



Représentations des professionnels de santé concernant le Dispositif Intra Utérin au cuivre comme contraception d'urgence

Étude qualitative auprès de soignants de Maine-et-Loire



Docteurs LACROIX M. OUMAMMAR E. TESSIER-CAZENEUVE C.
Département de Médecine Générale Angers

Absence de conflit ou de lien d'intérêt





Introduction

Méthodes

Résultats

Discussion

Conclusion

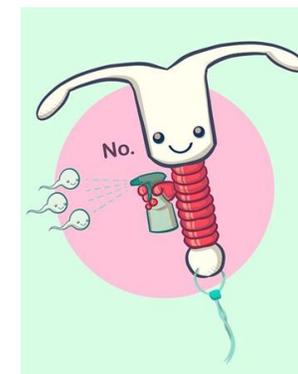


2010 = 226 100 IVG
2015 = 203 500 IVG
2019 = 232 200 IVG¹

**STABILITE
DES IVG
DEPUIS 10
ANS**

**PARADOXE
FRANCAIS**

COUVERTURE
CONTRACEPTIVE ELEVEE
(71,9% en 2016)²
Contraception orale
Inégalités accès

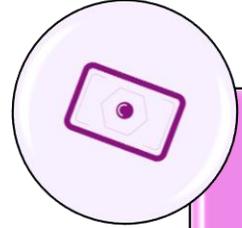


¹ Institut National d'Etudes Démographiques, Disponible sur : <http://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/avortements/>

² Haute Autorité de Santé - Contraception d'urgence : la nécessité d'une meilleure information [Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1543559/fr/contraception-d-urgence-lanecessite-d-une-meilleure-information



Introduction → Méthodes → Résultats → Discussion → Conclusion



Dès années 1960³

LEVONORGESTREL⁴ (1999)
ULIPRISTAL ACETATE (2009)

Baisse rapide d'efficacité

DISPOSITIONS LEGALES



Années 1970 (LIPPES)

DIU AU CUIVRE⁵

Efficacité stable
5 jours
99,9 %

RECOMMANDATIONS CNGOF - HAS – OMS²



Jour(s) après le rapport sexuel

Copyright Creapharma.ch



³ Yuzpe AA, Thurlow HJ, Ramzy I, Leyshon JI. Post coital contraception--A pilot study. J Reprod Med. août 1974;13(2):53-8

⁴ Agence Nationale de Sécurité du Médicament. NORLEVO 1,5 mg, laboratoire HRA Pharma, AMM 19/04/2004 : avis de la commission de transparence, du 07/07/2004 [Internet]. Disponible sur: <https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ct031600.pdf>

⁵ Contraception d'urgence et surpoids : préférer le DIU. Rev Prescrire. sept 2014;tome 34(371):687-8



Introduction

Méthodes

Résultats

Discussion

Conclusion



Explorer les représentations des professionnels s'occupant de la santé des femmes, sur l'utilisation du DIU au cuivre en contraception d'urgence.



Introduction

Méthodes

Résultats

Discussion

Conclusion

Etude qualitative par entretiens de groupe (Focus Group)

Critères inclusion:

Être professionnel de santé diplômé
(MG, GO, SF)

Accepter de participer à l'étude

Recrutement raisonné théorique:

Listes des Ordres Professionnels

Listes des MSU (MG)

Listes des professionnels travaillant
en structures (CH et CPEF)

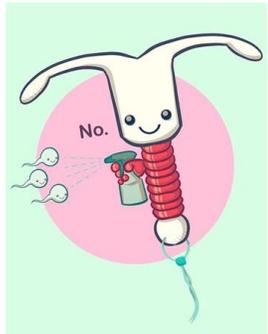
Recueil de nombreuses données à la phase exploratoire d'un sujet peu connu

