ces dysménorrhées sont généralement bien soulagées par les antalgiques type AINS. Si elles persistent dans les suites immédiates de la pose, elles peuvent traduire une inadéquation du DIU à la cavité utérine. Si elles persistent en dehors des règles elles peuvent être le signe d'alerte d'une grossesse extra-utérine (23).

En revanche le DIU au LNG diminue les douleurs pelviennes, comme le souligne cette étude française de Dubuisson et Al montrant que la dysménorrhée préexistante à la pose du DIU au LNG est très significativement améliorée à un an de la pose (passant de 39,4% à 3,9%) (24). Ce DIU est également proposé aux patientes souffrant de douleurs pelviennes dans un contexte d'endométriose (25).

Le DIU est à risque d'expulsion dans 1 à 10% des cas, essentiellement durant la première année d'utilisation. La plupart des expulsions ont lieu 3 mois après la pose. Elle se fait majoritairement pendant les règles mais n'expose pas à de graves complications (26). La prudence est de mise chez ces patientes pour lesquelles une échographie peut être demandée pour la recherche d'une anomalie utérine méconnue (27).

Par ailleurs, Il est fréquemment rapporté par les utilisatrices des phénomènes tels que : céphalées, prise de poids, humeur dépressive, nervosité, baisse de la libido, migraine, acné, mastodynies (chez 1 à 10 % des femmes) (6,20,21).

2.4. Complications

Les maladies inflammatoires pelviennes (endométrite, salpingite) représentent la complication la plus redoutée de la contraception intra-utérine. Elles peuvent entraîner une stérilité tubaire. Si toutefois le risque lors de la pose est avéré (jusqu'à 1 mois après la pose), plusieurs études ont montré que le risque d'infection génitale haute ne se majorait pas chez les patientes porteuses de DIU (28). Le risque d'IGH est principalement lié au mode de vie sexuelle de la patiente plutôt qu'au DIU lui-même (29). Etant donné le fait que le jeune âge constitue à lui seul un facteur de risque d'IST du fait de la multiplicité des partenaires, la HAS et le CNGOF recommandent un dépistage des IST par auto-prélèvement vaginal chez toutes les patientes âgées de moins de 25 ans (30). De plus, en cas d'IGH chez une patiente porteuse de DIU, le retrait de ce dernier n'est pas systématique car il n'a pas été démontré qu'il était responsable d'aggravation du tableau septique (31).

La deuxième complication est l'existence d'une grossesse intra-utérine par échec contraceptif (incidence de 1 pour 100 femmes au cours de la première année d'utilisation). Cette situation impose le retrait du DIU tant que les fils sont visibles et si la patiente désire garder sa grossesse. Le principal risque du retrait est la fausse couche spontanée (30%) (32). Si le DIU est laissé en place, les risques sont l'avortement spontané, se produisant dans 50 à 60% des cas, et le risque d'avortement septique tardif se produisant un peu plus d'une fois sur deux (33).

Concernant le risque de grossesse extra-utérine, la HAS rappelle qu'il est extrêmement faible et inférieur d'un facteur 10 à celui associé à l'absence de contraception (34). Une étude Américaine de 2014 a montré que le risque de GEU est de 0 à 0,5 pour 1000 année-femmes pour les utilisatrices comparé à un taux de 3,25 à 5,25 pour 1000 années-femmes pour les femmes n'ayant pas de contraception (35).

La littérature ne permet pas de conclure si le risque de GEU chez une femme porteuse d'un DIU est augmenté par comparaison aux autres méthodes contraceptives. Parmi les facteurs pronostiques accessibles au médecin avant la pose, les antécédents de GEU et de chirurgie tubaire sont associés au risque de GEU chez les femmes ayant un DIU (34). Dans une étude européenne multicentrique dans laquelle 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 (36).

Parmi les autres complications, nous citerons essentiellement le risque de perforation. Bien que rare (2 pour 1000 insertions), il s'agit d'une complication redoutée par les professionnels de santé. Une étude Américaine a montré que le taux de perforation s'élevait à 1,1 pour 1000 insertions pour le DIU au cuivre contre 1,4 pour 1000 insertions pour le DIU au LNG. Les principaux facteurs de risques retrouvés dans cette étude étaient l'allaitement, le post-partum mais aussi la rétroversion utérine. En revanche, le risque de perforation n'était pas plus élevé chez la nullipare (37).

E. Recommandations nationales et internationales concernant le DIU

La contraception concerne toutes les femmes en âge de procréer, majeures comme mineures. Devant la diversité des moyens contraceptifs sur le marché, les sociétés savantes s'efforcent de mettre à jour régulièrement les recommandations pour permettre aux professionnels de santé une meilleure prise en charge. Ainsi nous avons vu à plusieurs reprises que la HAS recommande le DIU à toutes femmes quelque soit la parité depuis 2004. Elle porte également un intérêt à la réalisation d'une consultation dédiée à la contraception où l'information délivrée doit être claire, hiérarchisée, complète et adaptée aux patientes (38).

Dans le contexte spécifique à l'adolescente, la HAS appuyée par le CNGOF rappelle qu'il est important de recevoir les patientes, si possible, sans leurs parents à des fins de confidentialités pour leur permettre de faire un choix éclairé qui assurera une meilleure observance et tolérance.

Les recommandations du CNGOF de 2018 évoquent également le DIU comme moyen contraceptif adapté aux adolescentes car il s'accompagne d'une très bonne efficacité et d'un taux élevé de continuation avec un faible risque de complication (39).

A l'échelle internationale, les recommandations britanniques de la FSRH (Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare) de septembre 2019 utilisent les critères UKMEC (UK Medical Eligibility Criteria for Contraceptive use) pour l'utilisation de contraceptif. Elles sont basées sur une revue de la littérature systématique. Elles s'accordent sur le fait que les nullipares âgées de 20 ans ou plus sont classées en catégorie 1 en ce qui concerne le DIU (Cu ou LNG). Pour les patientes âgées de moins de 20 ans, le DIU est placé en catégorie 2, ce qui signifie que quel que soit l'âge les avantages l'emportent sur les risques encourus avec cette méthode contraceptive (40).

1	Méthode utilisable sans aucune restriction d'utilisation, suivi normal (catégorie 1, OMS)
2	Les avantages de la méthode contraceptive sont généralement supérieurs aux inconvénients. Méthode utilisable de manière générale avec un suivi plus attentif qu'en règle normale (catégorie 2, OMS)
3	Les risques théoriques ou avérés l'emportent sur les avantages procurés par l'emploi de la méthode. Méthode non recommandée de manière générale, à moins qu'aucune autre méthode appropriée ne soit disponible ou acceptable ; elle nécessite un suivi rigoureux (catégorie 3, OMS)
4	L'emploi de la méthode expose à un risque pour la santé inacceptable. Méthode à ne pas utiliser (catégorie 4, OMS)

Critère d'éligibilité pour l'adoption et l'utilisation d'une contraception, définis par l'OMS (41).

Les recommandations Américaines et Canadiennes viennent renforcer les recommandations Européennes avec notamment l'ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) qui classent également le DIU en catégorie 2 selon les critères « US medical exigibility criteria for classifying hormonal contraceptive and intra-utérine devices », qui ont la même définition que les critères de l'OMS (42,43).

Par conséquent, les données de la littérature confirment que les sociétés savantes Européennes et internationales soutiennent l'utilisation du DIU quelle que soit la parité, pour toutes femmes en âge de procréer, y compris à l'adolescence.

F. Représentation des femmes concernant le DIU

Comme nous l'avons décrit précédemment, bien qu'en augmentation d'utilisation depuis plusieurs années, le DIU reste le contraceptif utilisé en deuxième intention après la pilule. De plus, son utilisation augmente avec l'âge et la parité des femmes bien qu'il présente une balance bénéfice/risque favorable à tout âge selon les recommandations de l'OMS et de la HAS. Plusieurs études qualitatives se sont intéressées à la représentation et les connaissances des patientes sur le DIU. Une étude en 2015 a montré à l'aide d'entretiens semi-dirigés que la majorité des patientes voyaient le DIU comme une contraception peu contraignante et de longue durée d'action permettant une certaine liberté. En revanche, de fortes croyances limitaient son utilisation : doute sur l'efficacité, peur de la douleur, l'aspect invasif du corps étranger, ou encore la peur de stérilité par infection (44,45).

