HAL
open science

Réticence des praticiens à la pose du dispositif intra-utérin au cuivre, chez les femmes nullipares

Sandra Farinet

To cite this version:

Sandra Farinet. Réticence des praticiens à la pose du dispositif intra-utérin au cuivre, chez les femmes nullipares. Médecine humaine et pathologie. 2015. hal-02110857

HAL Id: hal-02110857

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-02110857v1

Submitted on 25 Apr 2019

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

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

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

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

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

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

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

Université de Lorraine

École de Sages-femmes de Nancy

"Réticence des praticiens à la pose du dispositif intra-utérin au cuivre, chez les femmes nullipares":

enquête chez les sages-femmes et médecins libéraux en Meurthe et Moselle.

Mémoire présenté et soutenu par

FARINET Sandra

Directeur de mémoire : Mme NADJAFIZADEH Mardjane

Sage-femme enseignante

Promotion 2015

Université de Lorraine

École de Sages-femmes de Nancy

"Réticence des praticiens à la pose du dispositif intra-utérin au cuivre, chez les femmes nullipares":

enquête chez les sages-femmes et médecins libéraux en Meurthe et Moselle.

Mémoire présenté et soutenu par

FARINET Sandra

Directeur de mémoire : Mme NADJAFIZADEH Mardjane

Sage-femme enseignante

Promotion 2015

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier toutes les personnes ayant participé à la réalisation de mon étude, et à la rédaction de mon mémoire.

Je remercie particulièrement Laure ABENSUR, sage-femme et externe des hôpitaux, pour m'avoir soutenue et conseillée durant cette dernière étape difficile.

Je remercie également Mardjane NADJAFIZADEH, pour ses précieux conseils.

J'adresse mes plus sincères remerciements à mes parents, Catherine et Thierry FARINET et à mon frère, Lucas, qui m'ont soutenu durant toutes ces années d'étude.

Je n'oublie pas mon conjoint, Florian BOTTA, qui a fait preuve d'une grande patience et d'une aide précieuse.

Et enfin, je pense à mes collègues de promotion, qui ont été, pendant ces 4 années, des piliers sur lesquels je pouvais compter. Un grand merci à Anaïs CROCIATI, qui été mon principal moteur durant mon cursus : elle restera, à jamais, dans ma mémoire.

GLOSSAIRE

- CNIL : Commission National de l'Informatique et des Libertés
- CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- DIU : Dispositif Intra-utérin
- DPC : Développement Professionnel Continu
- FNORS : Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé
- FMC : Formation Médicale Continue
- GEU : Grossesse extra-utérine
- HAS : Haute Autorité de Santé
- HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires
- IST : Infections sexuellement transmissibles
- IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
- OGDPC : Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- SIP : Syndrome Inflammatoire Pelvien
- SFP : Society of Family Planning

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS **2**

GLOSSAIRE **3**

SOMMAIRE **4**

INTRODUCTION **5**

MATERIEL ET METHODE **9**

1. TYPE D'ETUDE 9
2. POPULATION ETUDIEE 9
3. MODALITES DE REALISATION DE L'ETUDE 10
4. OUTIL DE RECUEIL DE DONNEES 11

RESULTATS **12**

ANALYSE ET DISCUSSION **19**

1. PRINCIPAUX RESULTATS 19
2. PROPOSITIONS 25
3. FORCES DE L'ETUDE 26
4. LIMITES DE L'ETUDE 26

CONCLUSION **27**

BIBLIOGRAPHIE **29**

TABLE DES MATIERES **32**

ANNEXES **33**

INTRODUCTION

Situation paradoxale : la France et la contraception

Depuis la loi Neuwirth N°67-1176 du 28 décembre 1967 (1) relative à la régulation des naissances, la France est devenue l'un des pays où le taux de contraception est le plus élevé au monde. D'après le baromètre santé en 2010, 90% des femmes sexuellement actives utilisaient un moyen de contraception. (2)

Malgré la large diffusion des méthodes contraceptives, le taux de grossesses non désirées reste conséquent, plaçant la France parmi les pays Européens qui ont les taux de recours aux Interruptions Volontaires de Grossesses (IVG) les plus importants. Ainsi, environ un tiers des grossesses intervient alors qu'elles n'étaient pas désirées et deux tiers des IVG surviennent sous contraception. (3)

Ce problème de santé publique concerne potentiellement, à un moment ou à un autre, toute la population. Cependant, les jeunes femmes semblent être les plus touchées, notamment la tranche d'âge des 20-24 ans qui ont un taux de recours à l'IVG de 24 pour 1 000 femmes en 2012. De plus l'âge moyen à la première grossesse ne cesse d'augmenter depuis 1970 et atteint 28.1 ans en 2010. Il est donc important de s'intéresser aux difficultés auxquelles sont confrontées ces jeunes femmes dans la gestion de leur contraception au quotidien et à long terme. (4) (5)

Les experts en sciences sociales évoquent pour la France, la notion d'une norme contraceptive qui se caractérise par un recours au préservatif en début de vie sexuelle, puis à l'utilisation de la pilule lorsque la vie sexuelle se régularise, et enfin au Dispositif Intra-Utérin (DIU) comme alternative à la pilule après 30-35 ans, une fois que les femmes ont eu au moins un enfant. (6)

Il semble que les professionnels de santé privilégient la prescription de méthodes contraceptives qu'ils jugent très efficace, mais qui ne correspondent pas forcément aux attentes et aux modes de vie de ces femmes. D'ailleurs, une fois interrogées, elles attribuent les échecs du moyen contraceptif au fait qu'elles n'ont pu choisir la méthode qui leur a été prescrite, et que celle-ci ne leur convient pas.

Elles évoquent également une utilisation incorrecte de la méthode, ou la survenue d'une difficulté lors de son utilisation (oubli de pilule, rupture du préservatif...). (7)

Une étude effectuée en 2004 par la Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé (FNORS) a prouvé que 92% des utilisatrices de contraception orale avaient oublié de prendre leur pilule entre 1 et 5 fois ces 6 derniers mois. (8)
Du fait de l'existence de cette norme médicale, certaines méthodes ont été insuffisamment proposées aux femmes, c'est le cas du dispositif intra-utérin.

Dispositif Intra-utérin : un moyen contraceptif peu utilisé chez les jeunes femmes nullipares.

En France, tout âge confondu, le DIU est le second moyen de contraception le plus utilisé (26 %), ce qui représente seulement 1 femme sur 4. Il concerne, en premier lieu, les femmes plus âgées. En effet, son utilisation varie fortement selon la parité: nullipare: 1%, 1 enfant:20%, 3 enfants ou plus: 40%. (6)
La faible utilisation du DIU est une particularité française, puisque le DIU est la première méthode employée dans le monde, avec 22% des femmes. (9)

Si nous mettons en relation la bonne efficacité du DIU, sa facilité d'utilisation au quotidien et son faible coût, cela en fait une méthode de choix pour les jeunes femmes qui ont tendance à gérer difficilement une prise de pilule au quotidien sans oubli. En effet, cette méthode présente l'avantage de l'observance puisqu'elle est de longue durée d'action (en place 5 à 10 ans selon les modèles de DIU). De plus, le format short du DIU au cuivre permet de mieux s'adapter à la dimension utérine et facilite le passage du col des femmes n'ayant jamais eu d'enfant. (10)

Dernièrement, un format short de DIU hormonal au lévonorgestrel (JAYDESS) a été mis sur le marché en novembre 2013 et son utilisation tend à se développer. Cependant, il n'est à poser qu'en seconde intention et ce, en cas de mauvaise tolérance à un dispositif intra-utérin au cuivre. (11)

Le manque d'intérêt pour cette contraception date des années 1970. En effet, un nouveau DIU fut commercialisé aux Etats-Unis : le Dalkon shield. Il a favorisé les infections génitales hautes et s'est révélé être à l'origine de nombreuses infertilités tubaires et de quelques cas de décès, notamment chez les femmes nullipares. (12)
Ce scandale a nettement participé à la mauvaise réputation du DIU, ce qui explique encore aujourd'hui sa faible utilisation.

Retour sur les recommandations et les risques de cette méthode contraceptive chez la nullipare.

La Haute Autorité de Santé (HAS) déclare dans ses recommandations de 2004 que le DIU au cuivre est une contraception de première intention qui peut être proposée à toutes les femmes quelle que soit la parité, dès lors que les situations à risques ont été écartées (13)

En 2005, l'OMS rejoint cette position et elle précise que même avant 20 ans, les avantages de cette méthode l'emportent généralement sur les risques théoriques ou avérés. (14)

Cette méthode contraceptive a longtemps été contre indiquée chez la femme nullipare en raison de l'augmentation du risque de stérilité et des complications plus fréquentes dans cette population. Or, actuellement, les taux de complications avec le DIU sont les mêmes chez les femmes nullipares et chez celles ayant déjà enfanté. Au vu des données de l'OMS en 2011, le taux d'abandon de la méthode après 1 an d'utilisation est de 15 % pour les DIU contre 30 % pour les pilules oestro-progestatives et progestatives seules. (15)

Selon une étude réalisée en 2014, évaluant la tolérance du DIU chez les patientes nullipares, le taux de satisfaction des patientes était de 93% à 1 an. Une augmentation de l'abondance des règles a été répertoriée chez 84% d'entres elles, dont 75% se disaient peu ou pas gênées par ce symptôme. (16)

Réticence de la part des professionnels de santé.