Dynamique de groupe permettant émergence des idées

Consentement écrit
Guide entretien pour animateur

Focus Group 1
21 septembre
2017

Focus group 2
21 décembre
2017





Introduction

Méthodes

Résultats

Discussion

Conclusion



- ✓ Retranscription intégrale des entretiens -> verbatim
- ✓ Relecture par les interviewés – absence de modification
- ✓ Anonymisation
- ✓ Analyse ouverte - > Identification des UMS
- ✓ Codage axial
- ✓ Analyse sélective selon approche inductive inspirée de la théorisation ancrée
- ✓ Schéma explicatif
- ✓ Triangulation des données



Introduction

Méthode

Résultats

Discussion

Conclusion

Focus Group 1
21 septembre
2017
5 participants

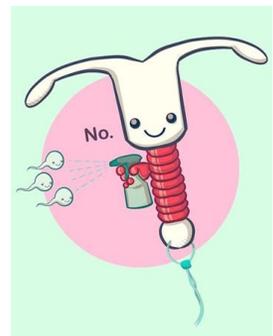
Focus group 2
21 décembre
2017
6 participants

3 MG
2 SF

3 MG
3 SF
1 homme

4 professionnels travaillant en CPEF

45 minutes entretien





Considérer la CU comme orale

« Quand je reçois une jeune femme et qu'elle souhaite parler pilule, en fait je lui parle de la contraception d'urgence orale » (P2 FG2)

Prescrire en fonction de l'âge des patientes

« Je pense pas avoir prescrit de contraception d'urgence pour des femmes de plus de 30 ans » (P2 FG2)

Considérer une plus grande liberté de parole malgré la persistance de discours culpabilisant

« Je pense que les jeunes femmes sont plus à l'aise pour aborder les choses actuellement » (P2FG2)

REPRESENTATIONS SOCIÉTALES DE LA CONTRACEPTION D'URGENCE

Anticiper la gestion de la contraception par les patientes

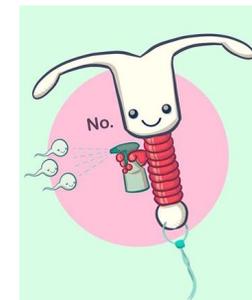
« Aux plus jeunes je leur conseille de l'avoir avec elles. Les plus âgées : comme elles préfèrent » (P1FG2)

Exercer selon sa formation médicale

« je suis diplômée d'il y a peu de temps, et du coup on a grandi avec, on a été formé avec la contraception d'urgence » (P4 FG2)

S'adapter à la connaissance des patientes

« Il y a une information qui touche plutôt les jeunes que les femmes de 35-40 ans, mais qui sont aussi concernées par la contraception d'urgence » (P4 FG1)



Être confronté aux peurs des patientes

« Cette crainte que ça peut donner des infections » (P1 FG2)

Se confronter aux réticences des patientes concernant l'impact psychologique de la pose du DIU

« Quand elles viennent comme ça pour une contraception d'urgence, elles ne sont pas forcément préparées à ce qu'on pose un Dispositif Intra Utérin » (P4 FG1)

Redouter l'appréhension de la patiente par l'atteinte au corps ressentie

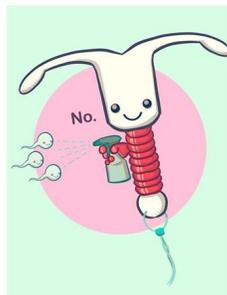
« Il faut se déshabiller, il va nous mettre sur la table, on vient juste pour demander une pilule et puis on sort avec un stérilet dans le ventre » P4 FG1

« S'il y a eu un rapport, consenti ou pas, s'il y a eu atteinte au corps, poser un stérilet dans la foulée, ça me paraît compliqué » (P2 FG 1)

REPRESENTATIONS DES PATIENTES SUR LE DIU EN CU SELON LES SOIGNANTS

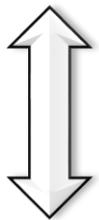
Prendre en compte l'impact négatif de la symbolique des termes