Une autre étude qualitative de 2017 réalisée à Montpellier s'intéressant à l'impact d'une information sur les représentations, croyances et opinions du DIU auprès des femmes de 15 à 24 ans a montré que la majorité d'entre elles considéraient le DIU comme une contraception « inenvisageable » du fait de leur âge, « inquiétant », ou encore « inhabituel » (46).

D'autres données de la littérature mettent en évidence le manque d'informations délivrées par les professionnels de santé. Les femmes pensent notamment que le DIU est indiqué chez les patientes multipares ou victimes d'échec d'autres méthodes contraceptives. Elles pensent également que son utilisation augmente le risque d'IST, de GEU ou encore de cancer (47,48).

Une thèse réalisée en 2018 s'intéresse aux freins psychologiques des patientes concernant les méthodes contraceptives de longues durées d'action (DIU et Implant) et vient renforcer les données actuelles de la littérature. Parmi les patientes interrogées, celles qui envisagent le DIU comme contraceptif pensent qu'il

s'agit d'une méthode acceptable, pratique et efficace. Cependant, parmi celles qui n'envisagent pas le DIU comme contraceptif, certaines mettent en avant un manque d'information/de connaissance, la peur de la douleur, la peur du corps étranger, ou encore la peur de stérilité à long terme (49).

En 2013, la HAS a publié un état des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. Parmi les freins à l'utilisation du DIU, en plus de ceux déjà cités, on retrouve également une problématique géographique d'accessibilité à la pose du DIU. En effet peu de médecins généralistes acceptent de poser un DIU, ce qui implique une recherche de gynécologue, de plus en plus difficile (6).

Au total, il apparaît clairement dans la littérature que les femmes se sentent mal informées concernant le DIU. Elles sont nombreuses à exprimer des craintes basées sur de fausses croyances telles que l'augmentation du risque d'IST, de GEU ou même de stérilité. Les autres réticences exprimées sont la peur de la douleur lors de la pose, ou encore la peur du rejet. Il en va de la responsabilité des professionnels de santé de mieux informer les patientes à l'aide de consultations dédiées à la contraception et d'encourager cette méthode en améliorant notamment les conditions de pose grâce à différentes techniques (hypnose, MEOPA, technique de la « torpille »..).

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

A. Justification de l'étude

Comme nous l'avons vu en introduction, le DIU est un moyen contraceptif fiable, réversible et exposant à peu de complication avec un rapport bénéfice/risque favorable. Toutes les recommandations des sociétés savantes soutiennent son utilisation en première intention chez toutes les patientes quelque soit la parité. Or, seulement 3% des nullipares l'utilisent. Plusieurs études, majoritairement qualitatives, se sont intéressées aux freins quant à l'utilisation de cette méthode. Il en ressort principalement un défaut d'information de la part des professionnels de santé responsable de fausses croyances et d'idées reçues.

En France, l'âge moyen du premier rapport sexuel est de 17 ans tandis que l'âge moyen de la première grossesse est de 30 ans, ce qui signifie qu'il faut, en moyenne, 13 ans de contraception efficace afin d'éviter une grossesse non désirée. Le DIU représente ainsi un atout dans l'arsenal thérapeutique préventif chez les nullipares, étant donné sa longue durée d'action.

Il me paraît donc intéressant dans ce travail d'explorer les connaissances actuelles des patientes nullipares sur le DIU de manière quantitative.

B. Objectifs

L'objectif principal est d'évaluer les connaissances des femmes nullipares de 18 à 45 ans sur le DIU.

Les objectifs secondaires sont d'une part d'évaluer la satisfaction des patientes concernant leur moyen de contraception actuel, évaluer l'intérêt d'une bonne information délivrée au travers du questionnaire dans leur choix, et enfin comparer leur connaissance selon qu'elles sont suivies par un médecin généraliste ou un gynécologue.

Une analyse en sous-groupe sera également réalisée pour identifier les facteurs influençant le niveau de connaissance des patientes (âge / statut marital / niveau d'étude / présence ou non d'une contraception / antécédent d'IVG).

Le critère de jugement principal est le taux de bonnes réponses au questionnaire proposé.

C. Méthodologie de l'étude

Il s'agit d'une étude quantitative, observationnelle et transversale réalisée au travers d'un questionnaire anonyme distribué dans des cabinets de médecine générale, de gynécologie, ainsi que au sein d'un campus étudiant.

Le questionnaire était composé de quatre parties.

La première concerne les caractéristiques socio-démographiques des patientes, à savoir leur âge, leur niveau d'étude, leur statut marital, mais rassemble aussi quelques données personnelles comme les antécédents d'IVG, le type de contraception utilisée et le professionnel de santé s'occupant du suivi.

La deuxième partie évalue l'âge de leur premier moyen de contraception et interroge les patientes sur leur sentiment personnel d'avoir pleinement pu choisir leur contraception. La satisfaction des patientes sur leur mode de contraception actuel est également évalué, et enfin leur connaissance éventuelle sur le DIU, et de quelle source.

La troisième partie évalue les connaissances des patientes sur le DIU par le biais de 12 questions de type binaire (vrai ou faux) le concernant.

La quatrième partie porte sur la satisfaction des participantes vis à vis de l'information reçue sur le DIU lors de l'étude et l'évolution de leur perception de ce moyen de contraception.

Un exemplaire du questionnaire est visible en annexe.

D. Population étudiée

Les patientes interrogées ont été recrutées au sein de cabinets de médecine générale, de gynécologie, et d'un campus étudiant. Les critères d'inclusion étaient les suivants : nullipares, âge entre 18 et 45 ans, maîtrise de la langue française.

Les critères d'exclusion étaient les patientes mineures ou âgée de plus de 45 ans, absence de maîtrise de la langue française, ou encore la primiparité et la multiparité.

E. Recueil des données et méthode d'analyse

Les questionnaires ont été distribués aux patientes après consentement avec les explications préalables sur le déroulé et la durée. Le questionnaire était ensuite remis en main propre.

Les données ont été recueillies de mai à juillet 2022 et ont ensuite été saisies sur un tableur informatique (Logiciel Microsoft Excel) de manière anonymisées. Les variables qualitatives sont décrites par des effectifs (et pourcentage). Les variables quantitatives sont décrites par une moyenne (et l'écart-type) lorsqu'elles ont une distribution normale, par la médiane (et intervalles interquartiles, IQR) lorsque la distribution n'est pas normale.

Pour les analyses statistiques : les variables qualitatives ont été comparées avec le test du Chi 2 ou par le test exact de Fisher (lorsque les conditions d'application n'étaient pas réunies), les variables quantitatives ont été comparées par un test de Student ou un test non paramétrique de Mann Whitney (lorsque les conditions d'application n'étaient pas réunies). Les questionnaires incomplets ont été exclus des analyses. Toutes les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel Python version 3.7.

L'analyse statistique a été réalisée par une équipe de médecins de Santé Publique (Thèse Horus).

III. RÉSULTATS

A. Caractéristiques de la population étudiée

Nous avons pu exploiter 104 questionnaires. Le diagramme de flux ci-dessous montre que sur 110 questionnaires distribués, 2 n'ont pas pu nous être rendus par manque de temps de la part des patientes et 4 ont été exclus à cause de données manquantes. Ainsi le taux de participation à notre étude est de 94,5%.

