

PLAN

Liste des abréviations

RESUME

INTRODUCTION

MÉTHODES

1. Intérêt de la méthode qualitative

2. Réalisation des entretiens de groupe

- 2.1. Choix des entretiens de groupe (« Focus group »)
- 2.2. Échantillonnage
- 2.3. Élaboration du guide d'entretien de groupe
- 2.4. Réalisation des entretiens de groupe

3. Analyse des verbatim

- 3.1. Retranscription des entretiens de groupe
- 3.2. Analyse des verbatim

RÉSULTATS

1. Population de l'échantillon

2. Résultats de l'analyse

- 2.1. Modification des paradigmes concernant la CU
 - 2.1.1. Évolution de la formation médicale
 - 2.1.2. Évolution des pratiques médicales
 - 2.1.3. les différentes sources d'information sur le CU
 - 2.1.4. Information délivrée par les soignants
- 2.2. Les évolutions et représentations sociétales
 - 2.2.1. L'âge des patientes est un facteur de décision médicale
 - 2.2.2. Prise en compte des évolutions de la société
- 2.3. Les freins internes à l'utilisation du DIU en CU
 - 2.3.1. Difficultés pratiques de mise en œuvre du DIU en urgence
 - 2.3.2. Difficultés de représentation du DIU comme contraceptif d'urgence
 - 2.3.3. Le manque d'engagement des soignants dans la prescription du DIU dans la CU
 - 2.3.4. La contraception d'urgence reste un sujet confus pour les soignants
- 2.4. Les freins externes à l'utilisation du DIU en CU
 - 2.4.1. Les représentations et réticences des patientes, selon les soignants
 - 2.4.2. La prescription médicale systématique de la CU orale
 - 2.4.3. Les difficultés à organiser un réseau de soin
 - 2.4.4. Des volontés politiques insuffisantes

- 2.5. Comment favoriser le DIU en tant que CU
 - 2.5.1. Les atouts du DIU en CU
 - 2.5.2. Les modalités pratiques en faveur du DIU en CU
 - 2.5.3. La réticence des autres moyens de CU en faveur du DIU

DISCUSSION

1. Discussion de la méthode : forces et limites

- 1.1. Le choix de la méthode
- 1.2. La constitution de l'échantillon
- 1.3. Les entretiens groupés semi-dirigés
- 1.4. L'analyse des verbatim

2. Discussion des résultats

- 2.1. Connaissance des professionnels de santé sur le DIU en CU :
- 2.2. Freins à l'utilisation du DIU dans la CU :
 - 2.2.1. Freins inhérents aux professionnels de santé :
 - 2.2.2. Freins inhérents aux patientes :
- 2.3. La place du pharmacien d'officine dans la délivrance de la CU

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

Liste des figures

Liste des tableaux

Table des matières

Annexes

Liste des abréviations

OMS	Organisation mondiale de la santé
HAS	Haute Autorité de Santé
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
DIU	Dispositif Intra-Utérin
CU	Contraception d'Urgence
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
INPES	Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
CNGOF	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
CPEF	Centre de Planification et d'Éducation Familiale
MSU	Maitres de Stages Universitaires
CHU	Centre Hospitalo-Universitaire
DU	Diplôme Universitaire
DIU	Diplôme Inter-Universitaire
FMC	Formation Médicale Continue
SUMPPS	Service Universitaire de Médecine Préventive et Promotion de la Santé
PMI	Protection Maternelle et Infantile

RESUME

INTRODUCTION : Il existe deux moyens de contraception d'urgence (CU) qui ont l'AMM en France : le dispositif intra-utérin (DIU) au cuivre et les pilules Lévonorgestrel et Ulipristal d'acétate. La pilule d'urgence hormonale semble en pratique être la seule utilisée en dépit d'une meilleure efficacité du DIU.

OBJECTIF : Explorer ce que pensent les professionnels s'occupant de la santé des femmes, sur l'utilisation du DIU au cuivre en CU, cerner leurs difficultés et freins à cette utilisation et les moyens permettant de modifier leurs pratiques.

METHODES : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés de groupe auprès de médecins généralistes et sages-femmes de Maine-et-Loire de septembre à décembre 2017. Codage en unité de sens, analyse thématique inductive du verbatim et triangulation des données.

RESULTATS : Onze professionnels ont participé à l'étude, répartis en deux focus group. Les participants connaissaient tous la méthode de CU par DIU au cuivre mais très peu y avaient recours en pratique. Peu en parlaient à leurs patientes. Des freins inhérents à l'utilisation du DIU dans l'urgence étaient : absence de matériel disponible, appréhension de la pose, acte jugé invasif et agressif, anticipation de l'appréhension des patientes elles-mêmes. Pourtant, les soignants étaient unanimes sur la plus grande efficacité du DIU au cuivre par rapport à la pilule en CU et sur l'impact positif que pourrait avoir une information claire délivrée aux patientes à ce sujet.

DISCUSSION et CONCLUSION : De nombreux freins conduisaient les professionnels de santé à délaisser le DIU au cuivre en CU malgré son efficacité. Une volonté de diffusion de l'information auprès des patientes serait un moyen efficace de lever certains freins, ainsi que le travail en réseau de soins et l'effort d'organisation des cabinets.

INTRODUCTION

La contraception a été légalisée en France par la loi Neuwirth en décembre 1967 et l'interruption volontaire de grossesse (IVG) par la loi Veil en janvier 1975. Les statistiques épidémiologiques étudiant le recours à l'IVG en France montrent une relative stabilité des chiffres. En 2015, 203 500 IVG ont été réalisées, contre 226 100 en 2010 (1). Selon la HAS, une grossesse sur trois est non prévue et la moitié aboutit à une IVG (2). Cette situation semble paradoxale, la couverture contraceptive étant très élevée en France. Cependant la contraception orale y reste majoritaire et une étude épidémiologique de 2005 montrait que l'utilisation régulière de ce type de contraception nécessitait le recours à une contraception d'urgence chez la majorité des utilisatrices (INPES).

Les méthodes contraceptives d'urgence sont multiples. Dans les années 1960, de fortes doses d'œstrogène étaient utilisées jusqu'à la popularisation de la méthode de YUZPE qui consistait à administrer dans les 72 heures suivant un rapport non protégé, 2 doses à 12 heures d'intervalle de 100 µg d'éthinylœstradiol associés à 500 µg de lévonorgestrel. Elle a été commercialisée en France sous le nom de TETRAGYNON® (AMM de mars 1998, retirée en septembre 2005) et STEDIRIL® (prescrite également comme contraception classique ; et dont la commercialisation s'est arrêtée en janvier 2016) (3,4).