« Et puis ça s'appelle un stérilet, donc c'est sûr que ça donne pas très envie » (P4 FG1)



Se confronter à l'idée de la contre indication du DIU chez la nullipare

« J'ai reçu plusieurs jeunes femmes avec leurs mamans, les jeunes femmes étaient demandeuses, et les mamans ne voulaient pas parce qu'elles avaient cette idée » (P2 FG1)



Considérer le DIU comme une contra-longue

« C'est quand même une contraception qu'on pose pour 5 ans, le faire comme ça au pied levé, c'est délicat » (P5 FG2)

« la pose est beaucoup plus facile chez des femmes qui ont déjà eu des enfants, et je ne sais pas si on propose beaucoup plus » (P5 FG1)

Hésiter à poser des DIU chez les nullipares

« C'est vrai que le DIU chez la nullipare, je commençais un peu à en mettre, et j'avais des confrères qui faisaient un peu de gynéco dans le cabinet qui me regardaient avec des yeux... » P4 FG1

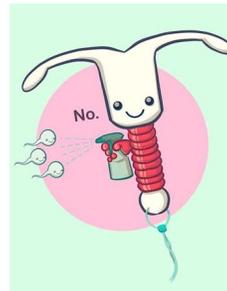
Considérer la pose du DIU comme un geste invasif & intime nécessitant un temps dédié

« Pour moi, c'est moins anodin, c'est un geste invasif... » (P5 FG2)

Estimer l'utilisation du DIU en CU comme contraignant

« Le stérilet je le fais pas aussi pour des questions de praticité, en urgence, enfin ça paraît un peu difficile de s'organiser au niveau du cabinet » (P2 FG2)

REPRESENTATION DU DIU COMME CONTRACEPTION D'URGENCE



Ne pas orienter vers le DIU en CU

« En pharmacie en particulier, on ne leur dit pas de consulter rapidement votre médecin qui va mettre en place un dispositif intra utérin » (P4 FG1)



Prendre en compte la « norme » française

« En France, on a plutôt l'habitude d'utiliser la contraception orale » P4 FG1

Considérer que la législation française favorise la CUO

« La législation a évolué le pharmacien peut aussi délivrer la contraception d'urgence » (P3 FG2)

Souligner une augmentation de la vente de CUO

« Bah on sait qu'il y a quand même beaucoup plus de vente de pilule, notamment d'urgence » (P1 FG2)

EVOLUTION DE LA SOCIÉTÉ ET DE LA LEGISLATION FRANÇAISE

Prendre en compte la réticence récente des patientes vis-à-vis des hormones

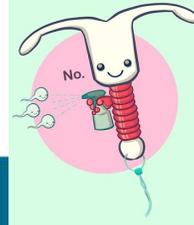
« C'est l'évolution de la société, cette envie de fuir le « chimique », l'hormonal » (P1 FG2)

Prescrire exclusivement la pilule en CU

« En libéral, je faisais que prescrire la pilule du lendemain » (P4 FG1)

Prescrire systématiquement la CUO

On est nombreux à la prescrire de manière un peu systématique en accompagnement de la contraception » (P1 FG2)





UTILISER DIFFICILEMENT LE DIU COMME CU

FAVORISER LE DIU COMME CU

« C'est clair que c'est plus simple d'avaler un comprimé que de s'installer sur une table de gynécologie » (P4 FG1)

« En termes de praticité, on a nos créneaux de consult, faut que dans les quelques jours on lui trouve un créneau, qu'elle puisse venir » (P4 FG2)

« Enfin il faut aller le chercher, que nous on fasse notre prélèvement pour le chlamydiae, c'est sûr que dans le délai imparti... » (P4 FG2)

« Ce que je dis, c'est que je suis pas sûre d'y arriver » (P5 FG2)

Considérer la prise d'une CUO comme plus simple que la pose d'un DIU en CU

Programmer une consultation de pose en urgence
 Prévoir des prescriptions et gestes supplémentaires de dépistage