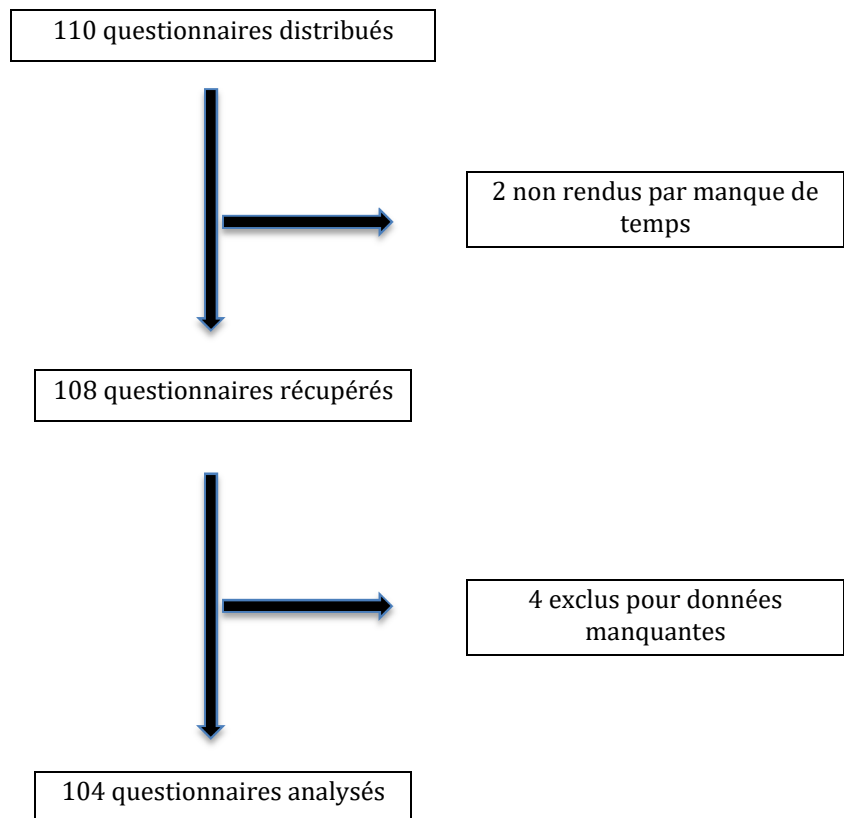


Diagramme de flux

Ci dessous est présenté la répartition des effectifs en fonction des âges.

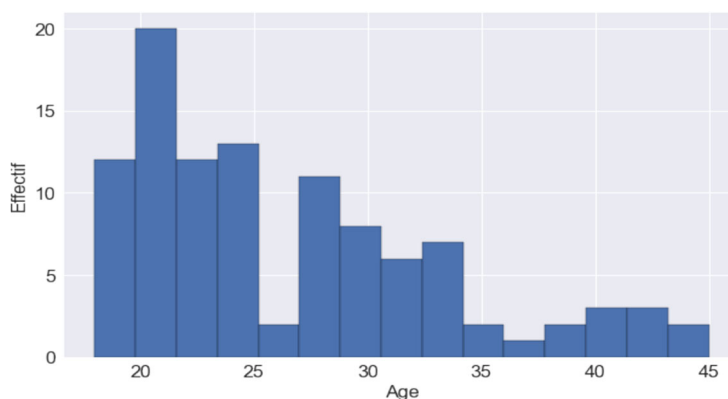


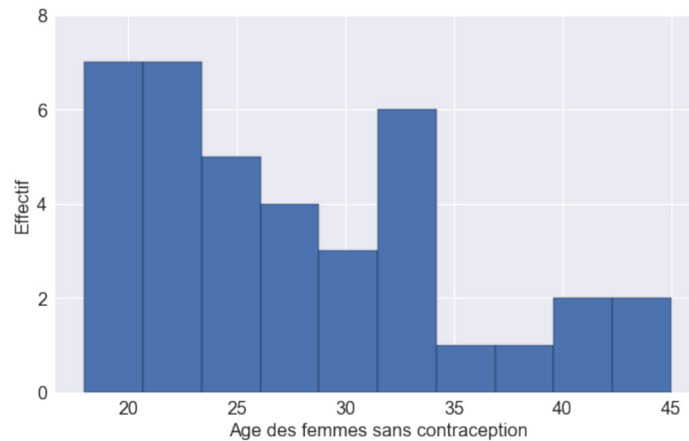
Figure 1 : répartition des effectifs en fonction de l'âge

Les caractéristiques de la population sont résumées dans le tableau ci dessous :

Caractéristiques	Nombre (%)
<i>Âge médian</i>	25 ans (IQR 9,25)
<i>Niveau d'étude</i>	
-lycée	2 (2%)
-CAP/BEP	5 (5%)
-BAC	20 (19%)
-études supérieures	77 (74%)
<i>Statut marital</i>	
-en couple	61 (58%)
-célibataire	43 (42%)
<i>Interruption Volontaire de Grossesse</i>	
-oui	14 (13,4%)
-non	90 (86,6%)
<i>Suivi gynécologique</i>	
-médecin généraliste	23 (22%)
-gynécologue	65 (62%)
-sage femme	2 (2%)
-planning familial	2 (2%)
-pas de suivi	12 (12%)
<i>Informations DIU</i>	
- professionnel de santé	39 (38%)
- internet	4 (4%)
- réseaux sociaux	2 (2%)
- entourage	4 (4%)
- autre	2 (2%)

L'âge médian est de 25 ans. La majorité des patientes ont fait des études supérieures (74%) et sont suivies principalement par un gynécologue (62%). 23% sont suivies par leur médecin généraliste, et 12% ne déclarent aucun suivi.

La répartition des âges des femmes sans moyen de contraception dans notre étude se situe essentiellement entre 18 et 24 ans et aux alentours des 32 ans.



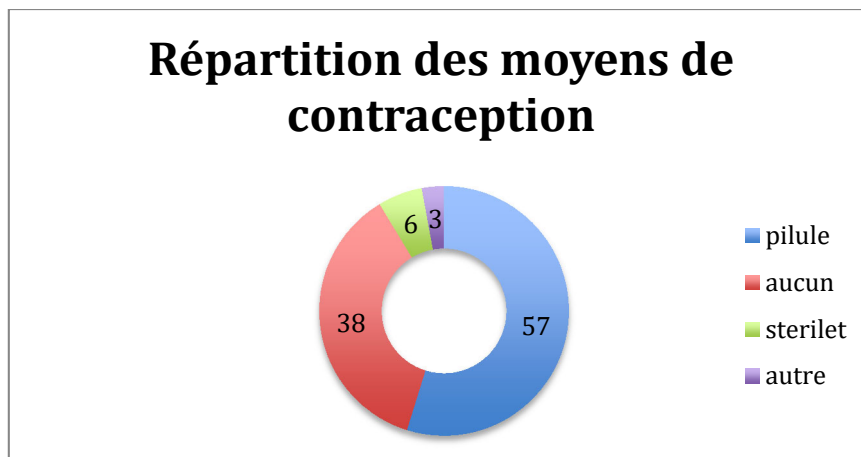
14 femmes ont déjà eu recours à une IVG (13,4%), dont 7 avaient un moyen de contraception lors de l'IVG.

57 femmes (54%) étaient sous pilule, 38 (37%), dont l'âge moyen était de 26,5 ans (intervalle inter-quartile à 11), ne déclaraient aucun moyen de contraception. 6 femmes étaient sous DIU (cuivre ou levonorgestrel), soit l'équivalent de 6%.

Les autres moyens de contraceptions sont représentés par l'anneau vaginal, l'implant et les méthodes naturelles. Seulement 3 femmes les utilisaient (3%).

Environ 1 femme sur 2 (50%) avait déjà reçu des informations concernant le DIU, majoritairement par un professionnel de santé (38%). 4% des femmes avaient reçu des informations via internet ou l'entourage, et 2% via les réseaux sociaux.

L'âge de la première contraception se situe aux alentours de 16 ans. 73% affirment avoir pu choisir librement leur contraception. Une femme sur 4 (27%) n'a pas eu le sentiment de la choisir librement.



B. Analyse Descriptive

Le critère de jugement principal de notre étude était le taux de bonnes réponses au questionnaire. Les patientes devaient répondre par « vrai/faux » aux affirmations proposées. La question 4 « *la pose et le retrait du DIU se font lors d'une consultation classique* » a du être retirée de l'analyse par manque de compréhension de la part des patientes.