Cette CU a été retirée du marché du fait de sa balance bénéfice – risque défavorable au regard d'un nouveau contraceptif d'urgence à base de Lévonorgestrel dénommé NORLEVO®, mis sur le marché en France le 16 avril 1999 sous la forme de 2 prises de 750 µg de Lévonorgestrel à 12 heures d'intervalle. Son AMM a été modifiée en 2004 pour une forme à prise unique à 1 500 µg de LNG (5) (6). L'obtention de NORLEVO® ne nécessite pas de prescription médicale. En décembre 2000, une loi relative à la CU autorise sa délivrance gratuite aux mineures désirant garder le secret dans les pharmacies (décret du 9 janvier

2002) et autorise son administration par les infirmières scolaires des collèges et lycées (décret du 27 mars 2001) (7). Depuis le 18 août 2001, le Lévonorgestrel est également remboursable quel que soit l'âge de la femme lorsque celle-ci est en possession d'une prescription délivrée par un médecin ou une sage-femme. Le 15 mai 2009, une nouvelle CU hormonale obtient l'AMM, l'Ulipristal d'acétate commercialisée sous le nom ELLAONE®. Elle consiste en une prise unique de 30 mg, et n'est délivrée que sur prescription médicale (8). Une autre méthode contraceptive d'urgence a été proposée dès les années 70 aux Etats Unis d'Amérique (USA) par le Dr LIPPES : il s'agit du DIU au cuivre, délivré uniquement sous prescription médicale, recommandée par la HAS et l'OMS.

Sur le plan physiopathologique, le Lévonorgestrel retarde l'ovulation en inhibant le pic LH, si la pilule est administrée avant ce dernier. Une fois l'ovulation terminée, il n'y a aucune possibilité d'interférer avec l'implantation.

L'Ulipristal d'acétate a montré son efficacité avant et après le pic LH en retardant la rupture folliculaire pendant au moins 5 jours.

Enfin, le DIU au cuivre présente un mécanisme encore mal connu, mais des études suggèrent que les ions cuivre pourraient inhiber la fonction du sperme, et que la présence d'un dispositif in utero majorerait une réponse inflammatoire qui pourrait altérer le transport des gamètes ou de l'œuf en inhibant son implantation (9).

Des méta-analyses américaines ont tenté d'estimer le risque d'échec des différentes méthodes contraceptives d'urgence en réalisant une revue de 42 études : le DIU cuivré présente un risque d'échec < 0,1 %, l'Ulipristal d'acétate de 0,9% à 2,1% et le Lévonorgestrel de 0,6 et 3,1% (9). Une autre étude réalisée à Salt Lake city, Utah, a comparé le taux de grossesse à un an entre un groupe Lévonorgestrel et un groupe DIU au

cuire. Le taux cumulé de grossesses à un an a été de 6,5% dans le groupe DIU versus, 12,2% dans le groupe Lévonorgestrel (10).

Enfin, une étude réalisée à Buenos Aires a interrogé et informé les femmes sur l'utilisation du DIU au cuivre en tant que moyen de contraception d'urgence. Celles-ci n'étaient que 1,83% à connaître cette méthode. Mais une fois informées, elles étaient près de 78% à envisager son utilisation en tant que CU (11).

En France, le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) et la HAS reconnaissent le DIU au cuivre comme la méthode de CU la plus efficace et recommandent sa prescription (12,13). La revue « Prescrire » recommande ce dispositif en première intention chez les patientes au-delà de 75 kg (14).

Cependant, la littérature française reste pauvre sur le sujet. Beaucoup d'études ont délibérément choisi de traiter la CU en s'orientant uniquement vers la CU hormonale, sans même mentionner parfois cette autre méthode contraceptive.

Une thèse de médecine, publiée en 2015 en Franche-Comté, a tenté d'explorer les arguments utilisés par les patientes et par les médecins généralistes pour ne pas utiliser le DIU au cuivre.

Parmi les différents et nombreux aspects évoqués, la méconnaissance de cette méthode semble flagrante tant par les professionnels de santé que par les patientes. De plus, si celle-ci est connue, elle est jugée invasive, avec une réalisation difficile dans la pratique. Enfin, s'adressant principalement à une population jeune, le frein de la nulliparité reste non négligeable (15).

La question se pose donc de savoir pourquoi ce type de CU, efficace, utilisable dans un délai plus long et peu onéreux est si peu utilisé et connu en France. Il semblait donc intéressant d'interroger les professionnels de santé sur ce sujet.

L'objectif principal de cette étude était donc d'explorer ce que pensent les professionnels s'occupant de la santé des femmes, sur l'utilisation du DIU au cuivre en contraception d'urgence. Les objectifs secondaires étaient de cerner les difficultés et les freins ressentis par ces soignants à cette utilisation et quels moyens permettraient de modifier leurs pratiques.

MÉTHODES

1. Intérêt de la méthode qualitative

La méthode de recherche qualitative correspond à un procédé destiné à étudier des phénomènes subjectifs, et donc difficiles à quantifier. Elle explore l'aspect relationnel des soins, et en explique le contexte. Enfin, l'étude qualitative permet de recueillir des données verbales pour une démarche interprétative (16).

Afin d'interpréter les données recueillies, ce travail s'est basé sur la méthode de la théorie ancrée ou « Grounded Theory » fondée en 1967 par Glaser et Strauss (17). Ce procédé permet la construction d'une théorie fondée sur les données recueillies, avec un codage ouvert et centré sur la question de recherche.

2. Réalisation des entretiens de groupe

2.1. Choix des entretiens de groupe (« Focus group »)

Le recueil de données en recherche qualitative peut être réalisé selon 3 modèles : la méthode consensus, la recherche action et les entretiens structurés ou semi structurés. Ces derniers peuvent être individuels ou en groupe.

La méthode d'entretien semi structuré en groupe a été choisie car elle permettait, par le biais de l'interaction entre les différents participants, de faire émerger des données relatives à la question de recherche (18).

Les entretiens de groupes permettent le recueil de nombreuses informations, à la phase exploratoire d'un sujet peu connu. Ils créent une dynamique de groupe permettant l'émergence des idées et facilitent la libération de la parole des participants.

2.2. Échantillonnage

Le recrutement des participants s'est fait de manière aléatoire à partir de la liste des sages-femmes fournie par le Conseil de l'Ordre des Sages-Femmes, la liste des gynécologues fournie par le site du CHU d'Angers et par l'annuaire des pages jaunes, la liste des Maitres de Stages Universitaires de la Faculté de Médecine d'Angers (MSU), notamment les MSU des Stages Ambulatoires Femme Enfant et la liste des professionnels travaillant en Centre de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF), et enfin, la liste des pharmaciens fournie par l'annuaire des pages jaunes. Ces professionnels ont été sollicités du fait de leur intérêt potentiel pour la question de recherche. Le recrutement visait la possibilité d'une discussion exploitable, et non une représentativité statistique, une diversité de lieu et de mode d'exercice a néanmoins été recherchée.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Être un professionnel de santé diplômé (doctorat de médecine générale, de gynécologie ou de pharmacologie, diplôme de sage-femme)
- Exercer dans le Maine-et-Loire
- Accepter les conditions des entretiens de groupe (les rencontres en groupe, l'enregistrement audio et vidéo, l'anonymisation secondaire des verbatim)

Le critère de non-inclusion correspondait aux soignants sollicités et intéressés mais indisponibles aux dates des Focus group.

Onze professionnels ont été recrutés, répartis en 2 entretiens de groupes.

2.3. Élaboration du guide d'entretien de groupe

Un guide d'entretien à destination des animateurs des focus group a été élaboré à partir des données de la littérature. Ce guide n'a pas nécessité d'évolution entre les deux focus group.

La version finale de ce guide d'entretien est présentée ci-dessous.