S'inquiéter des difficultés techniques du geste et de l'incertitude de la qualité de la pose

« Et bien malgré ces conditions favorisantes (en CPEF), je pense qu'on n'en pose quasiment jamais en urgence » (P1 FG2)

Pouvoir l'utiliser sur un délai plus long
 Prendre conscience de son efficacité

Anticiper les situations d'urgence
 S'organiser pour poser le DIU en CU

Bénéficier d'emblée d'une contraception pérenne

Souligner l'absence de CI à la pose d'un DIU en urgence

« C'est plus efficace que le NORLEVO » (P5 FG1)

« Et puis c'est jusqu'à 5 jours » (P2 FG1)

« Si on informait déjà lors d'une demande de CU à la fois de la pilule et du DIU, y'aurait peut-être moins d'appréhension sur une demande de CU ultérieure » (P2 FG1)

« Je suis dans une situation beaucoup plus facile, j'ai tout ce qu'il faut à porter de main, ça change quand même la donne » (P4 FG1)

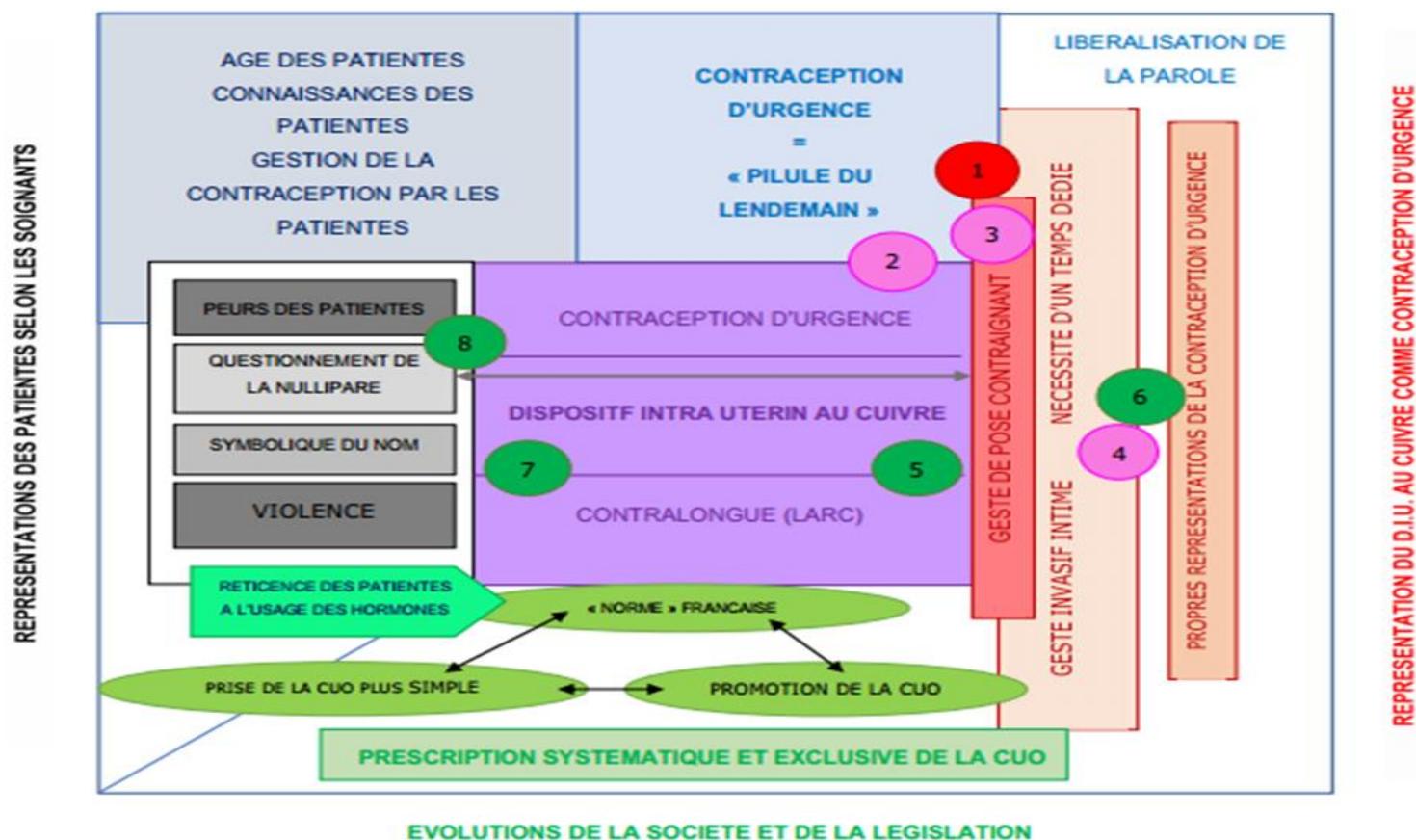
« C'est une bonne contraception d'urgence, et en plus ce sera une contraception sur du long court » (P5 FG1)