En 2013, la HAS déclare que les recommandations à propos du DIU chez la nullipare ne sont toujours pas suivies. (6)

Les pratiques d'un grand nombre de professionnels sont encore marquées par les anciens textes concernant le DIU et la nulliparité. Les praticiens ont tendance à surestimer les complications et à sous-estimer la tolérance du DIU dans cette population de femmes. Et de manière globale, l'insertion, le taux d'échec et les difficultés de pose (douleurs, malaises vagaux, contractions utérines, saignements) dépendent en partie de leurs expériences et de leur formation continue. (17)

Les professionnels de santé sont les principaux acteurs de l'information délivrée aux femmes en âge de procréer et ont donc un impact majeur sur le choix contraceptif de leurs patientes.

La profession de sage-femme est actuellement en pleine évolution, et son champ de compétence s'est agrandi. La sage-femme est désormais habilitée à prescrire tout type de contraception, et depuis le 21 juillet 2009, elle est autorisée à prescrire, poser, suivre et pratiquer le retrait des DIU et a les compétences requises pour effectuer les suivis gynécologiques de prévention sous réserve qu'elle adresse la patiente à un médecin en cas de situation pathologique. (18)

La pose du DIU chez les jeunes femmes nullipares reste une pratique marginale et suscite de nombreuses interrogations tant pour les femmes concernées que pour les professionnels de santé eux-mêmes.

L'objectif premier de cette étude menée auprès des sages-femmes et médecins libéraux, était de mettre en évidence les différents freins qui pouvaient faire obstacle au développement de la méthode contraceptive par DIU chez la femme nullipare.

En second objectif, nous souhaitions mesurer l'impact de la formation initiale et continue des professionnels de santé sur leurs pratiques.

Pour mener ce travail, nous faisons une première hypothèse : les obstacles liés à cette pratique sont principalement une surestimation des risques et complications liés à la pose.

Puis nous posons une deuxième hypothèse : Les sages-femmes et les médecins libéraux manquent de pratique et/ou de formation initiale et continue dans ce domaine précis.

C'est à partir de ces deux axes que nous allons construire ce qui va suivre.

MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude

Une enquête a été effectuée auprès des professionnels de santé libéraux exerçant dans le département de la Meurthe et Moselle en 2014.

Cette étude observationnelle, descriptive et transversale, a été réalisée à l'aide d'un questionnaire permettant de recueillir les points de vue et les pratiques actuelles des praticiens libéraux.

2. Population étudiée

La population étudiée représentait les sages-femmes et les médecins libéraux qui posaient des dispositifs intra-utérins à leurs patientes dans le département de la Meurthe et Moselle, en 2014.

Critères d'exclusion:

- Professionnels de santé qui exercent en milieu hospitalier.
- Sages-femmes et médecins libéraux qui, en général, ne posent pas de DIU chez leurs patientes.
- Médecins généralistes.

Selon une thèse publiée en 2011, intitulée :

" Dispositifs intra-utérins en médecine générale en Lorraine" (19), "*42 médecins sur 180 prescrivent des DIU, seuls 15 en posent, soit 8% des participants*.".

Au vu du faible pourcentage de pose du DIU sur un effectif élevé des médecins généralistes, il aurait été difficile de n'interroger que cette population. Nous avons donc choisi de les exclure.

3. Modalités de réalisation de l'étude

Pour mieux cibler l'envoi des questionnaires et ainsi éviter les biais de recrutement, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Meurthe et Moselle a été contactée. Nous souhaitions recevoir une liste de noms des professionnels qui posaient des DIU en Meurthe et Moselle.

Le Médecin-conseil chef de service, a précisé les modalités réglementaires nécessaires à la requête demandée.

En Mai 2014, une demande de travaux à la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) (Annexe I) a été envoyée afin d'obtenir l'autorisation de recevoir cette liste.

Nous n'avons eu aucune réponse.

La première partie de notre population a donc été sélectionnée à partir de la liste des médecins gynécologues médicaux et obstétriciens dans les pages jaunes de l'annuaire de Meurthe et Moselle, mis à jour en 2014, en excluant directement les adresses correspondantes à des centres hospitaliers ou des cliniques.

Ensuite, nous les avons directement contactés par voie téléphonique pour leur expliquer les tenants et aboutissants de notre étude, obtenir leurs adresses mails afin qu'ils puissent répondre plus simplement au questionnaire. Certains d'entre eux ont préféré un envoi postal du questionnaire.

Nous avons pris contact avec une sage-femme cadre qui nous a transféré les adresses électroniques de toutes les sages-femmes libérales exerçant la gynécologie en Meurthe et Moselle en 2014.

L'envoi des questionnaires a débuté en Août 2014 (Annexe 2). Nous avons joint à cet envoi, une lettre explicative (Annexe 3) décrivant les objectifs et finalités de notre étude, ainsi qu'une enveloppe pré affranchie pour la réponse aux professionnels qui le souhaitaient.

Nous avons créé un questionnaire en ligne, à l'aide de l'outil de gestion en ligne "Google Drive", que nous avons transmis par mail au reste de l'échantillon inclus dans notre étude.

Au total, 102 questionnaires ont été envoyés:

Type de professionnels	Envoi mail	Envoi courrier	Total
Sages-femmes	51	0	51
Médecins	32	19	51

Nous avons effectué une relance, courant décembre 2014, par voie téléphonique aux 19 médecins gynécologues ayant reçu le questionnaire papier, ainsi qu'un nouvel envoi par mail à toutes les sages-femmes libérales et médecins gynécologues ayant reçu le questionnaire en ligne.

4. Outil de recueil de données

Le questionnaire comprenait 3 parties distinctes :

Une première partie concernait les caractéristiques personnelles et professionnelles des praticiens:

sexe, âge, profession, type d'exercice, année d'obtention du diplôme, formation(s) complémentaire(s) effectuée(s).

Une seconde partie s'est intéressée à leurs pratiques concernant le DIU en général, puis à leurs pratiques courantes et leurs points de vue concernant la pose du DIU chez la nullipare : au total 18 questions fermées dont certains items ont donné lieu à d'éventuels commentaires.

Une dernière partie était plus spécifique à l'information reçue par ces professionnels durant leur formation initiale et continue.

Nous avons inclus, dans cette dernière partie, une question qui portait sur leurs souhaits d'avoir plus d'informations sur les études récentes qui concernent les bénéfices/risques du DIU chez la nullipare. Les intéressés étaient invités à laisser leurs coordonnées pour que nous puissions leurs envoyer une synthèse rédigée des dernières études fiables.

Nous avons traité les données recueillies à l'aide du logiciel Microsoft office Excel.

RESULTATS

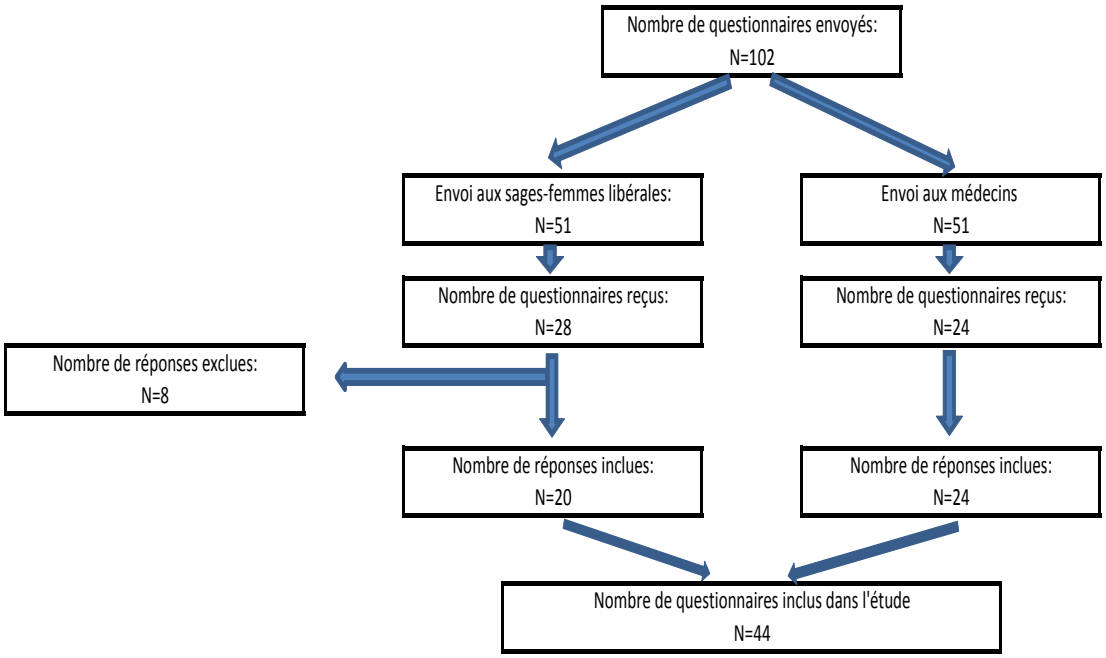
Après avoir décrit la population de notre échantillon, c'est succinctement que je relaterai les réponses à chaque question posée dans le questionnaire.

1. Description de la population

Le pourcentage de réponse à l'étude était de 45%. Les médecins interrogés étaient issus de deux spécialités distinctes : la gynécologie médicale et la gynécologie obstétrique. Nous les avons regroupés afin d'avoir un effectif comparable à celui des sages-femmes.

Les enquêtés exerçaient tous en secteur libéral ou mixte dans le département de la Meurthe et Moselle en 2014.