Ci-dessous figure le tableau présentant les résultats :

Affirmations	Pourcentage de bonnes réponses (%)
Qt 1 : <i>il existe deux types de DIU, un au cuivre et un hormonal</i>	82,6
Qt 2 : <i>sa durée d'action est de 1 an</i>	82,6
Qt 3 : <i>obligation d'attendre la fin de sa durée d'action pour le retirer</i>	89,4
Qt 5 : <i>porter un stérilet est une contre-indication au sport</i>	100
Qt 6 : <i>l'utilisation de tampon est possible avec un stérilet</i>	86,5
Qt 7 : <i>il est normal d'avoir des douleurs abdominales lorsque l'on est porteuse d'un DIU</i>	68,2
Qt 8 : <i>les règles peuvent être modifiées sous DIU</i>	80,7
Qt 9 : <i>il est dangereux de ne pas avoir de règle sous DIU</i>	74
Qt 10 : <i>le DIU augmente le risque d'infection génitale</i>	77,9
Qt 11 : <i>le DIU peut rendre stérile à long terme</i>	87,5
Qt 12 : <i>le DIU peut se poser chez une femme n'ayant jamais eu d'enfant</i>	95,1

Tableau 1 - Caractéristiques de la population étudiée

Les femmes ont majoritairement bien répondu au questionnaire avec une note moyenne entre 8 et 10/10 (figure 1) à l'exception des affirmations 7, 9 et 10 où le taux de bonnes réponses était de respectivement 68,2%, 74% et 77,9%.

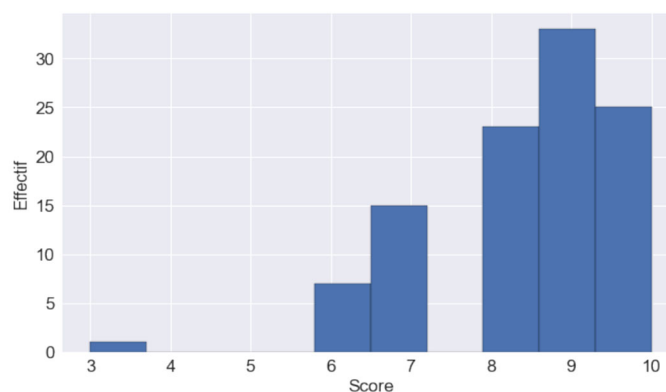


Figure 1 - Note attribuée de 0 à 10 en fonction de l'effectif

97 femmes interrogées sont satisfaites de l'information reçue à travers ce questionnaire, en revanche 7 femmes ont déclaré ne pas avoir appris de nouvelles informations. Sur les 97 femmes satisfaites par le questionnaire, un peu plus de la moitié (55) pourraient envisager le DIU comme contraceptif, cependant ce résultat n'est pas statistiquement significatif ($p=0.69$).

Un des objectifs secondaires de cette étude était d'évaluer la satisfaction des femmes concernant leur moyen de contraception actuel. La majorité des femmes étaient sous pilule dans l'échantillon étudié. Sur les 57 femmes sous pilule, 36 en étaient satisfaites et 21 insatisfaites. Parmi ces dernières, la principale raison évoquée était l'oubli (79%). 38 femmes n'avaient aucun moyen de contraception ; parmi elles, 7 avaient un antécédent d'IVG et 20 avaient reçu des informations sur le DIU. Seulement 6 femmes étaient sous DIU dans notre échantillon, 4 en étaient satisfaites. Les deux autres ont évoqué le saignement et la douleur comme motifs d'insatisfaction.

Enfin, nous avons voulu comparer le niveau de connaissance des femmes selon qu'elles étaient suivies par un médecin généraliste ou un gynécologue. Dans notre échantillon, sur les 65 femmes suivies par un gynécologue, 55 avaient reçu des informations concernant le DIU. 23 femmes étaient suivies par un médecin généraliste, parmi lesquelles 17 avaient reçu des informations sur le DIU. Notre étude n'a pas mis en évidence de différence statistiquement significative entre les deux ($p=0.34$).

C. Analyse Comparative

Facteurs étudiés		Nombre (%)	p-value
Âge médian	Score >8 (25 ans) Score <8 (23 ans)		0.15
Etudes	>Etudes supérieures <Etudes supérieures	77 (74%) 27 (26%)	0.34
Contraception	Oui Non	66 (63,4%) 38 (36,6%)	0.01
IVG	Oui Non	14 (13,5%) 90 (86,5%)	0.72
Statut Marital	En couple Célibataire	61 (58,6%) 43 (41,4%)	0.05

Tableau 2 – Analyses en sous groupe

Nous avons voulu étudier si certains facteurs influençaient le niveau de connaissance des femmes dans notre échantillon. Nous avons pour cela fixé la note à 8/10. Les résultats sont donnés dans le tableau 2. Il ressort de cette analyse que les femmes ayant un moyen de contraception et en couple ont été mieux informées sur le DIU que celles n'en ayant pas (respectivement $p=0,01$ et $p=0,05$).

En revanche, il n'y a pas de différence statistiquement significative dans le sous-groupe « études supérieures » ($p=0,34$). Ce résultat peut s'expliquer soit par le fait que l'information délivrée est globalement bonne dans la population générale, sans distinction d'éducation, soit par le fait que notre échantillon est trop petit pour observer une différence significative (seulement 7 femmes n'ont pas le BAC dans notre étude).

Il n'y a également pas de différence statistiquement significative observée dans le sous-groupe IVG ($p= 0.72$).

IV. DISCUSSION

A. Comparaison avec les données de la littérature

1. Objectif principal

Notre travail montre que les femmes sont globalement bien informées sur le DIU avec une note moyenne de 8/10. Les notions les moins maîtrisées concernent la sécurité d'emploi du DIU. En effet, près de 25% des femmes pensent que le DIU majore le risque d'IGH malgré les données probantes retrouvées dans la littérature. 68% des femmes interrogées pensent qu'il est normal de ressentir des douleurs abdominales avec un DIU, or il est important de sensibiliser les patientes au risque, bien que faible mais réel, de la survenue d'une grossesse extra-utérine, se manifestant principalement par des douleurs pelviennes et des métrorragies. De plus, il y a une différence de tolérance clinique entre le DIU au cuivre et le DIU au LNG, ce dernier ne donnant généralement pas de douleur abdominale contrairement au cuivre.

Pour finir, 3 femmes sur 4 (74%) pensent qu'il est dangereux de ne pas avoir de règle sous DIU hormonal.

Une étude réalisée en 2014 explorant également les connaissances des femmes de 18 à 45 ans en Isère, toute parité confondue, a montré des résultats allant dans le sens d'une désinformation des patientes. À la question « *pensez-vous que le risque d'avoir une infection génitale est important lorsque l'on est porteuse d'un DIU ?* », 42% des femmes interrogées ont répondu juste contre 77,9% dans notre étude. Nous pouvons noter qu'à la question « *pensez-vous qu'une femme n'ayant jamais accouché peut avoir un stérilet ?* », 61% ont répondu correctement contre 95% dans notre étude. D'une manière plus globale, la note moyenne était de 6,25/13 tandis que la note moyenne dans notre étude était de 8/10 (50). Ces résultats montrent une tendance à l'amélioration des connaissances des femmes bien qu'ils ne soient pas strictement comparables du fait du questionnaire non identique entre les deux études.

L'étude qualitative de Isabelle Laplace en 2014 sur les questionnements et représentations à propos du Dispositif Intra-Utérin sur les forums internet (51) met en lumière les discussions générées par la modification des règles, l'aménorrhée posant la question d'une éventuelle grossesse ou encore l'absence de règles, signe de bonne santé. Nous retrouvons dans notre étude un résultat similaire puisque 75% des femmes interrogées pensent qu'il est dangereux de ne pas avoir de règle sous DIU hormonal.

Ces résultats sont renforcés par ceux établis dans le mémoire de Marie Lepitre concernant le DIU et la nulliparité à Paris où les éléments en défaveur du DIU exprimés par les femmes sont : la peur de la pose et de la douleur, la peur du corps étranger ou encore la peur de l'absence de règle. Seulement 3 femmes avaient peur de la survenue d'une grossesse extra-utérine et aucune de la stérilité (44).