« Je fais un prélèvement chlamydiae, ça ne m'empêche pas de poser le DIU, et puis si le chlamydiae est positif, on traite (...) on n'a pas obligation de retirer le stérilet » (P5 FG1)



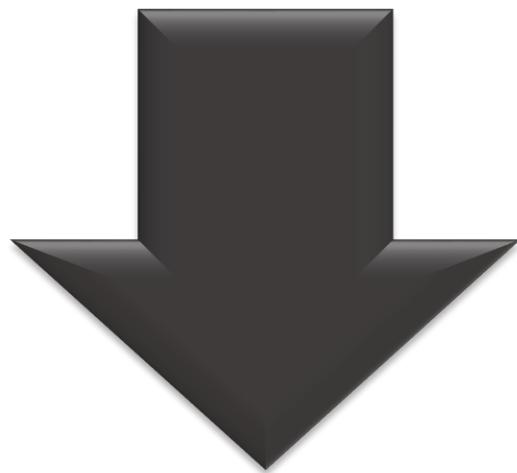
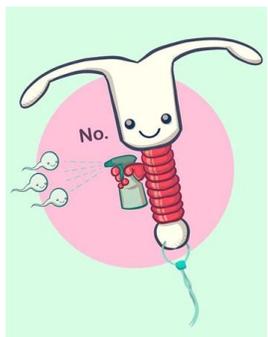
MODELE EXPLICATIF DES REPRESENTATIONS DES PROFESSIONNELS DE SANTE CONCERNANT LE DISPOSITIF INTRA UTERIN AU CUIVRE COMME CONTRACEPTION D'URGENCE

REPRESENTATIONS SOCIETALES DE LA CONTRACEPTION D'URGENCE



EVOLUTIONS DE LA SOCIETE ET DE LA LEGISLATION

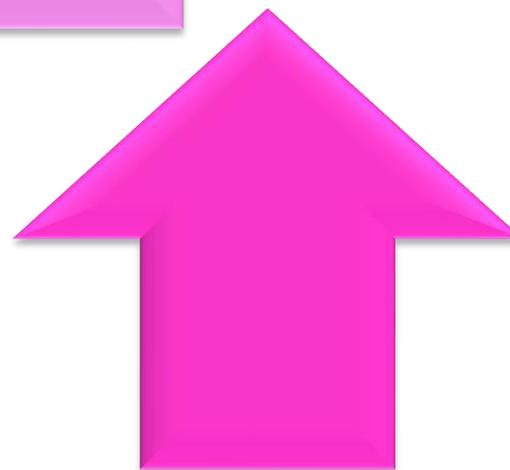
- 1 - Ne pas orienter vers le DIU en CU
- 2 - Considérer la prise d'une CUO comme plus simple que la pose d'un DIU en CU
- 3 - Programmer une consultation de pose en urgence / Prévoir des prescriptions et gestes supplémentaires de dépistage
- 4 - S'inquiéter des difficultés techniques du geste et de l'incertitude de la qualité de la pose
- 5 - Pouvoir l'utiliser sur un délai plus long / Prendre conscience de son efficacité
- 6 - Anticiper les situations d'urgence / S'organiser pour poser le DIU en CU
- 7 - Bénéficier d'emblée d'une contraception pérenne
- 8 - Souligner l'absence de CI à la pose d'un DIU en urgence