Le schéma de l'étude était le suivant:



La population incluse dans l'étude était composée à 82% de femmes.
Parmi les 20 sages-femmes libérales, 2 hommes participaient à l'étude.
Les médecins étaient également composés d'une majorité de femmes (18/24).

Tableau 1 : Répartition par genre de l'échantillon inclus dans l'étude.

Tranches d'âge des praticiens	Sages-femmes N=20	Médecins N=24	Total médecins/sages-femmes N=44
50 ans et plus	3	24	27 (61%)
40-49 ans	1	-	1 (2%)
30-39 ans	6	-	6 (14%)
20-29 ans	10	-	10 (23%)

La totalité des médecins a déclaré avoir obtenu son diplôme avant 1996. Les sages-femmes l'ont obtenu avant les années 2000.

2. Opinion des professionnels concernant l'utilisation du DIU chez la nullipare

Tableau 2 : Point de vue des professionnels à propos de la pose du DIU chez la nullipare

	Sages-femmes N=20	Médecins N=24	Total médecins/sages-femmes N=44
Avis favorables	19 (95%)	16 (67%)	35 (79%)
Avis défavorables	1 (5%)	8 (33%)	9 (20%)

Parmi les commentaires recueillis :

- Sage-femme:" Je ne le pose pas en 1ère intention"
- Médecins gynécologues:

  "Je ne le pose qu'au cas par cas, exclusivement aux patientes que je connais bien."

  "Je ne le pose qu'au cas par cas, si le couple est stable, et pas trop jeune"

  "Moins bonne efficacité du DIU au cuivre par rapport à celui au levonorgestrel"

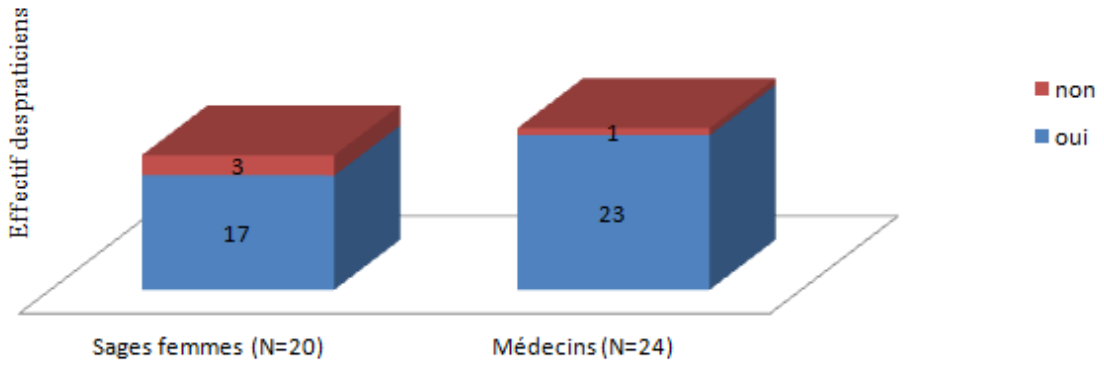


Figure 1 : Professionnels pratiquant la pose du DIU chez leurs patientes nullipares

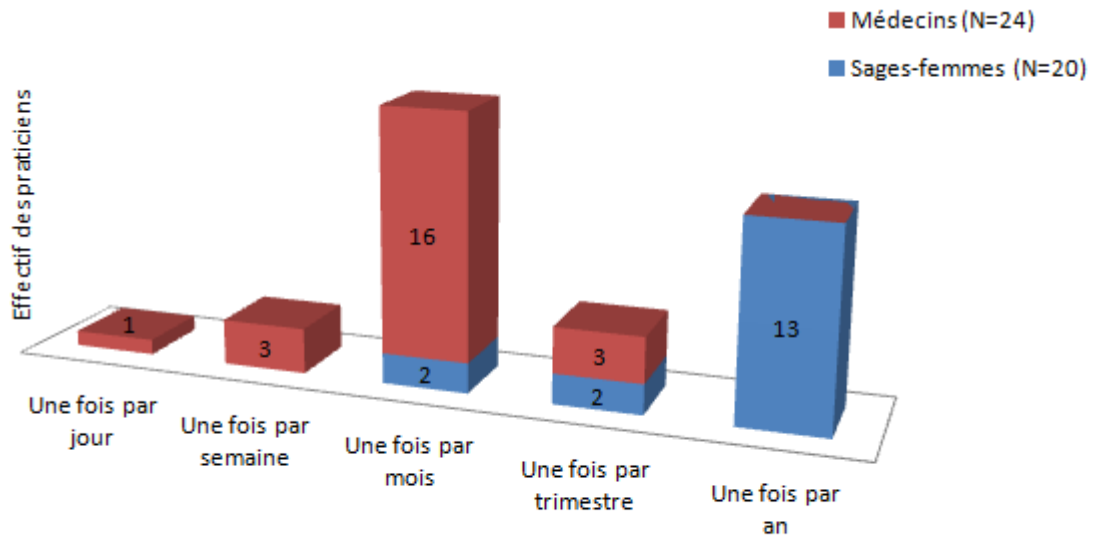


Figure 2 : Fréquence de pose des DIU au cuivre chez la nullipare, selon les catégories socioprofessionnelles

* 3 sages-femmes et 1 médecin ont été exclus des résultats dans l'analyse graphique car ils ne pratiquaient pas la pose chez leurs patientes nullipares

Tableau 3: Freins évoqués par les professionnels à propos de l'utilisation du DIU chez la nullipare

	Sages-femmes (N=20)	Médecins (N=24)	Total médecins/Sages-femmes (N=44)
* Une ou plusieurs réponses possibles			
Provenant des praticiens eux même			
Difficulté à l'insertion (douleurs, saignements, malaise vagal)	9 (45%)	15 (63%)	24 (54%)
Fort taux de complication (infection génitale, grossesses extra-utérines...)	1 (5%)	7 (29%)	8 (18%)
Contre indication chez la nullipare	3 (15%)	-	3 (7%)
Contraception de 2 ème intention	8 (40%)	12 (50%)	20 (45%)
Le praticien ne le propose pas lors des consultations	16 (80%)	5 (21%)	21 (48%)
Le praticien ne souhaite pas le poser	11 (55)	3 (12%)	14 (32%)
Formation incomplète	7 (35%)	3 (12%)	10 (23%)
Pratique insuffisante	8 (40%)	-	8 (18%)
Contrainte matérielle et de temps	2 (10%)	1 (4%)	3 (7%)
Provenant des patientes			
Manque d'information à propos de ce moyen contraceptif	11 (55%)	11 (46%)	22 (50%)
Refus lorsqu'on lui propose (crainte de la douleur...)	7 (35%)	14 (58%)	21 (48%)

84% (18/44) des professionnels déclarent expliquer systématiquement à leurs patientes nullipares, lors des consultations de contraception, les bénéfices/risques de cette méthode au même titre que toutes les autres.

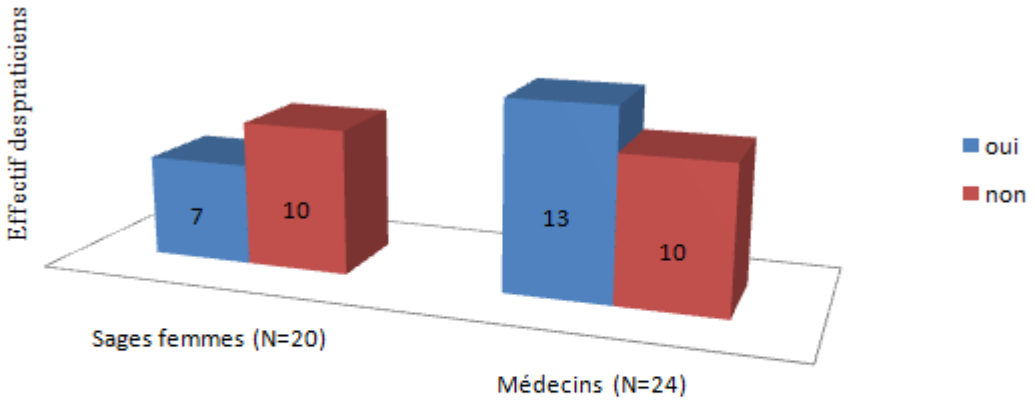


Figure 3 : Professionnels confrontés à des complications lors de la pose du DIU chez leurs patientes nullipares

* 3 sages-femmes et 1 médecin ont été exclus des résultats dans l'analyse graphique car ils ne posaient pas de DIU chez leurs patientes nullipares.

D'après l'expérience des praticiens, la majorité des complications mises en évidence semble concerner surtout la douleur à l'insertion, souvent accompagnée de malaises vagaux et une tolérance médiocre du dispositif.

Certains évoquent l'apparition d'infections génitales et une minorité parle de perforation, de grossesses extra-utérines et d'expulsion.

Sur une échelle cotée de 0 à 5, les professionnels sont 64% à estimer la fréquence de ces complications à 2.