Dans notre étude, bien que les femmes soient majoritairement informées sur le DIU par les professionnels de santé (38%), elles ne sont que 50% à recevoir des informations le concernant. Cela signifie que parmi les femmes informées, on retrouve 12% d'informations provenant de sources potentiellement erronées (réseaux sociaux, entourage..). Ce manque de connaissance était un frein exprimé par les patientes dans un travail de thèse récent de 2019 évaluant les réticences à l'utilisation du DIU chez les femmes de 18 à 25 ans (49). Il est important que les professionnels de santé puissent s'adapter à la demande croissante des femmes d'obtenir des informations de santé rapidement et de promouvoir des sites adaptés tels que « *choisirscontraception.fr* » ou encore « *questionsexualité* ».

Nous n'avons pas constaté dans notre étude de différence de connaissance selon le niveau d'étude, ce résultat est contradictoire avec de nombreux travaux évoqués dans la littérature, dont celui de Rebecca Chabre en 2018 à Paris qui a montré que les femmes ayant un niveau d'étude supérieure avaient de meilleures connaissances sur le DIU (52). Cette différence peut s'expliquer par les caractéristiques de notre population avec une faible proportion de femmes ayant un niveau d'étude inférieur au Bac (7%) ce qui ne permet pas de mettre en évidence des résultats similaires à ceux observés dans la littérature.

2. Objectifs secondaires

Un des objectifs secondaires de ce travail était d'analyser la satisfaction des patientes concernant leur moyen de contraception. Dans notre étude, elles étaient majoritairement satisfaites (72%). Parmi les femmes insatisfaites (28%), la pilule dominait largement le tableau avec comme principale difficulté rencontrée l'oubli de la prise (79%). Ces résultats concordent avec ceux de la littérature et notamment le travail de thèse réalisé en 2021 par Charlotte Pallade sur les attentes des femmes de 15 à 49 ans en matière de contraception en 2021. Il a été montré que un tiers des patientes sous pilule souhaitent changer de contraception au profit d'une méthode plus simple, moins contraignante et sans hormone (53). Nous n'avons pas retrouvé beaucoup d'études dans la littérature explorant la satisfaction des femmes sur leur contraception, et la plupart sont anciennes.

Une des plus récentes a été réalisée sur 263 patientes à Paris en 2010. Elle révèle que la satisfaction des patientes concernant leur contraception est souvent corrélée au fait qu'elles aient pu la choisir de manière libre et éclairée. Dans cette étude, le mode de contraception correspondait à un choix personnel dans 60% des cas, imposé par le médecin dans 28% des cas et imposé par une contre-indication médicale dans près de 10% des cas. Le taux de satisfaction le plus élevé concernait le DIU avec 60% contre 50% pour la pilule (oestroprogestatives et progestatives confondues).

La stérilisation tubaire arrive en tête avec 66% de satisfaction.

Enfin, les résultats sont concordants avec ceux de notre étude car la majorité des patientes se disaient satisfaites de leur contraception (84%) (54). L'aide au choix peut se faire à l'aide de la méthode BERCER définie par l'OMS en 6 étapes : bienvenue, entretien, renseignement, choix, explication et retour (55).

En ce qui concerne les sources d'informations, la majorité des femmes de notre étude déclaraient avoir été informées par un professionnel de santé dans 38% des cas, par l'entourage (famille/amis) dans 4% des cas, et par internet et les réseaux dans 6% des cas. Nous n'avons pas évalué dans notre étude le degré de satisfaction de l'information reçue, mais dans celle précédemment sus citée, 23% des femmes déclaraient ne pas avoir été bien informées à ce sujet bien que 77% d'entre elles avaient reçu une information de la part du médecin (54).

Un travail de thèse effectué par Marie Gaucher en 2015 s'intitulant « *Appréciation d'une brochure d'information sur les dispositifs intra-utérins à l'officine* » a par ailleurs mis en évidence qu'une femme sur trois n'avait jamais choisi cette contraception par manque d'information (56).

Nous avons retrouvé dans la littérature un travail de thèse réalisé en 2020 sur les connaissances des patientes concernant les compétences gynécologiques du médecin généraliste. Le résultat montre que 27% des femmes interrogées ne reconnaissent aucune des 16 compétences évoquées dans le questionnaire de l'étude (pose, retrait DIU, réalisation de FCU..). Une femme sur deux ignorait que le médecin traitant pouvait réaliser des frottis de dépistage, à l'heure ou le dépistage du cancer du col utérin arrive peinement à 50%. Enfin, 81% des patientes de l'étude aimeraient être informées par leur médecin traitant de part une meilleure accessibilité par rapport au spécialiste (57).

Même si nos résultats ne sont pas complètement similaires à ceux constatés dans la littérature, nous pouvons tout de même observer que les patientes dites « informées » dans notre étude déclarent avoir appris de nouvelles informations à la suite de notre questionnaire. Ceci suggère que la qualité des informations délivrées n'est pas optimale, même si elles proviennent d'un professionnel de santé. Nous n'avons pas mis en évidence de différence statistiquement significative entre les patientes qui choisiraient ou non le DIU selon l'information délivrée. Ceci peut s'expliquer par d'autres paramètres non évoqués dans notre questionnaire comme l'appréhension d'un corps étranger ou encore la douleur lors de la pose, freins retrouvés dans plusieurs travaux (52,58).

Dans notre étude, nous n'avons pas mis en évidence de différence significative entre les connaissances des patientes selon qu'elles étaient suivies par un médecin généraliste ou un gynécologue. Ce résultat est concordant avec ceux de la littérature, comme par exemple dans l'étude réalisée en 2020 « *la délivrance de l'information par le professionnel de santé à la patiente à propos de la contraception* » (11) dans laquelle les patientes étaient suivies par un gynécologue dans 75% des cas et par un médecin généraliste dans 65% des cas et ne montrait pas de différence significative entre les deux. Les patientes avaient également été interrogées sur l'utilité d'un support papier à transmettre en consultation regroupant toutes les caractéristiques des différentes contraceptions. La très grande majorité (94%) y trouvait un intérêt pour la clarté des informations, souvent nombreuses, délivrées en consultation. Ce résultat est d'autant plus important du fait de la démographie médicale actuelle ou l'accès à un gynécologue devient de plus en plus difficile.

Notre analyse en sous-groupe a révélé que les femmes sans contraception et célibataires avaient un niveau de connaissance inférieur comparées aux autres. Ce résultat est intéressant car dans notre étude, les femmes sans contraception se situaient dans la tranche d'âge des 18-24 ans où l'on retrouve parallèlement le taux le plus élevé d'IVG dans la population générale (59). Il semble intéressant pour les professionnels de santé de cibler préférentiellement cette tranche d'âge afin de mieux percevoir leurs attentes, leurs craintes et de leur permettre de faire un choix le plus éclairé possible.

Nous avons observé également que les femmes de 30 à 35 ans n'avaient pas de contraception, résultat compatible avec le fait que le désir de grossesse est plus important dans cette tranche d'âge.

B. Forces et limites de l'étude

Très peu d'études quantitatives ont été réalisées à ce sujet, la plupart, explorant les connaissances des femmes sur le DIU, travaillaient sur la base de données qualitatives avec entretiens semi-dirigés et ne ciblaient pas spécifiquement les nullipares. L'intérêt de ce travail était d'analyser de manière brute des données et de les comparer à celles retrouvés dans la littérature, sans être soumis à un biais d'interprétation dans le cadre des entretiens.

Le questionnaire court peut entraîner un manque d'exhaustivité des sujets abordés.

Nous avons pu analyser seulement 104 questionnaires. Ce petit échantillon limite la puissance statistique de notre étude. De plus, les questionnaires ont été distribués au sein de cabinets médicaux de médecine générale et de gynécologie où l'on retrouve majoritairement une population de catégorie socio-professionnelle élevée. Ceci peut limiter la représentativité de nos résultats à l'échelle de la population générale.

Tous les facteurs de confusion n'ont pas pu être contrôlés, ce qui diminue le niveau de validité interne de l'étude.