Faiblesse des effectifs
Absence de pharmacien
Echantillon raisonné théorique
« Biais de sélection »

RECHERCHE QUALITATIVE

Entretiens de groupes
pluriprofessionnels
Différents modes d'exercice
Animateurs différents et entraînés
Triangulation des données



HAS 2013

Méconnaissance de cette méthode par les professionnels de santé comme freins à l'utilisation

Bonne connaissance et habitudes des participants

Biais de sélection

Harper et al. 2012⁶

16 % des praticiens le recommandaient

93% des GO ne proposaient jamais cette méthode

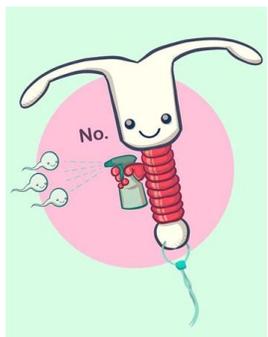
Participants disaient ne pas la proposer

FECOND⁷

Défaut information des patientes sur le DIU en CU

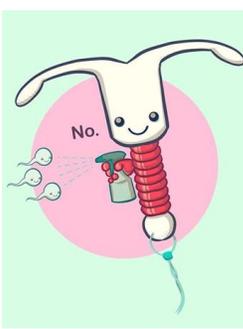
36 % des GO et 11 % des MG

Participants disaient rarement en parler vs CUO



6 Harper CC, Speidel JJ, Drey EA, Trussell J, Blum M, Darney PD. Copper Intrauterine Device for Emergency Contraception: Clinical Practice Among Contraceptive Providers. *Obstet Gynecol.* févr 2012;119(2, Part 1):220-6.

7. Bajos N, Bohet A, Guen ML, Moreau C. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? *Popul Sociétés Bull Mens D'information L'Institut Natl D'études Démographiques.* sept 2012;492:4. 21.



Méconnaissance de l'efficacité du DIU en CU

Hladky et al.⁸

61 % des patientes sous estimaient son efficacité
 50% méconnaissaient son utilisation en CU et sa sécurité

Réticences des patientes

Waroquet AL⁹

- Corps étranger (59%)
- Peur de la pose (51%) / infection (19%)
- Peur de la stérilité (16%)
- Non conseillé par entourage (15%)

REPRESENTATIONS DES PATIENTES SUR LE DIU SELON LES SOIGNANTS

Modification des préjugés

SECURA et al.¹⁰

57% des patientes choisissent un DIU après information adéquate

WHITACKER et al.¹¹

37 % des patientes : vision initiale positive du DIU vs 53% après discussion thérapeutique

Être confronté aux peurs des patientes

Se confronter aux réticences des patientes sur l'impact psychologique de la pose

Redouter l'appréhension des patientes par rapport à l'atteinte au corps ressentie



Stubbs et al.¹²

Surestimation par les soignants des contre indications du DIU

60% des généralistes pensaient aux maladies inflammatoire du pelvis et aux grossesses ectopiques avant de la prescrire

>50 % le pensaient inefficace

33% ne le recommandaient jamais chez la nullipare

- *Hésiter à le poser chez les nullipares / prendre en compte l'âge des patientes*

Waroquet AL⁹

Premiers arguments de non prescription du DIU

- nulli-parité
- jeune âge de la patiente

- *Ne pas le proposer au femmes plus âgées car moins à risques de GND*

12 Stubbs E, Schamp A. The evidence is in. Why are IUDs still out? Can Fam Physician. avr 2008;54:7.



Difficultés pratiques de mise en œuvre

KOHN et al.¹³

61% pensaient que la prescription de DIU nécessitait une info et une consultation plus longue