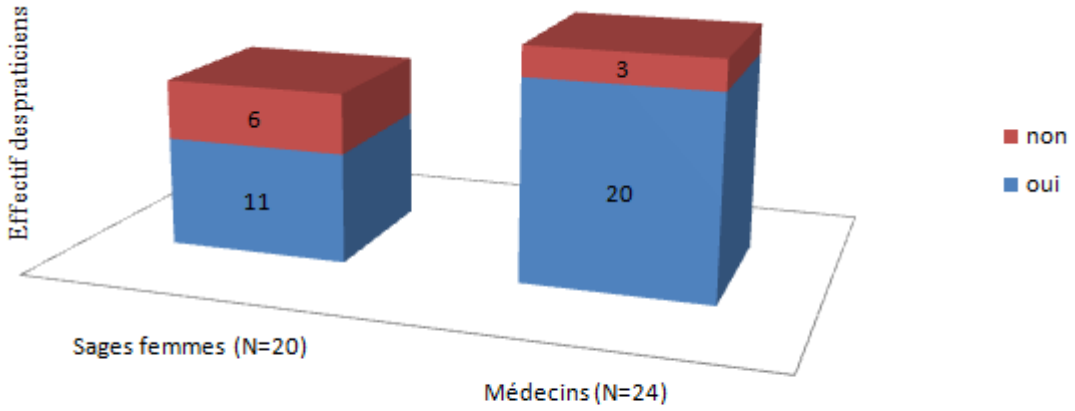


Figure 4 : Professionnels contraints de retirer un DIU pour mauvaise tolérance chez leurs patientes nullipares

* 3 sages-femmes et un médecin ont été exclus des résultats dans l'analyse graphique car ils ne posaient pas de DIU chez leurs patientes nullipares.

La douleur, même à distance de la pose, ainsi que des méno-métrorragies sont des critères évoqués par une grande majorité des professionnels interrogés. Sur une échelle cotée de 0 à 5, les professionnels estiment la fréquence moyenne de survenue de ces intolérances à 3.

3. Point sur les formations des professionnels sur la pose du DIU

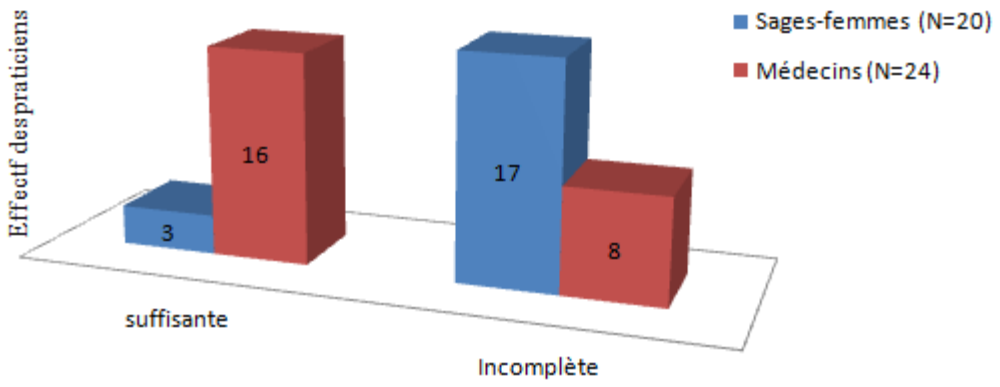


Figure 5 : Formation initiale reçue par les professionnels

Tableau 4 : Formations complémentaires effectuées par les professionnels interrogés.

Profession	Type de formation complémentaire efffectuée	Effectif (N=44)
Sages-femmes (N=20)	Gynécologie	20
	Contraception	8
	Rééducation périnéale	2
	Echographie	2
	Allaitement	2
	Homéopathie	2
	Ostéopathie	2
	Acupuncture	1
	Sexologie	1
	Suivi de grossesse	1
	Nutrition	1
	Sophrologie	1
	Orthogénie	1
	Connaissance et Maitrise du Périnée (CMP)	1
Médecins (N=24)	Echographie	9
	Gynécologie	5
	Sénologie	5
	Colposcopie	5
	Endocrinologie	4
	Stérilité	2
	Diabétologie	1
	Maladie du sein	1
	Sexologie	1
	Pédiatrie	1
	Hydrologie, climatologie médicale	1
	Colposcopie	1
	Chirurgie	1
	Pathologies infectieuses	1

90% des sages-femmes ont également suivi une formation spécifique à la pose du DIU.

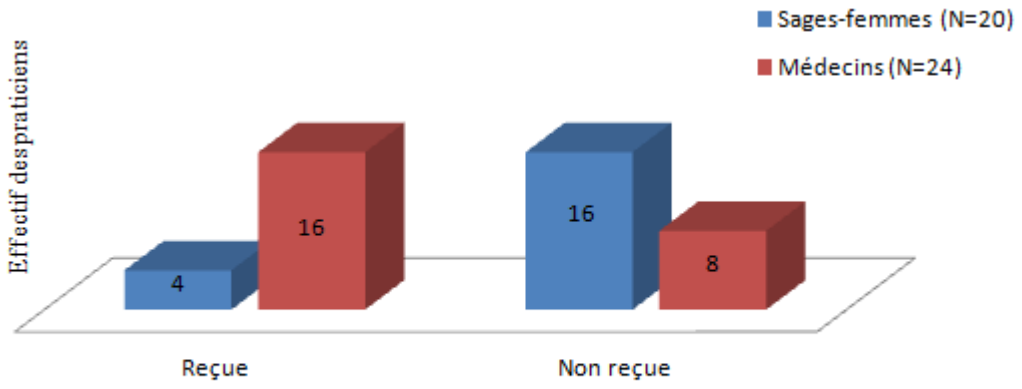


Figure 6 : Professionnels ayant recemment reçu des informations à propos du DIU chez la nullipare, par les autorités compétentes

3/4 des sages-femmes ont recherché récemment des informations à propos du DIU chez la femme nullipare, et 1/3 des médecins interrogés.

Les concertations entre collègues ont été le moyen le plus utilisé pour s'informer des nouvelles recommandations et études publiées.

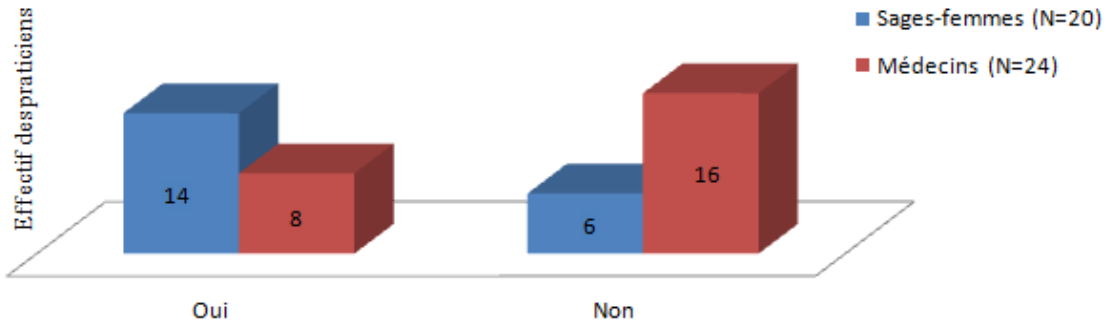


Figure 7 : Professionnels souhaitant reçevoir plus d'information à propos des études récentes réalisées sur les bénéfices/risques de cette méthode chez la nullipare

Les sages-femmes sont majoritaires (18/20) à avoir constaté une augmentation générale de la demande de pose du DIU par leurs patientes qu'elles soient nullipares ou non. Quant aux médecins, ils ont tous observé une hausse de la demande de pose d'un DIU par leurs patientes nullipares. La majorité de ces praticiens déclare que ces constatations sont apparues en 2013, date à laquelle les contraceptifs oraux de 3ème et 4ème génération ont été contre indiqués ou remis en question.

Après avoir présenté les résultats bruts de l'étude, nous allons les analyser.

ANALYSE ET DISCUSSION

Notre objectif principal était d'évaluer les points de vue des sages-femmes et médecins libéraux de Meurthe et Moselle concernant la pose du DIU chez la femme nullipare afin de dégager les principaux freins à l'utilisation de cette méthode contraceptive chez ces jeunes femmes. Nous souhaitions ensuite évaluer l'impact des formations initiales et continues sur la pratique actuelle des enquêtés à propos de ce sujet.

1. Principaux résultats

1.1. *Freins à la pose du DIU chez la femme nullipare.*

La HAS a édité, en Avril 2013, un document de synthèse intitulé "freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée" qui résumait les réticences émises par les professionnels de santé dont « un nombre important concernait le dispositif intra-utérin ». Il s'agissait principalement d'une méconnaissance des risques et des contre-indications : croyance erronée que le DIU est contre indiqué chez les nullipares et surestimation des complications du DIU (GEU, infections pelviennes). (6)

Dans notre étude, le principal frein émis par les praticiens interrogés concernait la difficulté lors de l'insertion du DIU chez la femme nullipare. D'après leur expérience, ces intolérances étaient assez fréquentes et se manifestaient surtout par des douleurs de type "contractions utérines", ainsi que par des méno-métrorragies qui survenaient après la pose ce qui les obligeaient parfois à effectuer le retrait du dispositif. Les risques liés aux complications du DIU (GEU, infections pelviennes, expulsion, perforation), ne sont évoqués que par 1 personne sur 5 de la totalité des enquêtés. Une petite minorité pense que le DIU est toujours contre-indiqué chez la nullipare.

Les médecins et les sages-femmes étaient en majorité favorables à cette pratique, et 91 % d'entre-eux pratiquaient la pose chez ces jeunes femmes.

Ces résultats sont en contradiction avec une étude publiée en 2013 dans la région du Nord-Pas-de-Calais (20) car les médecins étaient majoritairement défavorables à ce type de contraception. Les sages-femmes étaient, elles, en majorité favorables.

Dans cette même étude, 97 % des sages-femmes n'en posaient jamais, et 72 % des médecins en posaient rarement.