C. Perspectives

Notre étude a montré une amélioration des pratiques des professionnels de santé en matière d'information sur la contraception. Il reste néanmoins des zones d'ombres dans l'approche globale de cette problématique. Si aujourd'hui les femmes savent que le DIU est possible quelque soit la parité, il est important pour les professionnels de santé, et notamment les médecins généralistes, de cibler les lacunes persistantes mises en lumière dans notre étude.

De plus, celle-ci n'a pas permis de montrer une différence de connaissances selon les catégories socio-économiques et le niveau d'étude des patientes, contrairement à la littérature. Il serait donc intéressant d'évaluer les connaissances sur la contraception des patientes provenant de milieux socio-économiques défavorisés afin de cibler leurs attentes et leurs craintes.

Les données de la littérature mettent en évidence que les craintes des patientes concernent essentiellement : la peur d'un corps étranger, la douleur à la pose ainsi que les difficultés d'accès à la pose.

Concernant la douleur lors de la pose, toutes les études s'accordent à dire qu'il n'y a pas de différence observée sur la présence de douleur entre une prise de placebo et la prise d'antalgique, quel qu'il soit, avant la pose. Néanmoins il a été montré que des techniques comme « la torpille » diminuait la douleur de la patiente par non utilisation de la pince de Pozzi et de l'hystéromètre. Il serait judicieux d'évaluer les pratiques des médecins généralistes concernant cette technique.

Les difficultés d'accessibilité à la pose et au retrait d'un DIU s'explique par l'absence de gynécologue. Il est important de valoriser et de favoriser la pratique de la gynécologie en médecine générale afin de subvenir aux besoins de la population, et pourquoi pas envisager le retrait d'un DIU par un Infirmier en Pratique Avancée dans le cadre de la délégation de tâches.

V. CONCLUSION

Ce travail montre que les femmes nullipares sont majoritairement bien informées sur le DIU. Cette étude met en lumière une amélioration des pratiques des professionnels de santé, dont les médecins généralistes qui se trouvent au coeur de la prise en charge contraceptive en France. Le profil contraceptif évolue en permanence et s'oriente de nos jours vers une contraception plus « naturelle » et sans hormone au sein de laquelle le DIU au cuivre occupe une place de choix. Notre étude vient renforcer les données de la littérature en montrant qu'il persiste malgré tout quelques éléments sensibles qui mériteraient d'être abordés de manière systématique par les professionnels de santé, tels que l'absence de majoration du risque infectieux, ou encore le caractère non péjoratif de l'absence de menstruation mensuelle.

Nous avons relevé un paramètre important dans le choix d'une contraception par DIU : il s'agit de l'appréhension de la douleur lors de la pose. Si aujourd'hui plusieurs travaux ont montré qu'il n'y avait aucune différence significative entre un placebo et un antalgique dans la prévention de la douleur, d'autres ont mis en évidence que certaines techniques comme la « torpille » ou encore en position latérale la diminuaient considérablement. Il semblerait intéressant de faire un état des lieux de cette pratique en médecine générale et en gynécologie et d'en valoriser la formation.

Notre étude a également permis de montrer que la majorité des femmes avaient un moyen de contraception, à l'exception des femmes entre 18 et 24 ans où parallèlement le taux d'IVG reste le plus élevé. Les données de la littérature montrent des résultats concordants sur le fait qu'environ 25 à 30% des patientes se déclarent insatisfaites quant à la liberté du choix de leur contraception, ce qui engendre des risques d'inobservance, d'arrêts et par conséquent de grossesses non désirées.

Pour cela il serait intéressant d'étudier leurs attentes vis à vis de la contraception afin de pouvoir mieux les conseiller tout en respectant le principe de la décision médicale partagée entre le médecin et son patient.

Notre analyse en sous-groupe n'a pas révélé de différence significative de connaissances selon le niveau d'étude. Ce résultat est discordant avec la littérature et s'explique probablement par le faible nombre de femmes ayant un niveau d'étude inférieur au BAC. D'autres études ciblant les populations les plus précaires pourraient être réalisées afin de faire un état des lieux de leur couverture contraceptive et d'évaluer leur connaissance à ce sujet.

Aujourd'hui la majorité des femmes sont suivies par un gynécologue pour leur contraception. Paradoxalement, l'accès à ces spécialistes devient de plus en plus difficile de part leur faible nombre et du délai important de leurs consultations, ce qui entraîne souvent une errance concernant le suivi médical. Il est donc primordial que les médecins généralistes deviennent des acteurs principaux du suivi de la femme et maîtrisent l'art de la contraception et des techniques de dépistage au même titre que la prise en charge pédiatrique et gériatrique. Il s'agit de consultations qui s'inscrivent dans la durée pour lesquelles aucune valorisation financière n'existe. Les médecins généralistes s'impliqueraient peut-être davantage dans le cas contraire.

Une étude a montré que lorsque l'on interroge les patientes, nombreuses sont celles qui ignorent toutes les compétences gynécologiques qu'un médecin généraliste peut avoir. Des études de plus grandes ampleurs permettraient d'extrapoler ce résultat à l'échelle nationale.

Enfin, le faible échantillon de notre étude ne permet pas une puissance statistique optimale. Des études de plus grande ampleur permettraient d'affiner le niveau de connaissance des nullipares sur le DIU, et plus largement sur tous les moyens contraceptifs existants afin de s'adapter au mieux à leur attentes, en évolution permanente.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. La contraception en France [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 7 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/contraception-france-2017/>
2. Dossier thématique - Contraception - ANSM [Internet]. [cité 7 juill 2022]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/contraception>
3. Recommandations CNGOF: état des lieux de la contraception en France [Internet]. Recommandations CNGOF: état des lieux de la contraception en France | Univadis. [cité 1 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.univadis.fr/viewarticle/recommandations-cngof-etat-des-lieux-de-la-contraception-en-france-642513>
4. SPF. Baromètre santé 2016 Contraception [Internet]. [cité 12 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/barometre-sante-2016-contraception>
5. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C, l'équipe Fécond. La crise de la pilule en France: vers un nouveau modèle contraceptif?: Popul Sociétés. 2 mai 2014;N° 511(5):1□4.
6. contraception_freins_reco2 clics-5.pdf [Internet]. [cité 17 juill 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2 clics-5.pdf
7. United Nations. Contraceptive Use by Method 2019: Data Booklet [Internet]. UN; 2019 [cité 17 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.un-ilibrary.org/content/books/9789210046527>
8. La contraception dans le monde (2011) [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 17 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/la-contraception-dans-le-monde/>
9. efficacite-methodes-contraceptives.pdf [Internet]. [cité 18 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-04/efficacite-methodes-contraceptives.pdf>
10. Solinhac A. La contraception des jeunes adultes: information, utilisation et satisfaction: à partir d'une étude menée auprès de jeunes femmes de 18 à 25 ans. 9 avr 2014;XII.
11. Sgorlon L. La délivrance de l'information par le professionnel de santé à la patiente à propos de contraception: une étude descriptive transversale. 15 oct 2019;75.

12. Avortements [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 21 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/avortements/>
13. Gissinger C. Parcours contraceptif autour des interruptions volontaires de grossesse : réévaluation de la contraception à la consultation pré-IVG. 15 juin 2020;49.
14. Gyn&co. Le stérilet au cuivre [Internet]. Gyn&co. 2016 [cité 21 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.gynandco.fr/le-sterilet-au-cuivre/>
15. Qu'est ce que le DIU ou aussi appelé stérilet? - Choisir sa contraception [Internet]. [cité 24 juill 2022]. Disponible sur: <https://questionsexualite.fr/choisir-sa-contraception/tous-les-modes-de-contraception/le-diu-dispositif-intra-uterin-sterilet-comment-ca-marche>
16. synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf [Internet]. [cité 24 juill 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf
17. Sivet M. La connaissance de la contraception intra-utérine chez les étudiantes nullipares: enquête auprès de 2391 étudiantes des Universités.
18. Le stérilet hormonal [Internet]. VIDAL. [cité 24 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/sexualite-contraception/contraception-feminine/sterilet-hormonal.html>
19. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. sept 2005;34(5):513.
20. cngof_info_17-DIU_.pdf [Internet]. [cité 28 juill 2022]. Disponible sur: http://www.cngof.net/Publications-CNGOF/Fiches-info-patientes/2017/cngof_info_17-DIU_.pdf
21. Mayenc M. Devenir et tolérance à 6 mois des contraceptions de longue durée d'action posées au cours d'une IVG chirurgicale (2013-2015) au CPEF de Bayonne. 30 juin 2016;104.
22. Dispositif intra-utérin au lévonorgestrel (Mirena°) : utilité des notifications des utilisatrices [Internet]. [cité 28 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.prescrire.org/fr/3/31/55062/0/NewsDetails.aspx>
23. Le dispositif intra-utérin [Internet]. REVUE GENESIS. [cité 28 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.revuegenesis.fr/le-dispositif-intra-uterin/>
24. 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. août 2002;66(2):121-8.