Indisponibilité du matériel

Incertitudes de la qualité de pose

TYLER et al.¹⁴

60% des soignants ne proposaient que rarement le DIU en CU par indisponibilité matériel

34 % ne posaient que rarement le DIU en CU par manque d'entraînement

**UTILISER DIFFICILEMENT
LE DIU COMME CU**

Modalités pratiques empêchent de considérer le DIU comme CU

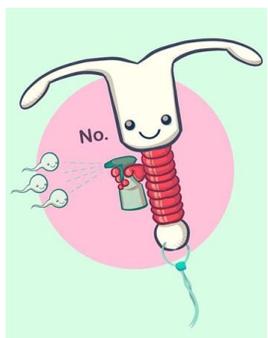
HARPER et al.¹⁵

84% des soignants faisaient plus de 2 consultations pour une pose de DIU²

Considérer le DIU comme une contraception longue

Considérer la pose du DIU comme un geste invasif et intime nécessitant un temps dédié

Estimer l'utilisation du DIU en Cu comme contraignant



13. Kohn JE, Hacker JG, Rousselle MA, Gold M. Knowledge and Likelihood to Recommend Intrauterine Devices for Adolescents Among School-based Health Center Providers. J Adolesc Health. oct 2012;51(4):319-24.

14. Tyler CP, Whiteman MK, Zapata LB, Curtis KM, Hillis SD, Marchbanks PA. Health Care Provider Attitudes and Practices Related to Intrauterine Devices for Nulliparous Women: Obstet Gynecol. avr 41 2012;119(4):762-71.

15 Harper CC, Speidel JJ, Drey EA, Trussell J, Blum M, Darney PD. Copper Intrauterine Device for Emergency Contraception: Clinical Practice Among Contraceptive Providers. Obstet Gynecol. févr 2012;119(2, Part 1):220-6



Introduction

Méthode

Résultats

Discussion

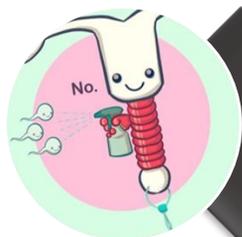
Conclusion



CU très efficace



5 jours

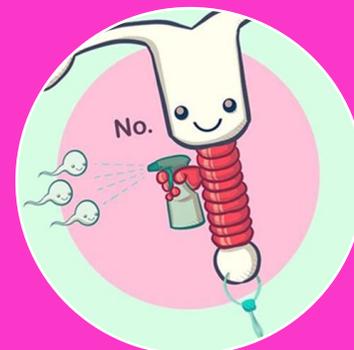


Contralongue

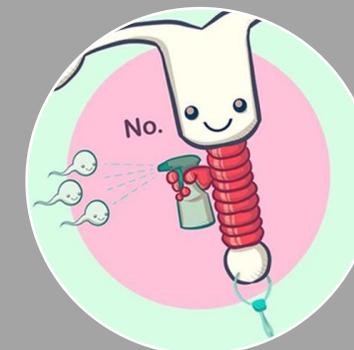


Utilisation DIU cuivre en
CU très peu répandue
même chez des
soignants ayant de
bonnes connaissances à
ce sujet

Freins liés à des
représentations et des
peurs



Choix devant revenir
à la patiente
Nécessité d'une
information anticipée



Améliorer la diffusion de
l'information aux
femmes
Sensibiliser les
professionnels
Améliorer la
collaboration
interprofessionnelle

Avoir l'avis des patientes

20^e
CONGRÈS
NATIONAL

CNGE COLLÈGE ACADÉMIQUE

Exercer et enseigner la médecine générale



16 - 18 JUIN Bordeaux
2021 PARC
DES EXPOSITIONS



MERCI DE VOTRE ATTENTION