Malgré le faible effectif de notre population, nous pouvons observer, en comparaison avec des études citées et la déclaration de la HAS en 2013 (6) qui déplorait la faible fréquence de pose des DIU chez les femmes n'ayant jamais eu d'enfant, une diminution des réticences de la part des praticiens à poser des DIU chez ces femmes. Cependant, ces dispositifs restent perçus comme une contraception de deuxième intention par la moitié des enquêtés contrairement aux recommandations énoncées par la HAS en 2004 qui rappelait que « le DIU est une méthode de 1er intention très efficace, qui n'est pas uniquement destiné aux femmes ayant eu un ou plusieurs enfants » (6).

L'hypothèse principale selon laquelle le premier obstacle à la pose serait une surestimation des risques et des complications chez cette population de femme nullipare n'est que partiellement confirmée. Les complications engendrées par la pose du DIU, telles que les infections, ne semblent plus être la préoccupation principale des praticiens. Par contre, ils ont plus de doute quant à la tolérance du dispositif chez ces jeunes femmes et aux fréquents effets secondaires lors de la pose.

L'information grand public et les formations proposées aux professionnels ces dernières années ont permis d'atténuer les préjugés ancrés dans les pratiques médicales quotidiennes à propos du risque augmenté de complication chez les jeunes nullipares. Les praticiens sont favorables à la pose, mais ne la pratique pas de manière quotidienne comme un moyen contraceptif de première intention. C'est pourquoi nous allons tenter de savoir si la formation initiale et continue des enquêtés peut avoir un impact direct sur leurs pratiques dans ce domaine.

1.2. *Formations et informations*

Parmi les leviers d'actions proposés par la HAS dans son rapport édité en 2013, la formation initiale et continue des médecins et des sages-femmes semble être une des solutions envisageables pour pallier aux freins existants. (6)

Dans notre étude, certains professionnels, majoritairement des sages-femmes, s'estimaient non suffisamment formés en ce qui concerne la pose du DIU chez la femme nullipare et ce, durant leur formation initiale.

Cela pourrait s'expliquer par leur nouvelle activité en gynécologie. En effet, la loi N° 2009-879 du 21 juillet 2009 (21) portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a élargi la compétence des sages-femmes en termes de suivi gynécologique et leur champ de prescription en matière de contraception. La réforme des études qui s'est effectuée en 2001 a renforcé la formation sur la contraception et en gynécologie. Désormais, l'enseignement comporte 280 heures de gynécologie dont 120 heures de stages cliniques et 160 heures d'enseignements théoriques. (22)

La formation initiale a évolué en faveur d'une amélioration des performances en gynécologie et nous pensons que les futurs professionnels s'intéresseront davantage à cette nouvelle compétence qu'ils auront à consolider. Les étudiants sages-femmes ont actuellement des stages obligatoires en gynécologie, et dans leurs objectifs de stage est incluse la pose du dispositif intra-utérin. La plupart d'entre-eux auront posé plusieurs DIU durant leur parcours scolaire et seront certainement plus à l'aise avec la pose dans la suite de leur cursus.

Malgré une moyenne d'âge plutôt jeune, les sages-femmes interrogées ont toutes obtenues leur diplôme avant les années 2000 : elles n'ont donc pas bénéficié de cette réforme des programmes et ont été sollicitées à se former davantage. Dans notre étude, la totalité d'entre-elles a effectué une formation complémentaire en gynécologie, et la majorité a suivi une formation sur la pose du DIU. Cependant, leur expérience en gynécologie est récente et la pose du DIU aux femme nullipare est un acte encore rare : la plupart d'entre-elles le pose en moyenne une fois dans l'année. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les femmes ne sont peut être pas informées des nouvelles compétences des sages-femmes.

En ce qui concerne les médecins, dans l'étude 2013 dans la région du Nord-Pas-de-Calais, les hypothèses retrouvées concernent l'âge des praticiens et leur formation initiale : « plus l'âge augmente moins il y a d'opinions favorables et cela peut être dû à l'enseignement reçu au départ ». (20)

La totalité de notre population de médecins interrogés avait un âge supérieur à 50 ans : lors de leur formation initiale, les recommandations n'intégraient donc pas encore la pose du DIU chez la femme nullipare, cette pratique était contre-indiquée à cause du risque d'infection génitale élevé. Nous pouvions nous attendre à un fort taux de réticence de leur part, mais la majorité restait favorable.

Néanmoins, ce changement des pratiques est récent et leur expérience dans ce domaine date seulement de quelques années. Ils déclarent pourtant en poser, en moyenne, une fois par mois à ces femmes. Cela s'explique par le fait qu'ils ont été formés à la pose du DIU durant leur formation initiale et la technique de pose est peu différente pour leur patiente, qu'elle ait eu ou non des enfants. Ils ont, de ce fait, plus de facilité à adapter leur pratique.

En somme, nous avons observé que l'intérêt des professionnels pour le DIU chez la nullipare a progressé depuis 2013. Les sages-femmes étaient une majorité à s'être informées récemment sur ce sujet et elles souhaitaient d'avantage de formation théorique et pratique dans ce domaine. Nous pensons que les objectifs de la formation continue pourraient répondre à ces besoins.

Rappelons que la formation continue est un devoir pour le personnel de santé : inscrit dans le code de déontologie des sages femmes (article R4127-304) et des médecins (article 11), chaque professionnel *"a l'obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances professionnelles, dans le respect de l'obligation de développement professionnel continu*". (23) (24)

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), a réformé le Développement Professionnel Continu (DPC) qui " *a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il constitue une obligation pour les professionnels de santé.*". (21)

Le DPC intègre à la fois l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et la formation continue (FC) qui répond aux besoins ressentis par les professionnels dans leur pratique quotidienne sur le plan théorique et pratique. Le décret d'application 2011-2116 relatif au DPC, est paru en 2011 pour les médecins et sages-femmes, le praticien satisfait à son devoir dès lors qu'il participe, au cours de chaque année civile, à un programme de DPC annuel ou pluriannuel. L'OGDPC est chargé de contrôler les programmes et la participation effective des praticiens qui sont désormais tenus de décrire leur implication dans le programme en renseignant chaque année un bilan individuel d'activité. (25)

Ce dispositif de contrôle devait être totalement déployé en 2013, mais sa mise en place semble "laborieuse" et tarde à s'installer. (26)

Les résultats concernant la participation des professionnels de santé au DPC seront publiés prochainement, et nous pourrons mieux nous rendre compte des programmes qu'ils ont favorisés et vers quels types de formations ils se sont le plus orientés.

Nous ne les avons pas interrogés sur leur participation aux programmes de formation continue ni sur les bénéfices de ces formations pour leur pratique.

Il semble que l'accès au DPC soit en pleine expansion au vu des modifications constatées dans les pratiques actuelles, pourtant il semble exister des obstacles qui empêchent les professionnels de recevoir toutes les informations-formations souhaitées et notamment chez les sages-femmes. L'existence de congrès scientifiques, de DU accessibles aux sages-femmes, de sites internet dédiés et actualisés sur les nouvelles recommandations ("Tools and Docs" par exemple) est de plus en plus développé.

D'après le décret n° 241-545 du 26 mai 2014, les professionnels peuvent désormais se voir infligés une sanction telle que l'interdiction temporaire d'exercer pour insuffisance professionnelle en raison de son absence de participation à l'obligation annuelle de DPC (27). Nous pouvons nous demander si la sanction est une bonne solution, la formation continue étant une démarche personnelle de renouvellement de ses compétences, il nous sera utile de juger ultérieurement des conséquences de cette répression.

L'hypothèse effectuée au départ quant au manque de pratique et de formation initiale et continue des praticiens concernant la pose est confirmée. Mais nous avons constaté une évolution dans les moyens mis en place pour la formation initiale et pour la formation continue, ce qui devrait, entre autres, permettre aux professionnels de développer leur expérience pratique, confronter entre collègues leurs points de vue et leurs craintes.

1.3. *Vers une évolution des pratiques*

Ces dernières années, il y a eu une augmentation de 43% de l'utilisation du DIU au cuivre, de janvier 2013 à janvier 2014. La polémique à propos des pilules de 3ème et 4ème génération semble avoir donné une impulsion à la modification des mentalités du point de vue de la contraception. (28) (Annexe IV)

En effet, les femmes ont un accès de plus en plus facilité à l'information concernant la contraception : le panel informatif est étendu. Les enquêtés étaient une majorité à informer systématiquement les femmes nullipares à propos du DIU au cuivre lors des consultations de contraception. Cette information se poursuit progressivement, et parallèlement, l'acceptation de la méthode par les professionnels grandit.

Les patientes sont davantage engagées dans le choix de leur contraception et elles sont désireuses d'un moyen adapté à leur mode de vie. Elles souhaitent privilégier les méthodes les plus efficaces, les moins contraignantes, et surtout sans conséquence sur leur santé. La demande relative à la pose du DIU par les femmes nullipares a été constatée par les 3/4 des enquêtés.

Les professionnels de santé libéraux semblent de plus en plus sollicités par cette augmentation de la demande. Le profil médical se modifie ces dernières années, et en raison de la restriction du personnel, du manque de budget des hôpitaux et du manque de professionnels formés en gynécologie, les délais pour obtenir une consultation dans un centre hospitalier sont de plus en plus longs.

Les chiffres publiés par le Conseil de l'Ordre des sages-femmes démontrent que la population des sages-femmes libérales augmente de façon régulière, leur effectif progresse d'environ 200 par an pour une moyenne d'âge d'environ 46 ans. L'activité des sages-femmes libérales se développe, notamment en gynécologie, et l'information grand public concernant cette compétence récente tend à se généraliser. (29)

Nous pensons que l'amélioration constante des formations initiales et continues des professionnels de santé est une réponse au développement des pratiques, notamment pour les sages-femmes.