25. 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*. juin 2007;75(6 Suppl):S134-139.
26. Farmer M, Webb A. Intrauterine device insertion-related complications: can they be predicted? *J Fam Plann Reprod Health Care*. oct 2003;29(4):227-31.
27. Masson E. Contraception par dispositif intra-utérin [Internet]. EM-Consulte. [cité 28 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1929/contraception-par-dispositif-intra-uterin>
28. 2005 - Collège National des Gynécologues et Obstétriciens.pdf [Internet]. [cité 24 juill 2022]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2000_go_281_serfaty.pdf
29. Farley TM, Rosenberg MJ, Rowe PJ, Chen JH, Meirik O. Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: an international perspective. *Lancet Lond Engl*. 28 mars 1992;339(8796):785-8.
30. IST : la HAS recommande un dépistage systématique de l'infection à Chlamydia trachomatis chez les jeunes femmes [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 31 juill 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2879454/fr/ist-la-has-recommande-un-depistage-systematique-de-l-infection-a-chlamydia-trachomatis-chez-les-jeunes-femmes
31. Brun JL, Castan B, de Barbeyrac B, Cazanave C, Charvériat A, Faure K, et al. Les infections génitales hautes. Mise à jour des recommandations pour la pratique clinique – texte court. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. mai 2019;47(5):398-403.
32. Backman T, Rauramo I, Huhtala S, Koskenvuo M. Pregnancy during the use of levonorgestrel intrauterine system. *Am J Obstet Gynecol*. janv 2004;190(1):50-4.
33. Ganer H, Levy A, Ohel I, Sheiner E. Pregnancy outcome in women with an intrauterine contraceptive device. *Am J Obstet Gynecol*. oct 2009;201(4):381.e1-5.
34. Contraception_reco.pdf [Internet]. [cité 5 août 2022]. Disponible sur: https://urgences-serveur.fr/IMG/pdf/Contraception_reco.pdf
35. Texte intégral [Internet]. [cité 5 août 2022]. Disponible sur: <https://www.dovepress.com/getfile.php?fileID=20706>
36. 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*. avr 2015;91(4):280-3.
37. 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*. avr 2015;91(4):274-9.
38. Eric D. Contraception chez la femme adulte et l'adolescente en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG). 2013;8.
 39. RPC [Internet]. [cité 11 août 2022]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique>
 40. FSRH Clinical Guideline: Intrauterine Contraception (April 2015, amended September 2019) - Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare [Internet]. [cité 11 août 2022]. Disponible sur: <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/ceuguidanceintrauterinecontraception/>
 41. Contraception chez la femme à risque cardiovasculaire [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 11 août 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1638478/fr/contraception-chez-la-femme-a-risque-cardiovasculaire
 42. Black A, Guilbert E. Consensus canadien sur la contraception (partie 3 de 4): chapitre 7 - Contraception intra-utérine. *J Obstet Gynaecol Can*. juin 2019;41:S1-23.
 43. Long-Acting Reversible Contraception: Implants and Intrauterine Devices [Internet]. [cité 11 août 2022]. Disponible sur: <https://www.acog.org/en/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2017/11/long-acting-reversible-contraception-implants-and-intrauterine-devices>
 44. Lepitre M. DIU et nulliparité, la fin d'une `` mauvaise réputation '' ?
 45. le DIU quelles représentations ? quelles implications ? [Internet]. [cité 8 août 2022]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/revue.presse/revue.presse.resume.affichage.php?numero_etudiant=&numero_resume=843
 46. Gaubert S. Impact d'une information sur les représentations, croyances et opinions du dispositif intra-utérin: une étude qualitative auprès d'adolescentes et jeunes femmes nullipares de 15 à 24 ans [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2017 [cité 8 août 2022]. Disponible sur: <https://ged.scdi-montpellier.fr/florabium/jsp/nomem.jsp?NOMEM=2017MONT1116>
 47. Id H. Connaissances et réticences à l'utilisation du dispositif intra-utérin: enquête descriptive auprès de 150 patientes consultant un centre hospitalo-universitaire parisien et le centre de planification et d'éducation familiale de Provins (Seine-et-Marne). :78.
 48. 4974_Copie_de_These_Fanny_VOISIN.pdf [Internet]. [cité 8 août 2022]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4974_Copie_de_These_Fanny_VOISIN.pdf

49. Soulier P. Le Dispositif Intra-Utérin et l'Implant Contraceptif sont-ils des méthodes contraceptives acceptées et acceptables pour les jeunes femmes de 18 à 25 ans, dans l'objectif de prévenir la survenue de grossesses non désirées? Mieux comprendre les freins des patientes à leur utilisation pour mieux les prescrire: étude ambulatoire par questionnaire dirigé portant sur les connaissances et réticences des jeunes femmes âgées de 18 à 25 ans, consultant en planning familial, en Seine-Saint-Denis. :79.
50. Lalo M, Sacareau F. Enquête sur les connaissances des femmes de 18 à 45 ans sur le dispositif intra-utérin en médecine ambulatoire, en Isère.
51. Laplace I. Questionnements et représentations à propos du dispositif intra-utérin sur les forums internet [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2014.
52. Chabre R. Représentations, freins et connaissances des femmes consultant en CPEF dans l'Essonne sur le dispositif intra-utérin (DIU) en 2018 [Thèse d'exercice]. [Le Kremlin-Bicêtre, Val-de-Marne, France]: Université de Paris-Sud. Faculté de médecine; 2019.
53. Pallade C. Les attentes des femmes de 15 à 49 ans en matière de contraception en 2021 [Internet] [Thèse d'exercice]. [2018-2021, France]: Université de Lille; 2022 [cité 6 sept 2022]. Disponible sur: https://pepите-depot.univ-lille.fr/RESTREINT/Th_Medecine/2022/2022ULILM030.pdf
54. Tohic AL. Les femmes sont-elles satisfaites de leur contraception? Enquête auprès de 263 patientes - Are women satisfied with their contraception? A survey about 263 patients. 2006;6.
55. Guide_Contraception_pour_une_prescription_adaptee.pdf [Internet]. [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_Contraception_pour_une_prescription_adaptee.pdf
56. Gaucher M. Appréciation d'une brochure d'information sur les dispositifs intra-utérins à l'officine: étude auprès des patientes en Seine-Maritime. 29 oct 2015;129.
57. Plantevin M. Connaissances des patientes concernant les compétences gynécologiques des médecins généralistes. 2020;89.
58. Roger M. Représentations des femmes nullipares à la Réunion sur la contraception par dispositif intra-utérin. 27 oct 2020;102.
59. Évolution du taux de recours à l'IVG [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 25 août 2022]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/legere-augmentation-taux-de-recours-ivg/>