Quelles idées, représentations, avez-vous concernant l'utilisation de la contraception d'urgence en France ?

Malgré une couverture contraceptive assez large en France, on constate une stagnation du nombre de recours à l'IVG annuel.

Quelle en est selon vous l'explication ?

En vous souvenant d'une situation clinique, quelle est votre pratique de la contraception d'urgence ? Comment en parlez-vous aux patientes ?

Dès la prescription de la pilule ? Nouvelle explication à chaque prescription ?

Si aucun participant n'évoque le DIU : connaissez-vous d'autres moyens de contraception d'urgence ?

Que pensez-vous du DIU au cuivre comme contraception d'urgence ?

Le DIU au cuivre vous paraît-il un moyen de contraception d'urgence efficace ?

Et si oui, selon quelles modalités ?

Pour les professionnels utilisant ce moyen de contraception d'urgence, comment organisez-vous son utilisation ?

Pourquoi selon vous, cette pratique reste assez peu réalisée en France ?

Quels en sont les freins ? Quels moyens pourraient vous inciter à la pratiquer davantage ?

Figure 1 : Guide d'entretien à destination de l'animateur des entretiens de groupe

2.4. Réalisation des entretiens de groupe

Le recrutement des participants a été réalisé d'août à décembre 2017 par mail, appel téléphonique et/ou déplacement directement sur le lieu de travail des professionnels. La thématique de l'entretien était exposée de manière concise sans mentionner précisément la question de recherche.

Les professionnels recrutés ont été répartis en deux groupes, cinq d'entre eux dans le premier focus group le 21 septembre 2017 et les six autres dans le second le 21 décembre 2017.

Ces entretiens ont eu lieu à la Faculté de Médecine d'Angers.

Chaque entretien était animé par un modérateur différent (médecins généralistes du département de médecine générale). Celui-ci était informé de la thématique générale de l'entretien mais pas de la question de recherche.

Le déroulé des deux entretiens était identique. Une première étape consistait à l'accueil des participants, à l'attribution d'un numéro d'anonymisation (P1, P2...), ainsi qu'à la signature des consentements écrits, notamment pour les enregistrements. Les enquêtrices conservaient un rôle de stricte observation, à l'écart de la table des participants.

Le modérateur initiait un tour de table afin que chaque participant se présente et détaille son activité. Il expliquait ensuite le déroulé de l'entretien, puis débutait le focus group en se basant sur le guide d'entretien fourni juste avant la séance. L'animateur avait pour rôle de développer un flux d'échange permanent entre les participants, sans intervenir ni formuler d'avis personnel.

En conclusion de l'entretien, le modérateur résumait les différents points principaux évoqués, offrait la possibilité de rectifier si nécessaire, et concluait en remerciant les participants.

Les entretiens étaient chacun enregistré à l'aide d'un smartphone IPHONE 6S® pour un enregistrement audio, et un caméscope PANASONIC HX WA10EFD® pour un enregistrement vidéo.

3. Analyse des verbatim

3.1. Retranscription des entretiens de groupe

Chaque entretien a été intégralement retranscrit sur un logiciel de traitement de texte WORD®, à l'aide des enregistrements. L'anonymisation des participants a été réalisée à la suite des entretiens.

L'ensemble des propos a constitué le verbatim de l'étude.

3.2. Analyse des verbatim

L'analyse thématique du verbatim a été réalisée au fil de l'eau et de manière inductive. Un codage en unités de sens s'est fait après chaque entretien. Une double lecture des entretiens et de leur codage par les enquêtrices a permis une triangulation de l'analyse dans le but d'augmenter la validité interne des résultats. Un relevé thématique a été réalisé pour chaque entretien, suivi d'une analyse transversale des données du corpus.

Le verbatim de chaque entretien ainsi que son analyse ont été envoyés par voie électronique à chaque participant pour relecture. Aucun n'a apporté de modification.

RÉSULTATS

1. Population de l'échantillon

Onze professionnels de santé de Maine-et-Loire ont participé à l'étude, répartis en cinq professionnels dans le focus group du 21 septembre 2017 (3 médecins généralistes et 2 sages-femmes, uniquement des femmes) et six dans le focus group du 21 décembre 2017 (3 médecins généralistes dont 1 homme, et 3 sages-femmes). Parmi les professionnels, quatre travaillaient en CPEF.

Les deux entretiens ont duré environ 45 minutes chacun.

Les caractéristiques sociodémographiques des participants sont décrites dans le tableau ci-dessous.

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques des participants du focus groupe 1

Nom	Age	Sexe	Profession	Année installation	Lieu d'exercice	Type d'activité	Formation en gynécologie	Proportion de consultation gynécologique	Pose de DIU dans la pratique quotidienne
P1 FG1	56 ans	F	Médecin généraliste	1989	Urbain	SUMPPS, CPEF	FMC gynéco (x2/an)	50%	7 /mois
P2 FG1	30 ans	F	Sage-femme	2010	Centre hospitalier	NC	DIU contraception et gynéco	20%	Oui (proportion NC)
P3 FG1	29 ans	F	Sage-femme	2012	Centre hospitalier	Salle de naissance /suite de couche	NC	0	0
P4 FG1	48 ans	F	Médecin généraliste	2003-2014 : libéral Depuis 2014 : CPEF et CHU	Urbain	CPEF et suite de couche CHU	FMC gynéco, Formatrice DU	100%	Oui (proportion NC)
P5 FG1	49 ans	F	Médecin généraliste	Diplômée en 1998, début d'activité en 2008	Urbain	Centre de planifications, PMI	FMC gynéco	50%	Quotidien

Tableau II : Caractéristiques sociodémographiques des participants du focus groupe 2

Nom	Age	Sexe	Profession	Année installation	Lieu d'exercice	Type d'activité	Formation en gynécologie	Proportion de consultation gynécologique	Pose de DIU dans la pratique quotidienne
P1 FG2	39 ans	F	Médecin généraliste	2007	Jusqu'en 2010 : remplacement rural Depuis 2010 : CHU	Centre de planification	FMC et DU gynéco, formatrice DU	100%	Quotidien
P2FG2	34 ans	F	Médecin généraliste	2013	Cabinet de groupe rural	Libérale	FMC gynéco	1/8	Rare
P3 FG2	47 ans	M	Médecin généraliste	2005	Maison de Santé semi-rurale	Libérale	FMC gynéco	2%	0
P4 FG2	39 ans	F	Sage-femme	2017	Cabinet urbain	Libérale	Aucune	10%	1 à 2 /mois
P5 FG2	39 ans	F	Sage-femme	2011	Cabinet urbain	Libérale	FMC gynéco	10%	Oui (proportion NC)
P6 FG2	45 ans	F	Sage-femme	2008	Maison de santé rurale	Libérale	ADCO suivi gynéco	Quotidienne	3 /mois

2. Résultats de l'analyse

2.1. Modification des paradigmes concernant la CU

2.1.1. Évolution de la formation médicale

En fonction de l'âge des professionnels la formation initiale n'avait pas été la même en ce qui concerne la contraception et notamment la CU.