2. Propositions

"La compétence est la première exigence de la morale professionnelle. Elle suppose non seulement un savoir aussi large que possible, mais aussi une bonne adaptation à l'exercice de l'activité médicale" d'après l'article R.4127-11 du code de la santé publique. La recherche constante de remise à jour des compétences semble être la qualité principale requise pour être un professionnel de qualité.

- Afin de développer encore la culture de recherche des futurs professionnels, il serait possible de préparer les étudiants en introduisant au cours de la formation initiale plus d'exercices telles des lectures critiques d'articles, des recherches sur les sites officiels des recommandations, la tenue d'un carnet pour mise à jour des pratiques récentes qui entrerait dans l'unité d'enseignement recherche...

- Il est également important de promouvoir les outils qui facilitent l'accès au développement professionnel continu. Par exemple, l'ouverture des diplômes universitaires sur la gynécologie aux sages-femmes se fait progressivement et il serait judicieux que l'Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu (OGDPC) s'implique davantage. Il pourrait créer un descriptif détaillé du programme des DU et du coût d'inscription afin d'offrir une meilleure visibilité globale des formations accessibles aux sages-femmes; ainsi celles-ci pourraient mieux déterminer celles qui entrent dans leurs critères.

La réglementation concernant la formation continue est très variée d'un pays à l'autre de l'Union Européenne. L'obligation de se former existe dans la plupart des pays d'Europe (excepté la Belgique, la Suède, le Luxembourg par exemple). Dans certains pays comme l'Italie, le Royaume Unis, l'Espagne entre autres, une certification a été mise en place : elle consiste en l'obligation pour les praticiens de valider régulièrement leurs compétences pour avoir le droit de continuer à exercer. Il existe également des incitations positives (en Belgique, Norvège) qui donnent droit à des majorations de salaires, ou des incitations négatives (en Allemagne et en Suisse) qui entraînent une réduction ou une amende pour les professionnels qui ne participent pas à la formation continue obligatoire (30). Il pourrait être intéressant d'étudier l'étendue des moyens mis à disposition des professionnels dans d'autres pays pour comparer l'efficacité des différentes méthodes de formation.

3. Forces de l'étude

Notre population est représentative de la population générale car elle présentait les mêmes caractéristiques :

- La moyenne d'âge nationale des médecins spécialistes libéraux en 2010 était de 52 ans (31), tous les médecins inclus dans notre échantillon avaient plus de 50 ans avec une majorité de femmes.
- La moyenne d'âge des sages-femmes libérales en 2011 était de 46 ans (32), dans notre étude la moyenne était de 34 ans, avec également une majorité de femmes.

Mais les sages-femmes étaient dans une tranche d'âge moyenne plus faible que dans la population générale.

Les groupes des sages-femmes et des médecins médicaux et obstétriciens étaient d'un effectif comparable.

4. Limites de l'étude

Nous avons regretté de ne pas avoir envoyé plus tôt la demande concernant la liste des professionnels qui posaient des DIU en Meurthe et Moselle à l'organisme de la CNIL, car les délais se sont avérés très long Nous n'avons pas pu cibler comme nous l'avions prévu notre population.

L'effectif faible de notre échantillon global nous a fait perdre en puissance pour la rédaction des conclusions, il nous a cependant permis d'établir des pistes de réflexion.

Nous pensons qu'il aurait été judicieux d'interroger la population de notre échantillon à propos d'éventuels obstacles au développement de leur formation continue et d'obtenir aussi leurs avis concernant l'accès et les bénéfices du développement professionnel continu (DPC) : nous aurions pu élaborer des propositions plus concrètes.

CONCLUSION

En 2013, la pose du Dispositif intra-utérin chez la femme nullipare était une pratique encore marginalisée en France.

Notre objectif était de cibler les principaux freins émis par les sages-femmes et médecins libéraux, à la pose du dispositif intra-utérin dans une population de jeunes femmes nullipares et de dégager l'impact de la formation initiale et continue sur les pratiques actuelles des professionnels.

La principale raison évoquée par les enquêtés concernait les difficultés lors de la pose, et la mauvaise tolérance du dispositif. Les risques et complications liés au dispositif n'ont été évoqués que par une minorité des praticiens de l'étude et la quasi totalité d'entres eux étaient favorables à la pose. Malgré le faible effectif inclus dans notre échantillon, nous avons pu observer une évolution des pratiques de pose en comparaison avec des études réalisées il y a quelques années.

L'hypothèse principale concernant les freins des professionnels à la pose chez la nullipare n'est que partiellement confirmée. En effet les préjugés par rapport au taux de complication plus élevé chez ces femmes s'estompent. Par contre, les professionnels ont plus de craintes en ce qui concerne la pose (difficultés et intolérances secondaires).

Enfin, la plupart de la population de notre étude considère le dispositif intra-utérin comme une méthode de deuxième intention pour ces femmes nullipares et ce, contrairement aux recommandations publiées en 2004 par la haute autorité de santé.

Nous avons constaté un besoins au niveau de la formation initiale notamment pour les sages-femmes libérales, leur pratique dans ce domaine date de 2009 et n'intégrait pas la pose du dispositif intra-utérin dans leur cursus. Depuis 2001, les programmes des étudiants sages-femmes ont été réformés et ont prévu l'amélioration de la pratique de la gynécologie en intégrant des stages et des cours théoriques qui permettront probablement aux futurs professionnels d'être plus à l'aise avec la pose du dispositif intra-utérin.

Les sages-femmes sont nombreuses à avoir effectué des formations complémentaires pour améliorer leur performance dans ce domaine mais leur pratique de la gynécologie reste récente et leur expérience concernant la pose du dispositif intra-utérin chez la nullipare est limitée. C'est également le cas pour les médecins puisqu'ils intègrent depuis peu dans leurs pratiques la pose du DIU chez leurs patientes nullipares.

Le développement professionnel continu a été mis en place en 2011, son objectif étant de permettre une répondre aux besoins ressentis par les professionnels dans leur pratique quotidienne et une évaluation de celle-ci dans des domaines choisis. Nous avons remarqué que les professionnels , notamment les sages-femmes, avaient encore des interrogations à propos de l'utilisation des dispositif intra-utérin chez la nullipare et souhaitaient plus d'information à ce propos. Nous supposons qu'il existe des obstacles à la participation au développement professionnel continu et attendons la mise en place du contrôle de cette obligation professionnelle. C'est prochainement que nous en connaîtrons les chiffres.

L'hypothèse évoquée quant au manque de pratique et/ ou de formation initiale et continue des professionnels est confirmée.

Les praticiens libéraux sont de plus en plus sollicités par l'exercice de la gynécologie étant donné les difficultés croissantes à l'accès à des consultations gynécologiques par manque de budget et de personnels dans les établissements de santé.

L'effectif des sages-femmes libérales est en constante augmentation, et l'information des femmes quant à leur nouvelle compétence se généralise. Enfin, il est important que l'accès aux formations continues pour les sages-femmes soient encore plus développé, pour permettre aux patientes d'avoir la meilleure prise en charge possible. Les praticiens médicaux doivent, aujourd'hui, pouvoir exercer leur compétence en suivant l'actualisation des données médicales.

Il serait intéressant de questionner les praticiens sur l'accès, l'organisation et les bénéfices du développement professionnel continu pour connaître les éventuels obstacles rencontrés.

BIBLIOGRAPHIE

1. Loi n°67-1176 du 28 décembre 1967. Récupéré sur legifrance.gouv.fr. (Consulté le 02 février 2015)
   Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000880754&dateTexte=19671229

2. Beck F., Richard J-B. dir. Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010. Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres santé, 2013 : 344 p.

3. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES). La meilleure contraception c'est celle que l'on choisit. Dossier de presse. 11 septembre 2007.

4. Annick Vilain, Marie Claude Mouquet. Les interruptions volontaires de grossesse en 2012, Études et Résultats, n°884, Drees, Juin 2014.

5. Emma Davie. Un premier enfant à 28 ans. Division Enquêtes et études démographiques, n°1419, INSEE, Octobre 2012.

6. Haute Autorité de Santé. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. Document de synthèse. Avril 2013.

7. Ministère de la jeunesse et des sports. Stratégie d'action en matière de contraception. Mise à jour en janvier 2007. (Consulté le 14 Décembre 2013)
   Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Strategie d'actions_en_matiere_de_contraception.pdf

8. Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé (FNORS). Prévention des grossesses non désirées dans trois départements, Rhône, Seine Saint-Denis, Somme; Rapport final, publié en juin 2004.

9. Institut National d'Etudes Démographiques (INED). La contraception dans le monde. Fiches pédagogiques. Août 2014.

10. Haute Autorité de Santé (HAS). Méthodes contraceptives: focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. Document de synthèse. Mars 2014.

11. Haute Autorité de Santé (HAS). Jaydess, dispositif intra-utérin avec progestatif. Novembre 2013. (Consulté le 15 Octobre 2014)
    Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/jaydess_06112013_synthese_ct13150.pdf

12. Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC). Pratiques optimales en vue de minimiser le risque d'infection au moment de l'insertion d'un dispositif intra-utérin. N°305. Mars 2014.

13. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Stratégie de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Dossier de presse. 2004.

14. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. Guide essentiel OMS de planification familiale. 4ème édition. 2009.