VII. ANNEXES

QUESTIONNAIRE DE L'ETUDE

1. Quel âge avez-vous ?
___ ans
2. Quel est votre niveau d'étude ?
 - lycée
 - CAP/BEP
 - BAC
 - Etudes supérieures
3. Etes vous en couple ?
 - OUI
 - NON
4. Quelle méthode de contraception utilisez-vous ?
 - Aucune
 - Pilule
 - Implant
 - Patch
 - Stérilet (cuivre ou hormonal)
 - Anneau
 - Méthodes « naturelles » (retrait, courbe de température..)
 - Méthodes définitives (vasectomie/ligature)
5. Quel est le médecin qui vous suit pour la contraception ?
 - medecin généraliste
 - gynécologue
 - sage femme
 - Planning familial
6. A quel âge avez-vous utilisé pour la première fois une contraception ?
___ans
7. Avez-vous eu le sentiment de choisir vous même votre moyen de contraception ?
 - Tout à fait
 - Pas tout à fait (présence de contre indication médicale à certaines contraceptions)
 - Pas du tout
8. Est ce que votre contraception actuelle vous convient-elle ?
 - tout à fait
 - pas tout à fait
 - pas du tout
9. Si vous n'êtes pas satisfaite, quelle(s) difficulté(s) rencontrez-vous avec votre contraception ?
 - Oubli fréquent
 - Gene à l'utilisation
 - Douleur fréquente
 - Trop contraignante
 - Saignement entre les règles
 - Prise de poids
 - Cout élevé
 - autre (précisez)

10. Avez-vous déjà pratiqué une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) ?
- OUI
 - NON
11. Aviez-vous un moyen de contraception au moment de l'IVG ?
- OUI
 - NON
12. Si OUI, lequel ?
- Implant
 - Patch
 - Pilule
 - Stérilet
 - Anneau
 - Méthodes « naturelles » (retrait, courbe de température..)
13. Avez-vous déjà reçu des informations concernant le DIU (stérilet) ?
- OUI
 - NON
14. Si vous avez répondu OUI à la question précédente, par qui avez-vous reçu ces informations ?
- Professionnel de santé (médecin généraliste, gynécologue, sage femme, planning familial)
 - Internet (précisez le site/ forum)
 - Réseaux sociaux
 - Amis/famille
 - Télévision
 - Autre (précisez)

Connaissances sur le DIU (stérilet) :

1. Il existe deux types de stérilet , un à base de cuivre et un hormonal
 - Vrai
 - Faux
2. Sa durée d'action est de 1 an
 - Vrai
 - Faux
3. Il est obligatoire d'attendre la fin de sa durée d'action pour le retirer
 - Vrai
 - Faux
4. La pose et le retrait du stérilet se font lors d'une consultation classique
 - Vrai
 - Faux
5. Le fait de porter un stérilet est une contre indication au sport
 - Vrai
 - Faux
6. L'utilisation de tampon est possible avec un stérilet
 - Vrai
 - Faux
7. En dehors des règles il est normal d'avoir des douleurs au ventre lorsque l'on est porteuse d'un stérilet
 - Vrai
 - Faux

8. Les règles peuvent être modifiées (plus longue, plus courte, plus abondante, absente) avec le stérilet
- Vrai
 - Faux
9. Il est dangereux de ne pas avoir de règle sous stérilet hormonal
- Vrai
 - Faux
10. Le stérilet augmente le risque d'infection génitale
- Vrai
 - Faux
11. Le stérilet peut rendre stérile à long terme
- Vrai
 - Faux
12. Le stérilet peut se poser chez une femme n'ayant jamais eu d'enfant
- Vrai
 - Faux
15. Est ce que ce questionnaire vous a permis d'obtenir plus d'information concernant le stérilet ?
- OUI
 - NON
16. Pourriez-vous choisir ce mode de contraception ?
- OUI
 - NON

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Objectif: Le DIU est un moyen de contraception fiable, réversible et de longue durée d'action exposant à peu de risque. Il est depuis 2004 autorisé chez toutes les patientes quelle que soit la parité. Dans la littérature, seulement 3% des nullipares l'utilisent. L'objectif principal est d'évaluer les connaissances des nullipares âgées de 18 à 45 ans concernant le DIU. Les objectifs secondaires sont d'une part d'évaluer la satisfaction des patientes concernant leur moyen de contraception actuel, évaluer l'intérêt d'une bonne information délivrée par le biais du questionnaire dans la détermination de leur choix, et enfin, selon qu'elles sont suivies par un médecin généraliste ou un gynécologue, comparer leurs connaissances.

Méthode: Nous avons réalisé une étude quantitative à l'aide d'un auto-questionnaire évaluant les connaissances des patientes sur le DIU et recueillant l'origine de ce savoir. Nous avons ensuite réalisé une analyse descriptive pour laquelle une note sur 10 était attribuée selon le nombre d'affirmations connues par les patientes. Une seconde analyse comparative a été réalisée par un test de Student et de Mann Whitney. Enfin, une analyse en sous-groupe nous a permis de mettre en évidence l'existence de facteurs influençant le niveau de connaissance.

Résultats: Les nullipares sont majoritairement bien informées sur le DIU avec une note moyenne de 8/10. Une femme sur deux (50%) déclare être bien informée, et parmi l'échantillon 38% ont reçu des informations via un professionnel de santé. 6% ont reçu des informations via les réseaux sociaux et internet, et enfin 4% via l'entourage. Notre étude révèle que la majorité des patientes est satisfaite de sa contraception (72%), bien qu'il existe un pourcentage non négligeable (28%) de femmes insatisfaites. Nous n'avons pas retrouvé de résultat statistiquement significatif quant à l'intérêt d'un questionnaire informatif dans le choix des patientes. Notre étude n'a pas montré de différence statistiquement significative entre les connaissances des patientes selon qu'elles étaient suivies par un gynécologue ou un médecin généraliste.

Conclusion: Notre étude met en lumière une amélioration des pratiques des professionnels de santé, dont les médecins généralistes, en terme d'information sur la contraception. Néanmoins, près de 30% des femmes se déclarent insatisfaites vis à vis de leur contraception. De plus, parmi les femmes n'ayant pas de moyen contraceptif, la plupart se situent entre 18 et 24 ans où le taux d'IVG reste le plus élevé en France. Il serait intéressant d'évaluer les attentes de ces femmes en matière de contraception afin de mieux pouvoir les conseiller et les orienter vers un choix libre et éclairé. Enfin, notre étude s'adressant principalement à une population de femmes de catégorie socio-économique favorisée, il serait judicieux de faire un état des lieux des connaissances des patientes issues de milieux défavorisés en matière de contraception.

Mots-clés: Dispositif intra-utérin, nullipares, connaissances, source information, médecin généraliste.

Objective: The IUD is a reliable, reversible, long-acting, low-risk method of contraception. Since 2004, it has been approved for all patients, regardless of parity. In the doctrine, only 3% of nulliparous women use it. The primary objective is to assess the knowledge of nulliparous women of between 18 and 45 years of age, about the IUD. The secondary objectives are to assess patients' satisfaction with their current contraceptive method, to evaluate the impact of good information provided through the questionnaire on their choice, and to compare their knowledge based on whether they are followed by a general practitioner or a gynecologist.

Method: We conducted a quantitative survey using a self-administered questionnaire to assess patients' knowledge about the IUD and to collect the source of this knowledge. We then conducted a descriptive analysis in which a score out of 10 was assigned based on the number of statements known by the patients. A second comparative analysis was performed using a Student Mann Whitney test. Finally, a subgroup analysis allowed us to highlight the existence of factors influencing the level of knowledge.

Results: The majority of nulliparous women were well informed about the IUD, with an average score of 8/10. One out of two women (50%) stated that they were well informed, and among them, 38% had received information from a health professional. 6% received information via social networks and the Internet, and 4% via friends and family. Our survey reveals that the majority of patients are satisfied with their contraception (72%), although there is a significant percentage (28%) of dissatisfied women. We did not find any statistically significant result regarding the impact of good information provided through the questionnaire on their choice. Our survey did not show a statistically significant difference between the knowledge of patients according to whether they were followed by a gynecologist or a general practitioner.

Conclusion: Our survey highlights an improvement in the practices of health professionals, including general practitioners, in terms of information on contraception. Nevertheless, nearly 30% of women declared being dissatisfied with their contraception. In addition, most of the women who do not have contraception are between 18 and 24 years of age, where the abortion rate is the highest in France. It would be interesting to assess the expectations of these women regarding contraception in order to better provide advice to them and guide them towards a free and informed choice. Finally, as our survey is mainly targeted at a population of women of a high advantaged socio-economic class, it would be useful to assess the knowledge of patients of a low class with regard to contraception.

Keywords: Intra uterin dispositive, nulliparous, knowledge, information source, general practitioner.