Les plus anciens décrivaient une absence de formation au sujet de la contraception, avec le recours nécessaire à l'autoformation :

P3 FG2 : « moi j'ai été formé il y a quand même quelques années mais j'avais pas eu de cours en formation médicale initiale sur la contraception, je me suis formé moi-même, notamment avec le bouquin « la contraception mode d'emploi », de Martin Winckler, enfin bref et voilà... »

Tandis que les plus jeunes semblaient avoir des connaissances plus approfondies à la fois sur la contraception en général mais aussi sur la CU, permettant une pratique médicale différente.

P4 FG2 : « *pour moi c'est peut-être plus difficile de se positionner là-dessus, parce que moi je suis diplômée d'il y a peu de temps, et du coup on a grandi, si je peux me permettre, avec, on a été formé avec la contraception d'urgence. Alors après on a aussi été formé avec l'idée, avec l'information que c'était peu donné, peu informé, peu communiqué (...) Alors peut-être que du coup là-dessus en effet on a peut-être des expériences qui peuvent être peut-être différentes en fait.* »

2.1.2. Évolution des pratiques médicales

Une évolution des pratiques médicales était également soulignée par les professionnels, notamment au sujet de la nulli- ou multiparité dans le choix contraceptif :

P4 FG1 : « *(...) je fais partie de la génération où on nous a ressassé « pas de DIU chez la nullipare », moi j'ai appris ça quand même, donc j'évolue quand même au fur des années.* »

P4 FG1 : « *c'était un peu ça, c'est vrai que le DIU chez la nullipare, moi 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 ...* »

Pour autant, un praticien soulignait que le DIU en contraception d'urgence n'était pas proposé beaucoup plus fréquemment chez les multipares.

P5 FG1 : « *(...) 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* ».

L'un des participants, ayant eu une activité à la fois libérale et en CPEF rapportait une expérience de prescription exclusive de la pilule en CU :

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

2.1.3. Les différentes sources d'informations sur la CU

Les professionnels interrogés soulignent la profusion des sources d'informations à l'attention des patientes, mais également leur éventuel manque de validité scientifique.

P2 FG1 : « *c'est ça, il y a énormément d'informations peu scientifiques finalement* »

P2 FG1 : « *facebook* »

Certains sites internet leur semblaient cependant fiables :

P2 FG1 : « *(...) Il y a un site qui est très bien fait c'est contraception.org (...).* »

Les praticiens notaient que l'entourage des patientes était lui-même vecteur d'informations.

P2 FG1 : « *(...) oui oui, il y a beaucoup de femmes qui se renseignent auprès de leurs amis, pas que chez les familles (...).* »

2.1.4. Information délivrée par les soignants

Les professionnels de santé ont conscience de leur responsabilité dans la délivrance de l'information et tentent, par le fait, de se rendre le plus disponibles possible pour leurs patientes.

P6 FG2 : « *(...) je leur laisse toujours la possibilité, si c'est des jeunes filles de me rappeler si elles ont un oubli, si elles ont besoin d'info, je leur donne la petite carte avec vraiment toutes les info de renotées. Et je leur laisse même la possibilité de me contacter par sms si c'est le week-end si c'est un peu plus difficile (...).* »

Des disparités ont toutefois été remarquées entre les soignants interrogés au sujet de l'information remise spécifiquement sur le DIU cuivré dans la CU.

En effet, certains participants abordaient la question de la CU, qu'elle soit orale ou par DIU, de manière systématique :

P4 FG2 : « (...) moi j'en parle beaucoup dans toutes les situations de non-prescriptions (...), moi j'ai énormément de patientes qui veulent pas forcément de contraceptifs, (...) j'aborde la contraception d'urgence donc le Norlevo et le dispositif intra-utérin (...). »

Tandis que d'autres ne semblaient pas aborder le DIU en CU, en dépit de leur connaissance de son indication :

P3 FG2 : « non non je disais après y'a aussi le dispositif intra-utérin (...) qu'on peut placer ; bon après c'est un truc que j'évoque pas, à tort certainement, c'est aussi une des possibilités qui est offerte »

Il a de plus été rapporté qu'un pharmacien avait informé une patiente de l'existence du DIU au cuivre dans la CU.

P6 FG2 : « moi j'ai une pharmacie locale qui avait bien dit à la patiente qu'elle pouvait faire poser un stérilet. »

Les professionnels de santé inclus dans l'étude semblaient formels sur l'intérêt de prendre le temps d'informer les patientes. Les temps de discussions et d'échanges leur permettaient de s'assurer de la bonne compréhension des patientes, générant ainsi une décision éclairée.

P1 FG1 : « (...) Mais on va surtout à mon sens engager un dialogue autour du choix de la contraception (...) »

P2 FG1 : « (...) peut être que si on informait déjà, lors d'une demande de contraception d'urgence, à la fois de la pilule, et à la fois du stérilet, y'aurait peut-être moins d'appréhension sur une demande de contraception d'urgence ultérieure. »

Toutefois, les participants relevaient des situations de mésusage de la contraception d'urgence orale, malgré une information complète :

P5 FG2 : « (...) (en cas d'oublis) et c'est pas pour autant qu'elles ont le réflexe de prendre la contraception d'urgence qu'elles ont. »

De ce fait, ils étaient nombreux à prendre le temps de réévaluer la compréhension des patientes et de s'assurer à chaque nouvelle consultation que la contraception était toujours adaptée à la situation :

P1 FG1 : « (...) voir si la contraception qu'elle prend est finalement adaptée ou pas (...) et essayer de voir avec la patiente ce qui pourrait lui convenir, ou plus (...). »

2.2. Les évolutions et représentations sociétales

2.2.1. L'âge des patientes est un facteur de décision médicale

Cinq soignants soulignaient la participation de l'âge des patientes dans les décisions médicales. Les représentations qu'ils se faisaient des femmes et de la gestion de leur contraception différaient en fonction des périodes d'activité génitale, aboutissant à des conseils différents :

P1 FG2 : « aux plus jeunes je leur conseille de l'avoir avec elles (...). Les un peu plus âgées : comme elles préfèrent. »

P2 FG2 : « (...) Je pense pas avoir prescrit, en tous cas de mémoire, de contraception d'urgence pour des femmes de plus de 30 ans. »

Pour la plupart des participants, les jeunes femmes étaient mieux informées sur la CU, de manière générale, que les générations plus âgées.

P4 FG1 : « (...) je disais que j'avais plutôt le sentiment qu'il y a une information qui touche plutôt les jeunes en fait, que ce soit collégien, lycéen, étudiant, plus que les femmes de plus 35-40 ans, mais qui sont aussi concernées par la contraception d'urgence. »

Par ailleurs, les participants évoquaient un certain nombre de situations où les mères désapprouvaient la pose de DIU chez leurs filles pourtant elles-mêmes demandeuses, devant l'idée ancienne de contre-indication du DIU chez la nullipare.

P2 FG1 : « (...) 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 que... ».

2.2.2. Prise en compte des évolutions de la société

Plusieurs participants s'accordaient à dire qu'il existe une plus grande liberté aujourd'hui pour les femmes d'aborder le sujet de la contraception, avec une régression des jugements de valeur.