15. Haute Autorité de Santé (HAS). Efficacité des méthodes contraceptives. Document de synthèse. 2013.

16. C. Guicheteau L. Boyer D.A. Somé, J. Levêque P. Poulain M. Denier, V. Lavoué. Tolérance du dispositif intra utérin chez les patientes nullipares. Etude prospective uni centrique. 2014.

17. Haute autorité de Santé (HAS). Stratégie de choix des méthodes contraceptives chez la femme, Recommandations. Document de synthèse. Décembre 2004.

18. Ordre des Sages femmes. La sage femme peut-elle effectuer la pose, la surveillance et le retrait du stérilet. Mise à jour en 2015. (Consulté le 20 Mars 2015) Disponible sur : http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document/2/partie

19. De Verbizier Alice. Dispositifs intra-utérins en médecine générale en Lorraine. Thèse Médecine. Faculté de médecine de Nancy, 13 avril 2011, 130p

20. Foort Valentine. Le dispositif intra utérin chez la nullipare: qu'en pensent les professionnels ? Vocation sage femme. Novembre 2013, N°105, p36-39

21. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009. Récupéré sur Legifrance.gouv.fr. (Consulté le 20 Janvier 2014) Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id

22. Conseil National de l'Ordre des Sages Femmes. Relevé du groupe de travail sur les nouvelles compétences. Contact sages-femmes. Avril 2010, n°23, p. 7.

23. Code de la santé publique. Section 1 : devoirs généraux des sages-femmes. Version en vigeur au 23 Juin 2015. (Consulté le 23 Juin 2015) Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006196420&cidTexte=LEGITEXT000006072665

24. Conseil national des médecins. Code de déontologie médicale. 23 Juin 2015. (Consulté le 23 Juin 2015) Disponible sur : file:///C:/Users/Sand/Downloads/code-fr-2015-06-23.pdf

25. Haute Autorité de Santé (HAS). Développement professionnel continu : Méthodes et modalités du DPC. Rapport. Janvier 2015.

26. Le quotidien du médecin. Le DPC dans le flou, le collège de médecine générale lance un SOS. Mai 2013. (Consulté le 03 Mars 2015)
Disponible sur : http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2013/05/24/le-dpc-dans-le-flou-le-college-de-medecine-generale-lance-un-sos_666211

27. Formation du médecin généraliste (FMG). DPC, le manquement aux obligations devient sanctionnable. Juin 2014. (Consulté le 03 Mars 2015)
Disponible sur : http://www.mgformpdl.org/actualite/55-dpc-le-manquement-aux-obligations-devient-sanctionnable.html

28. ANSM. Evolution de l'utilisation en France des Contraceptifs Oraux Combinés (COC) et autres contraceptifs de janvier 2013 à avril 2014. Document de synthèse. 2014.

29. Keller MJ. Les sages femmes et la contraception : un nouveau challenge. Journée à thème du collège national des sages-femmes. Paris. Juin 2010. P31-32

30. Eric Drahi. La formation médicale continue dans les pays d'Europe. Décembre 2012. Volume 8, numéro 10.

31. Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France. Statistiques, Médecins spécialistes. Mise à jour en 2015. (Consulté le 20 mai 2015)
Disponible sur :
http://www.carmf.fr/doc/publications/infocarmf/58-2010/stat1.htm

32. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs. N°791. 2012.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS **2**

GLOSSAIRE **3**

SOMMAIRE **4**

INTRODUCTION **5**

SITUATION PARADOXALE : LA FRANCE ET LA CONTRACEPTION 5
DISPOSITIF INTRA-UTERIN : UN MOYEN CONTRACEPTIF PEU UTILISE CHEZ LES JEUNES FEMMES NULLIPARES. 6
RETOUR SUR LES RECOMMANDATIONS ET LES RISQUES DE CETTE METHODE CONTRACEPTIVE CHEZ LA NULLIPARE. 7
RETICENCE DE LA PART DES PROFESSIONNELS DE SANTE. 7

MATERIEL ET METHODE **9**

1. TYPE D'ETUDE 9
2. POPULATION ETUDIEE 9
3. MODALITES DE REALISATION DE L'ETUDE 10
4. OUTIL DE RECUEIL DE DONNEES 11

RESULTATS **12**

1. DESCRIPTION DE LA POPULATION 12
2. OPINION DES PROFESSIONNELS CONCERNANT L'UTILISATION DU DIU CHEZ LA NULLIPARE 13
3. POINT SUR LES FORMATIONS DES PROFESSIONNELS SUR LA POSE DU DIU 17

ANALYSE ET DISCUSSION **19**

1. PRINCIPAUX RESULTATS 19
1.1. *FREINS A LA POSE DU DIU CHEZ LA FEMME NULLIPARE.* 19
1.2. *FORMATIONS ET INFORMATIONS* 20
1.3. *VERS UNE EVOLUTION DES PRATIQUES* 24
2. PROPOSITIONS 25
3. FORCES DE L'ETUDE 26
4. LIMITES DE L'ETUDE 26

CONCLUSION **27**

BIBLIOGRAPHIE **29**

TABLE DES MATIERES **32**

ANNEXES **33**

ANNEXES

- **Annexe I** : Demande de travaux à la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).
- **Annexe II** : Courrier de demande de participation à l'étude.
- **Annexe III** : Questionnaire envoyé aux sages-femmes et médecins libéraux.
- **Annexe IV** : Graphique concernant la vente des dispositifs intra-utérins (DIU).

ANNEXE I : Demande de travaux à la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL)

N° de fiche

DEMANDE DE TRAVAUX (Cadre réservé au DAD)

Cette demande doit être adressée par mail à l'adresse statistiques@ersm-nordest.cnamts.fr

Date de la demande 16 Avril 2014

Echéance de la demande: (Dès que possible, car en attente pour commencer mon étude.)

Intitulé du projet dans lequel s'inscrit cette demande :

Le dispositif intra-utérin chez la femme nullipare

Description du projet : Enquête sur les points de vue et pratiques actuelles des professionnels de santé concernant la pose du DIU chez les femmes nullipares en Meurthe et Moselle.

Echéance du projet : Décembre 2014. Eventuellement publication dans 1 an.

Demandeur	
☐ Direction DRSM	☐ Pôle DRSM
☐ Mission DRSM	☐ Service support DRSM
☐ ELSM	
☐ CNAMTS	☐ CPAM
☐ ARS Lorraine	☐ ARS CA
☐ DCGDR Lorraine	☐ DCGDR CA
☐ CARSAT NE	
☒ AUTRE : Etudiante sage-femme 4ème année. Nancy.	

Contact
Nom de l'organisme ou du service Ecole de sage-femme Nancy
Nom - Prénom FARINET Sandra
N° de téléphone 06.43.25.11.68
Mail sandra.farinet@gmail.com

Description de la demande en clair, objectif (précis et argumenté)

Problématique: Y a-t-il toujours des réticences, de la part des professionnels de santé, à poser des dispositifs intra-utérin chez la nullipare?

Objectif principal:

- Analyser les points de vue et pratiques actuelles des professionnels quant à la pose du DIU chez la nullipare, ces dernières années, en France.

Objectifs secondaires:

Mettre en évidence les différents freins qui peuvent faire obstacle à l'expansion de sa pose chez la femme nullipare.

Estimer l'impact du manque d'information des professionnels sur leur pratique quotidienne concernant le DIU chez la nullipare.

Pour cela, je souhaiterais, dans un premier temps, envoyer un questionnaire aux professionnels concernés, pour analyser l'état actuel de leur pratique quant au DIU au cuivre chez la nullipare et les différents freins qui persistent à sa pose.
Par la suite, j'envisage de proposer aux professionnels volontaires, une action d'information sous forme papier ou orale, qui synthétiserait les études et recommandations récentes à ce sujet pour ouvrir le dialogue et échanger.
Dans un dernier temps, je projette de leur faire parvenir un deuxième questionnaire, quelques mois plus tard, pour évaluer l'impact de cette information sur leur pratique quotidienne.
Ainsi, si mes hypothèses s'avèrent positives, je pourrais proposer des actions d'information à plus large échelle et ainsi améliorer la prise en charge des patientes nullipares et de leur contraception.

Opportunité et validation (Cadre réservé au DAD)	
Opportunité ☐ Oui ☐ Non	Validation ☐ Oui ☐ Non

Période d'analyse, secteur géographique et liste des variables demandées

J'envisage de cibler les professionnels de santé libéraux qui pratiquent en Meurthe et Moselle; Je souhaite leur envoyer le premier questionnaire le plus tôt possible, c'est-à-dire dans les semaines qui viennent; Pour pouvoir réaliser mon action d'information en Juin 2014, et leur distribuer le deuxième questionnaire en octobre 2014, afin de pouvoir analyser les résultats avant la remise de ce mémoire en décembre 2014.

Pour cibler ma population, j'aurais besoins d'une liste de noms de professionnels de santé libéraux (gynécologues, sages-femmes, médecins généralistes, et autres) qui pratiquent la pose des DIU en Meurthe et Moselle dans la période de début 2012 à aujourd'hui pour que je concentre l'envoi seulement sur les professionnels concernés, pour éviter tous biais.
Cette liste est essentielle pour pouvoir démarrer mon étude, puisqu'elle me permettra de voir si l'effectif de ma population est suffisant pour qu'elle soit représentative et donc réalisable.
J'ai pris contact avec docteur Dominique SEYER, médecin conseil chef de service de la cellule médico-économique-Services en santé DRSM Nord-est, à Nancy, qui m'a demandé votre accord pour pouvoir me transmettre cette liste.

Existe-t-il déjà un accord CNIL (39 thèmes CNIL, accords spécifiques) ? ☐ Oui ☒ Non ☐ NSP

Validation CIL (Cadre réservé au DAD)
Validation ☐ Oui ☐ Non

Statistiques souhaitées

Noms, prénom, profession, si possible adresse d'exercice des praticiens libéraux qui posent les dispositifs intra-utérin en Meurthe et Moselle depuis 2012.
Nombre de poses effectuées par an pour chacun d'entre eux dans la période de 2010 à aujourd'hui.

Sous quelle forme ? ☒ Tableaux ☐ Graphiques ☐ Cartographies
☐ Autre : ……

Restitution de la demande : ☐ Word ☐ Excel ☒ PDF
☐ Autre : ……..

Je vous remercie d'avance.
Cordialement.
FARINET Sandra

Annexe II : Courrier de demande de participation à l'étude

Madame, Monsieur

Actuellement étudiante en 4ème année à l'école de sage-femme de Nancy, je réalise un mémoire de fin d'étude dont le thème est: « Le dispositif intra-utérin chez la femme nullipare ». Ce travail sera appuyé par Mme ABENSUR Laure, sage femme; Mme NADJAFIZADEH, enseignante à l'école de sage-femme à Nancy; Ainsi que d'autres experts qui le vérifieront avant publication.

Je souhaiterai réaliser une enquête concernant les points de vue et pratiques actuelles des professionnels de santé, concernant la pose du DIU chez les femmes nullipares en Meurthe et Moselle.

Le taux de grossesse non désirée et d'interruption volontaire de grossesse reste élevé en France, et deux tiers se produisent chez les femmes sous contraception et chez celles de moins de 30ans; Le DIU présente l'avantage d'éviter les problèmes d'observance, et ainsi améliorer l'efficacité contraceptive, pourtant il reste très peu utilisé en France chez la nullipare.

J'aimerais comprendre les raisons pour lesquelles il y a encore des freins à le poser chez la femme qui n'a jamais enfanté.

Pour cela, j'ai choisis de m'intéresser à vous, professionnels concernés; Je vous ai préparé un questionnaire (ci-après), que vous pouvez me retourner, si possible dans les 15 jours suivant la réception de ce document, grâce à l'enveloppe pré affranchie jointe à l'envoi. Je vous sollicite à répondre sans scrupule, n'hésitez pas à laisser des commentaires.

Il est important de pouvoir faire un état des lieux de vos pratiques pour mieux cibler les besoins actuels.

A la fin du questionnaire, je vous demanderais si vous êtes intéressés par un apport d'information sur le sujet, soit sous forme papier par un envoi postal d'un récapitulatif clair et synthétique des études récentes et des dernières recommandations publiées sur le sujet (ceux-ci seront issus de sources fiables, et vérifiées par un expert), soit par le biais d'une intervention orale pour favoriser un échange entre professionnels de la santé.

Suite à cela, je vous enverrais un deuxième questionnaire quelques mois plus tard.

Cette deuxième étude est sur la base du volontariat, et permettrait, tout en actualisant vos connaissances, de voir si cela a un impact sur votre pratique habituelle.

Nous vous remercions d'avance de l'importance que vous donnerez à cette demande. Je reste à votre disposition pour de plus amples informations aux coordonnées ci-dessous.

Je vous prie de croire en l'assurance de mes respectueuses salutations.

FARINET Sandra.

sandra.farinet@gmail.com

Annexe III : Questionnaire envoyé aux sages-femmes et médecins libéraux.

Annexe IV : Graphique concernant la vente des dispositifs intra-utérins (DIU).

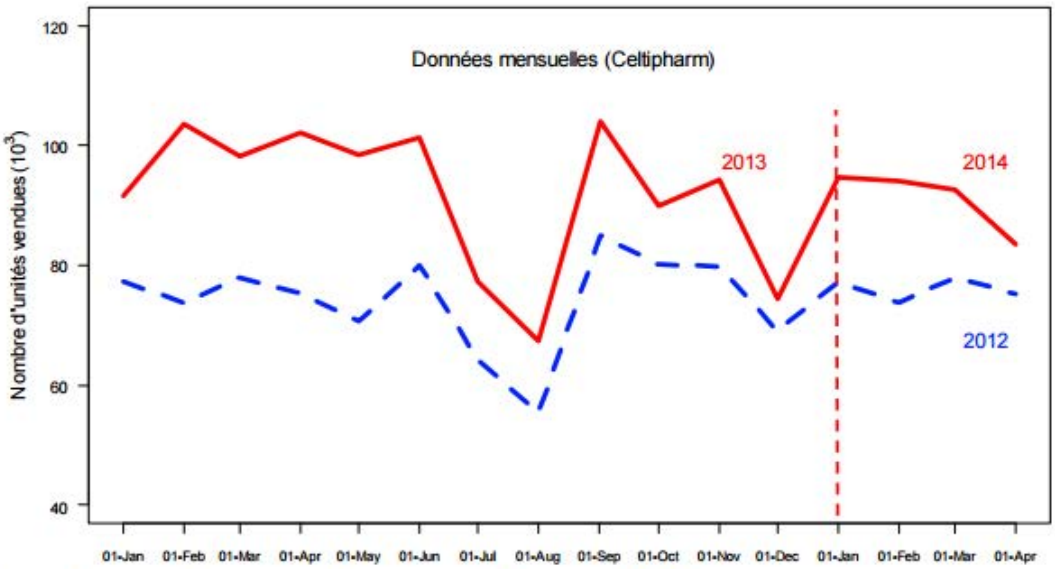


Figure 6 : Ventes des contraceptifs autres : DIU progestatif, DIU au cuivre et implants

Université de Lorraine - Ecole de sages-femmes de Nancy
Réticence des praticiens à la pose du Dispositif Intra-utérin au cuivre,
chez les femmes nullipares :
enquête chez les sages-femmes et médecins en Meurthe et Moselle.
Mémoire de fin d'études de sage-femme de FARINET Sandra - Année 2015.

Résumé

Introduction : Le dispositif intra-utérin (DIU) au cuivre est un moyen contraceptif simple et efficace qui permet de pallier les difficultés d'observance que rencontre une grande majorité de femmes. Le pourcentage d'utilisation du DIU reste faible chez les jeunes femmes nullipares malgré les recommandations publiées par la haute autorité de santé (HAS) en 2004. L'objectif était de mettre en évidence les freins évoqués par les professionnels concernant la pose du DIU chez la nullipare, et l'impact de la formation initiale et continue sur leur pratique actuelle.

Matériel et méthode : Lors d'une étude observationnelle, descriptive et transversale, nous avons interrogé les sages-femmes et médecins libéraux qui pratiquaient la pose du DIU chez leurs patientes nullipares en Meurthe et Moselle en 2014. 44 ont pu être exploités (102 envoyés).

Résultats : Une majorité de professionnels était favorable à la pose du DIU chez la nullipare et 91% d'entres-eux la pratiquaient. Cette méthode contraceptive serait toutefois, pour la plupart des personnes interrogées, utilisée en 2ème intention et le principal frein à la pose serait une difficulté fréquente à l'insertion (douleur, malaise vagal, saignements). Ils étaient 54% des praticiens à le signaler. Les sages-femmes souhaitaient davantage de formations théoriques sur cette nouvelle indication. Pourtant, elles sont une majorité à s'être formée à la pose au décours de leur pratique.

Discussion : Les professionnels intègrent progressivement la pose du DIU à leur pratique. Ce phénomène est cependant récent et leur expérience face à cette nouvelle indication n'est pas encore suffisamment développée. Le développement professionnel continu, mis en place en 2011, permet de répondre aux besoins de formations pratiques et théoriques des professionnels sur le terrain. La participation effective des praticiens sera déterminée dans les prochaines années. Il serait intéressant de connaître leur avis concernant l'accès et l'organisation du développement professionnel continu, pour constater l'impact réel de ces formations sur les pratiques courantes.

Mots-clés : **Dispositif Intra-utérin; Nullipares; Sages-femmes; Formation continue.**

Abstract

Introduction : The Copper intrauterine device (IUD) is a simple and effective contraceptive device freeing women from treatment compliance problems. The using rate of IUD for the nulliparous women remains low despite recommendations published by the Haute Autorité de Santé (HAS). This study aimed at putting forward the reluctances of professionals regarding the IUD, and at understanding how initial course and continuous training could affect their actual practice.

Methodology : Through an observational, descriptive and transversal study, we interrogated liberal practitioner, midwives and gynecologists who exercised the IUD insertion among nulliparous patients in France. We sent out 102 surveys and 44 were usable.

Results : A high rate of professionals were in favor of the insertion of the IUD among nulliparous, and 91% of the interrogated sample already practiced it. This contraceptive device would however be a second choice solution considering the difficulty of insertion (pain, fainting attacks, bleedings). 54% of the professionals interrogated underlined it and Midwives expressed their will to retrieve information and enter training regarding this in addition to the training program in gynecology they already receive.

Discussion : Professionals slowly integrate the insertion of the IUD to their practice. The phenomenon is recent and their experience regarding new indications has not been yet developed. The continuous professional development in place since 2011 provides access for professionals to practical and theoretical trainings and the effective participation of those professionals will be determined in the upcoming years. It would be interesting to collect their opinion regarding access to and organization of the continuous professional development to realize the impact of those trainings on current practices.

Keywords **: Intra Utérine Device; Nulliparous; Midwives; Continued development.**