P2 FG2 : « Alors moi mon idée c'est en effet que c'est beaucoup plus facile, je pense qu'en plus nous aborde la question beaucoup plus précisément au moment de la prescription de pilule et puis je pense que les jeunes femmes sont sûrement plus à l'aise aussi pour aborder les choses actuellement. »

P5 FG2 : « (...) c'est moins honteux que ça a pu l'être. »

Mais avec toutefois, la persistance de certains discours culpabilisants :

P4 FG1 : « (...) des choses qui sont très culpabilisantes pour une patiente qui a déjà du mal à faire ce pas d'aller acheter sa contraception d'urgence (...). »

Un soignant soulignait une évolution sociétale concernant la responsabilité du couple dans la contraception et non plus seulement de la femme :

P5 FG2 : « (...) elles sortent (de la maternité), souvent c'est le mari qui va à la pharmacie, donc il achète le contraceptif journalier et puis la pilule du lendemain (...). »

Certains participants notaient que délivrer une information sur les moyens de CU était insuffisant, encore fallait-il qu'il y ait un besoin ressenti par la société :

P1 FG2 : « (...) *Au fur et à mesure que la société va s'en saisir les demandes vont arriver (...).* »

P1 FG2 : « (...) *je crois que c'est important ça, bien sûr on peut être force de proposition mais faut pas oublier que la première proposition c'est les demandeurs en fait.* »

Parmi ces évolutions, la réticence récente des patientes à l'égard des hormones semblait le plus évident pour plus de la moitié des participants :

P5 FG2 : « (...) *c'est dans un discours « moi je veux plus d'hormone ».* »

P1 FG2 : « *cela dit moi je vois un lien, c'est l'évolution de la société, cette envie de fuir le chimique, l'hormonal, donc que des gens se disent en post-partum « je fuis les pilules ou autre contraceptif, j'allaité, on fait attention, et voilà...* »

Bien que paradoxalement, un participant soulignait une augmentation de la vente de la CU orale :

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

2.3. Les freins internes à l'utilisation du DIU en CU

2.3.1. Difficultés pratiques de mise en œuvre du DIU en urgence

L'évocation des difficultés pratiques de mise en œuvre du DIU en CU semble correspondre à des réticences plus globales des praticiens, entrant donc dans le champ des freins internes.

La prise d'une CU orale était considérée par l'ensemble des professionnels comme plus simple par rapport à tout ce qu'implique une pose de DIU, notamment en ambulatoire :

P4 FG1 : « (...) c'est clair que c'est plus simple d'avaler un comprimé, plutôt que de s'installer sur une table de gynécologie... », « (...) j'ai travaillé 15 ans en libéral, j'ai jamais posé un DIU en contraception d'urgence quand j'étais en libéral. »

En exercice libéral, un participant rapportait qu'il prescrivait exclusivement la pilule en CU :

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

En effet, l'organisation pratique d'une pose de DIU en urgence était le premier obstacle que soulignaient les professionnels.

P5 FG2 : « (...) Je trouve ça... enfin ouais, je trouve ça difficile à mettre en œuvre en réalité... »

Les soignants rapportaient notamment la nécessité de programmer une consultation en urgence, parfois incompatible avec l'activité professionnelle :

P4 FG2 : « Mais c'est clair en termes de praticité, comme dit P1 FG2, nous on a nos créneaux de consult, faut que dans les quelques jours on lui trouve un créneau, qu'elle puisse venir (...) »

L'obtention du DIU en lui-même était contraignant puisque soumis à prescription médicale.

Une solution possible était d'avoir un DIU à disposition au cabinet, comme cela est le cas dans les CPEF :

P3 FG2 : « (...) la praticité, d'avoir le matériel sur place ou non (...) »

Cependant, les professionnels de santé travaillant en CPEF soulignaient que même ayant le matériel à disposition, ils ne pratiquaient pas la pose du DIU en CU.

P1 FG2 : « (...) et bien malgré toutes ces conditions favorisantes (en CPEF) je pense qu'on en pose quasiment jamais en urgence. »

Même si le risque infectieux concernant le *Chlamydiae* n'était plus considéré comme un frein en soi par les participants :

P5 FG1 : « (...) J'ai pas du tout d'inquiétude par rapport à un risque infectieux éventuel »

P1 FG2 : « Ce qui est dommage parce qu'en plus on sait que même sur le risque infectieux on pourrait faire des prélèvements, poser le stérilet, et puis ne traiter que si ça revient positif la semaine suivante (...) »

L'acte de dépistage nécessitait toutefois des prescriptions et gestes supplémentaires :

P4 FG2 : « (...) enfin il faut aller le chercher à la pharmacie, que nous on fasse notre petit prélèvement pour le *Chlamydiae*, que machin, ouais c'est sûr que nous dans le délai imparti on est un peu... (...). »

Un participant évoquait des difficultés techniques quant au geste en lui-même avec une incertitude sur la qualité de la pose :

P5 FG1 : « (...) j'ai eu des petits soucis aussi, c'est pas toujours possible »

P5 FG1 : « après, en plus ce que je dis, c'est que je suis pas sûre d'y arriver. »

Enfin, Les professionnels exprimaient nettement des réticences à la pose du DIU en urgence, notamment par appréhension du geste technique :

P5 FG1 : « (...) j'ai encore toujours une petite appréhension avant la pose d'un DIU. Toujours. J'ai encore ça. »

P4 FG1 : « (...) les médecins sont je pense effectivement, assez réticents à la pose de DIU en urgence. »

P2 FG1 : « (...) Et je vous rejoins qu'on a beaucoup de réticence sur le stérilet »

P5 FG1 : « (...) mais je pense que nous même, on a des freins les professionnels de santé (...). »

2.3.2. Difficultés de représentation du DIU comme contraceptif d'urgence

L'idée que le DIU puisse être une CU alors qu'il est généralement perçu comme une contraception du long cours semblait interpeler certains soignants,

P5 FG2 : « (...) C'est quand même une contraception qu'on pose pour 5 ans, le faire comme ça au pied levé, moi je trouve que c'est délicat (...) Il y a beaucoup de dames qui hésitent quand même longtemps avant de poser un stérilet, (...) c'est pas simple. »

Ce qui n'était pas forcément vu comme une contrainte pour d'autres :

P1 FG2 : « si la patiente elle veut pas garder le stérilet on peut l'enlever au bout d'un mois »

De plus la pose du DIU semblait parfois considérée comme un geste invasif et nécessitant par conséquent un véritable temps dédié en dehors de toute urgence.

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

2.3.3. Le manque d'engagement des soignants dans la prescription du DIU dans la CU

Les professionnels pensaient avoir une part de responsabilité dans la rareté d'utilisation du DIU en CU :

P5 FG1 : « (...) finalement on est aussi responsable je pense aussi. »

C'est d'ailleurs ce que confiait une partie des participants, tant par absence d'information,

P5 FG1 : « (...) Je ne leur parle pas moi-même de la possibilité d'avoir un DIU »

P2 FG1 : « Mais j'avoue que j'aborde jamais le stérilet comme contraception d'urgence. »

P1 FG1 : « je pense qu'elles tombent complètement des nus quand on leur propose, parce que personne n'en parle. Toutes les brochures qu'on diffuse, c'est écrit nulle part. moi j'ai rarement vu une brochure ou c'est évoqué le DIU comme contraception d'urgence »

Que par absence de réalisation en pratique :

P5 FG2 : « ça m'est jamais arrivé, non ça m'est jamais arrivé (d'utiliser le DIU en CU). »

P2 FG2 : « (...) c'est vrai que 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 »

P4 FG1 : « l'utilisation du dispositif intra utérin reste à mon sens très très peu utilisé par les médecins, puisque ce sont les médecins qui avant tout les posent, ainsi que les sages-femmes maintenant. »

2.3.4. La CU reste un sujet confus pour les soignants

Trois soignants émettaient la crainte d'une mauvaise compréhension possible des patientes, pouvant entraîner des utilisations inadaptées de la contraception. Ils expliquaient cela notamment par l'excès de sources informatives et par la discordance de certaines informations, pouvant être à l'origine de confusion :

P4 FG1 : « (...) regardez ce qu'il y a sur les notices de nos pilules, c'est absolument pas ce qui est noté donc comment la patiente peut s'y retrouver ? »

On peut aisément comprendre les différences retrouvées, puisque comme le précisait l'un des soignants il n'y a pas de recommandation médicale précise au sujet du choix de la contraception d'urgence.

P4 FG1 : « (...) il n'y a pas de consensus, pas de recommandation précise. Ils essaient, ils sont en train d'essayer d'écrire des recommandations sur la contraception d'urgence, parce qu'effectivement il y a un espèce de flou artistique autour de cette contraception d'urgence. Et je pense que ça n'aide pas non plus les professionnels à avoir... »

2.4. Les freins externes à l'utilisation du DIU en CU

2.4.1. Les représentations et réticences des patientes, selon les soignants

Les participants rapportaient des idées reçues circulant entre les patientes, source d'inquiétude et de confusion :

P1 FG1 : « (...) elles ont entendu que la prendre plusieurs fois ça exposait à des risques (...), « je prends des risques pour ma santé » (...), c'est une idée reçue qui circule beaucoup (...). »

P1 FG2 : « (...) cette crainte que ça peut coller des infections (...) que chez les jeunes c'est pas bien (...) »

Les participants soulignaient avoir été confrontés à l'expression des réticences des patientes face au DIU, à travers l'impact psychologique qu'il entraînait :

P4 FG1 : « (...) elle m'a dit « non non je préfère, je reviens, psychologiquement aujourd'hui je peux pas » (...) »

P4 FG1 : « (...) Quand elles viennent comme ça pour une contraception d'urgence, elles ne se sont pas forcément préparées à ce qu'on pose un dispositif intra utérin. »

Ils exprimaient également l'impact négatif de la symbolique des termes utilisés :

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

Enfin les professionnels redoutaient l'appréhension de la patiente elle-même quant à la pose du DIU, notamment par l'atteinte au corps fortement ressentie.

Cela faisait référence à la notion de nudité, à la violence physique liées aux contraintes de l'examen gynécologique, aux douleurs du geste jugé invasif :

P5 FG1 : « (...) ça fait mal, on a des malaises vagues, (...) »

P1 FG1 : « (...), elles n'imaginaient pas que pour poser un DIU, il fallait faire un examen, qu'elles seraient sur la table, que c'est un geste intra-utérin. »

P1 FG1 : « (...) il va nous mettre sur la table, il va forcer le col (...) on vient juste pour demander une pilule, et puis on sort avec un stérilet dans le ventre (...). »

P1 FG1 : « (...) il faut se déshabiller »

P2 FG1 : « (...) Parce que s'il y a eu rapport consenti ou pas ou après s'il y a déjà eu atteinte au corps, poser un stérilet dans la foulée ça me paraît compliqué. »

2.4.2. La prescription médicale systématique de la CU orale

Les professionnels disaient prescrire assez systématiquement la CU orale dans le même temps que la contraception habituelle. Il s'agit d'un mode de prescription rapporté par plusieurs participants :

P1 FG2 : « (...) on est nombreux à la prescrire de manière assez... un peu systématique en accompagnement de la contraception. »

P1 FG1 : « (...) on ne peut pas dissocier la contraception d'urgence et la contraception tout court (...). »

P4 FG1 : « (...) c'est un packaging, je prescris la pilule et je prescris la contraception d'urgence en cas d'oublis (...). »

Par ailleurs, les habitudes de prescription semblaient être influencées par des arguments d'économie de santé, à la fois par conscience personnelle et par les directives de la sécurité sociale.

P6 FG2 : « moi quand je prescris la pilule je vais toujours mettre le Norlevo, (...) On m'avait dit que c'était mieux Norlevo parce c'était moins cher (...) »

P3 FG2 : « (...) je m'étais mis à prescrire systématiquement le Norlevo lors de mes primo-prescriptions de contraception hormonale, bon. Et puis j'ai reçu un coup de file un jour du médecin conseil « dites donc Docteur, qu'est-ce qui vous arrive, (rire), vous avez « pété les plombs » (...) alors faudrait que je recommence peut-être mais du coup ça m'a un peu freiné. »

Était également soulevé l'impact des habitudes liées au pays :

P4 FG1 : « (...) Euh... je pense qu'en France, on a plutôt l'habitude d'utiliser la contraception d'urgence orale. »

2.4.3. Les difficultés à organiser un réseau de soin

Les soignants soulignaient que les pharmaciens restaient les premiers professionnels à qui s'adressaient les patientes pour obtenir une CU depuis l'évolution du cadre législatif en 2001, ne les plaçant plus dans le rôle de premier recours.

P1 FG1 : « (...) des étudiantes qui viennent pour une contraception d'urgence, leur premier réflexe c'est d'aller en pharmacie en fait. »

Dans les faits, bon nombre de participants relataient des refus de délivrance avec un accueil en officine parfois très culpabilisant et une remise en cause des prescriptions médicales ;

P4 FG1 : « (...) se procurer une contraception d'urgence et de la manière dont on les reçoit en pharmacie (...) »

P1 FG2 : « Bah dans les faits si tu es plutôt « anti pilule d'urgence » euh... voilà, donc on entend quand même des choses un peu pas cool, euh, pas toujours cool, des gens qui viennent en ayant réellement pris un risque et en fait le pharmacien les détourne un peu de cette idée, et y'aura pas de prise de pilule d'urgence (...) »

P4 FG1 : « (...) après certaines patientes se voient dire « je sais pas pourquoi votre médecin vous prescrit une contraception d'urgence puisque vous êtes sous pilule » (...). »

Un participant soulignait l'importance de la relation à entretenir entre les médecins/sages-femmes et les pharmaciens :

P1 FG1 : « (...) les pharmaciens (...) est ce que ce serait rêver que de penser que dans ce cas ils adressent les patientes vers leur médecin ? »

2.4.4. Des volontés politiques insuffisantes

Une politique d'éducation et d'information, dans le but d'améliorer les représentations et les connaissances, apparaissait évidente et indispensable mais tout à fait insuffisante actuellement aux yeux des participants.

P1 FG2 : « (...) faut pas non plus oublier les volontés politiques qui ne sont pas là »

P5 FG2 : « ça fait quand même longtemps hein. C'est pas la priorité. »

P3 FG2 : « (...) je suis pas sûr que les politiques aient vraiment cette pensée-là »

Quelques-uns soulignaient l'impact positif de la prévention et de l'éducation des plus jeunes dans les pays où les institutions gouvernementales en ont fait leur priorité.

P1 FG2 : « (...) dans l'Europe du Nord, (...) le corps de manière générale est beaucoup moins tabou et ils font vraiment de l'éducatif (...) »

P3 FG2 : « (...) je pense qu'il est préférable d'essayer d'œuvrer de manière préventive. »

D'autre part, il y a une notion d'impuissance des professionnels de santé face aux représentations car ils se sentent isolés :

P1 FG2 : « (...) on est quand même minoritaire, et on fera évoluer les représentations de nos patients un peu mais si elles n'ont pas été aidées dans leur construction ces représentations au début... (...) »

2.5. Comment favoriser le DIU en tant que CU

2.5.1. Les atouts du DIU en CU

Les professionnels de santé avaient conscience que le DIU a une meilleure efficacité concernant la CU :

P5 FG1 : « Alors il me semble que c'est plus efficace que le Norlevo finalement (...) »

Et peut être utilisé sur un délai plus long après le rapport à risque :

P2 FG1 : « (...) et puis c'est jusqu'à 5 jours »

De plus certains participants soulignaient l'avantage d'avoir immédiatement une contraception plus pérenne, puisqu'elle tient aussi un rôle de contraception habituelle, en plus de son rôle en urgence :

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

2.5.2. Les modalités pratiques en faveur du DIU en CU

Un participant soulevait l'absence de contre-indication à la pose de DIU en cas de dépistage *Chlamydiae* positif :

P5 FG1 : « (...) je fais un prélèvement *Chlamydiae* et puis ça ne m'empêche pas de poser le DIU, et puis si le *Chlamydiae* est positif, on traite la patiente et son partenaire, on n'a pas d'obligation de retirer le stérilet, on refait juste un contrôle à distance. »

Les participants soulignaient l'importance de la disponibilité du matériel, facilitant ainsi le recours et la pose du DIU en CU :

P4 FG1 : « après moi je suis dans une situation beaucoup plus facile aussi puisque j'ai tout ce qu'il faut à portée de main. J'ai un stock de stérilet, j'ai un stock de ... Voilà, ça change quand même la donne »

2.5.3. La réticence à l'égard des autres moyens de CU en faveur du DIU

Comme constaté déjà plus haut, Les participants relaient être de plus en plus confrontés à des réticences à l'encontre de la contraception hormonale, pouvant ainsi favoriser l'émergence du DIU dans la CU ;

P4 FG1 : « (...) elle me dit « mais vous vous rendez pas compte de la dose d'hormone qu'il y a dans cette pilule »

P2 FG1 : « (...) c'est vrai qu'il y a beaucoup de patientes qui veulent les pilules les moins dosées ou alors les contraceptions avec le moins d'hormones possible. »

DISCUSSION

1. Discussion de la méthode : forces et limites

1.1. Le choix de la méthode

Le choix d'une recherche par méthode qualitative était pertinent pour étudier des phénomènes subjectifs dont la quantification n'était pas possible. Il s'agissait de la méthode la plus adaptée pour recueillir et interpréter des données verbales. Le but n'était pas d'extrapoler les résultats à la population générale mais plutôt d'obtenir un aperçu de la réalité par le biais de témoignages, d'avis et d'expériences personnels.

1.2. La constitution de l'échantillon

Une des principales forces de l'échantillon était de regrouper différents professionnels de santé. Deux types de professionnels ont été représentés, qui sont de loin les premiers concernés par la prescription de la CU : les médecins généralistes et les sages-femmes.

Toutefois, les entretiens ont confirmé l'idée que la participation de gynécologues et de pharmaciens aurait pu enrichir davantage les échanges, ce qui n'a pas été possible par manque de recrutement.

Les différents modes d'exercice des participants ont également été précieux pour multiplier les témoignages et les différentes expériences de chacun : ambulatoire, CPEF, milieu hospitalier, pratiques orientées en gynécologie ou non.

Lors du recrutement, une part importante de praticiens n'avait pas répondu. La correspondance par mails est très utilisée et pratique mais l'abondance de messages reçus oblige à un tri notamment lorsque l'expéditeur est inconnu. Il a été possible de palier à ce

problème en contactant par téléphone une partie des professionnels qui n'avaient pas répondu. Cela a permis de recruter cinq participants supplémentaires. La rencontre directe de certains professionnels a été nécessaire, notamment les pharmaciens d'officine qui sont facilement accessibles, mais nous n'avons essuyé que des refus, essentiellement par manque d'intérêt pour l'étude.

Ainsi, les professionnels recrutés étaient en grande majorité orientés dans leur pratique quotidienne vers la santé de la femme et ils étaient un certain nombre à travailler en tant que maître de stage, dont l'attrait pour la recherche est généralement plus important.

Pour ces raisons il pouvait exister un biais de sélection.

Les entretiens ont été menés auprès de médecins généralistes et de sages-femmes exerçant dans un seul département. Il serait intéressant de mener une enquête similaire à plus grande échelle pour savoir si la localisation peut avoir une influence sur les résultats.

1.3. Les entretiens groupés semi-dirigés

Il s'agit d'une méthode peu répandue, qui présente pourtant une force intéressante ; en effet la parole d'un participant va permettre de faire émerger une idée qu'un autre participant n'aurait pas pensé spontanément à exprimer. Il y a une construction progressive d'échanges qui crée une dynamique de groupe et une émergence importante des idées.

Une des autres forces de l'étude vient du fait que les deux entretiens ont été menés par des animateurs différents, permettant une approche aux questions et des relances plus variées.

La limite de cette méthode est la complexité de regrouper un nombre suffisant de participants sur un même créneau horaire et dans un lieu commun. Ceci a empêché le recrutement de quatre professionnels.

Enfin, il est nécessaire de préciser que l'appréhension de parler en groupe pouvait initialement être un frein au recrutement, notamment en fonction du sujet de l'étude et de la personnalité des professionnels. Lors des entretiens, certaines personnes très au fait du sujet pouvaient s'exprimer davantage, parfois au détriment d'autres participants.

1.4. L'analyse de données

L'analyse des données devait être le moins subjective possible en retranscrivant les verbatim exacts et en limitant autant que possible les interprétations. Ce risque de subjectivité a été limité par une double lecture des entretiens suivi d'une mise en commun des analyses pour réaliser une triangulation, constituant un critère de validité interne pour cette étude.

Ceci a été renforcé par la validation des participants qui ont eu accès aux analyses après triangulation, mais aucun n'a souligné d'interprétation ou n'a jugé nécessaire d'effectuer de quelconques rectifications.

2. Discussion des résultats

Ce travail a permis de mettre en évidence une bonne connaissance du DIU au cuivre dans la CU. Les professionnels de santé interrogés restaient toutefois partagés entre les partisans de cette solution qui regrettent sa sous-utilisation, et ceux qui ne l'adopteront pas dans la pratique.

2.1. Connaissance des professionnels de santé sur le DIU en CU :

Tous les participants à l'étude semblaient bien connaître cette méthode contraceptive post coïtale, alors que les recommandations de la HAS de 2013 retiennent la méconnaissance de cette méthode par les professionnels de santé comme l'un des freins à son utilisation (19).

Cela peut correspondre notamment à un biais de recrutement. En effet, l'enquête FECOND semble mettre en évidence un défaut d'information des patientes sur la contraception d'urgence en général: seuls 36% des gynécologues et 11% des généralistes déclarent avoir recommandé cette méthode (20).

Une étude américaine de 2012 a évalué les recommandations des cliniciens (généralistes, gynécologues, médecins de centre de planification) concernant le DIU cuivré en contraception d'urgence. Seuls 16% des praticiens qui pensaient avoir l'expérience nécessaire à la pose du DIU le recommandaient, et 83 % ne le recommandaient pas. A noter également que 93% des gynécologues obstétriciens interrogés et entraînés à la pose ne proposaient jamais cette méthode (21).

Les participants de l'étude disaient recommander la contraception d'urgence orale de manière quasi systématique à l'occasion de la prescription de la contraception habituelle, correspondant aux recommandations de la HAS (13). Cela était probablement à mettre en lien avec l'intérêt qu'ils portaient à ce sujet.

2.2 Freins à l'utilisation du DIU dans la CU :

2.2.1. Freins inhérents aux professionnels de santé :

Ce travail a permis d'identifier les différents arguments soulevés par les soignants pour la non prescription du DIU au cuivre dans la CU. En effet, plusieurs d'entre eux relevaient la difficulté de mise en œuvre pratique.

Selon l'étude de Kohn et al. qui interrogeait les connaissances des professionnels de santé et leur probabilité de recommander le DIU en CU, 61% d'entre eux pensaient que la prescription du DIU nécessitait une information et donc une consultation plus longue que pour les autres moyens contraceptifs (22). Une autre étude par Tyler et al. montrait que plus de 60% des soignants ne proposaient que rarement le DIU par indisponibilité du matériel et

par manque d'entraînement à la pose (23), ce qui correspondait aux résultats de ce travail de thèse.

Les modalités pratiques de la mise en place du DIU (prescription, délivrance à la pharmacie, deuxième consultation pour la pose...) semblait empêcher les soignants de le considérer comme une CU. Le travail d'Harper et al. recensait 84% des soignants qui déclaraient faire plus de deux consultations pour la pose du DIU (21).

Au-delà de ces difficultés de mise en pratique, l'étude montrait également les ressentis, préjugés que peuvent exprimer les professionnels de santé à l'égard de ce dispositif. En effet il était souvent considéré comme invasif, douloureux, pourvoyeur de malaises vagues à la pose.

Les données de la littérature montrent que les soignants ont tendance à exagérer les contre-indications du DIU. En effet, une étude canadienne montre que 60% des généralistes pensaient aux maladies inflammatoires du pelvis et aux grossesses ectopiques avant la prescription d'un DIU, plus de la moitié le pensait inefficace, et un tiers ne le recommandait jamais chez la nullipare (24).

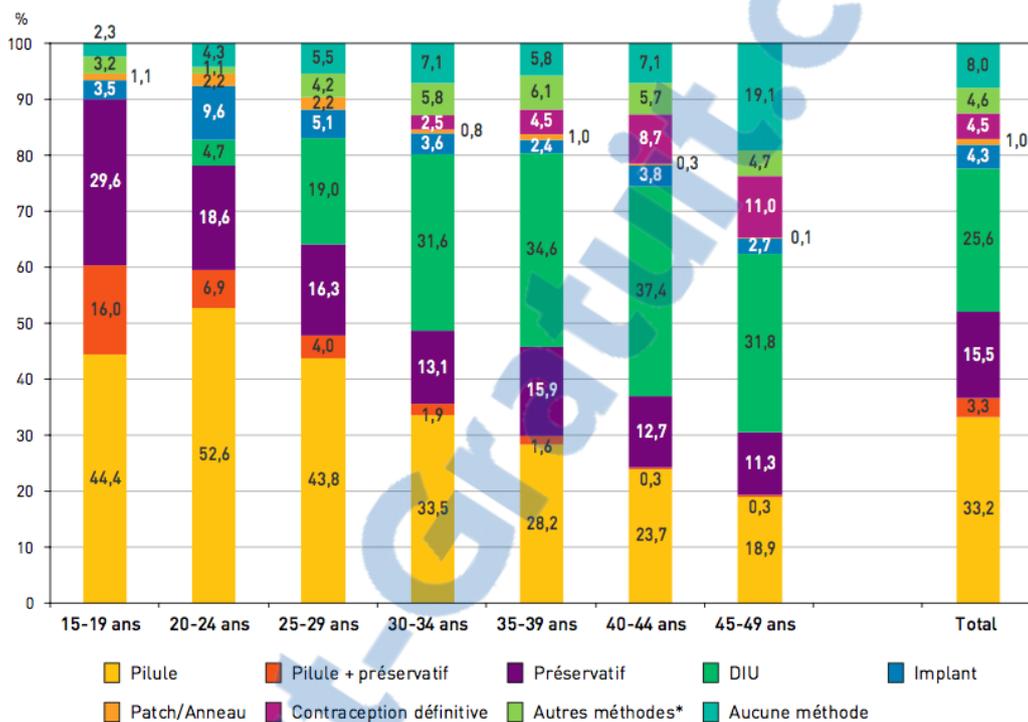
La nulliparité restait une contre-indication dans l'esprit de beaucoup de praticiens. En effet, les premiers arguments de la non prescription du DIU étaient la nulliparité et l'âge jeune de la patiente (25). L'argument de l'âge a souvent été soulevé par les participants à l'étude, mettant en évidence un double paradoxe : les participants restaient réticents au DIU chez la nullipare mais confiaient également ne pas le proposer aux femmes plus âgées, car, selon eux, moins à risque de grossesse non désirée.

2.2.2. Freins inhérents aux patientes :

La HAS décrit également une méconnaissance du DIU de la part des patientes. En effet, une étude réalisée par Hladky et al. évaluant la connaissance et l'attitude des patientes à l'égard

du DIU montrait que 61% des patientes sous-estimaient son efficacité, et la moitié n'en connaissait ni l'utilisation ni la sécurité (26).

Cela semble aller à l'encontre de la tendance actuelle de l'utilisation du DIU qui montre une nette augmentation selon le Baromètre santé 2016 (27) :



Champ : femmes de 15-49 ans résidant en France métropolitaine, non enceintes, non stériles, ayant eu une relation sexuelle avec un homme au cours des douze derniers mois et ne souhaitant pas avoir d'enfant.
 * Cette catégorie comprend le diaphragme, la cape et les méthodes dites traditionnelles telles que la symptothermie, la méthode des températures et le retrait.
 Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France

Figure 2 : Méthode de contraception utilisée en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon l'âge

Les participants de cette étude évoquaient plusieurs freins qu'ils attribuaient aux patientes. Ils relataient notamment des expériences soulignant un frein psychologique, une appréhension de la douleur, le rapport au corps que renvoie le DIU au cuivre, la crainte relative à la fertilité. Ces représentations ont également été décrites dans de multiples travaux de thèse et notamment celui d'Anne-Laure Waroquet (25) qui en détaille la proportion chez les patientes de la manière suivante :

Réticences des patientes

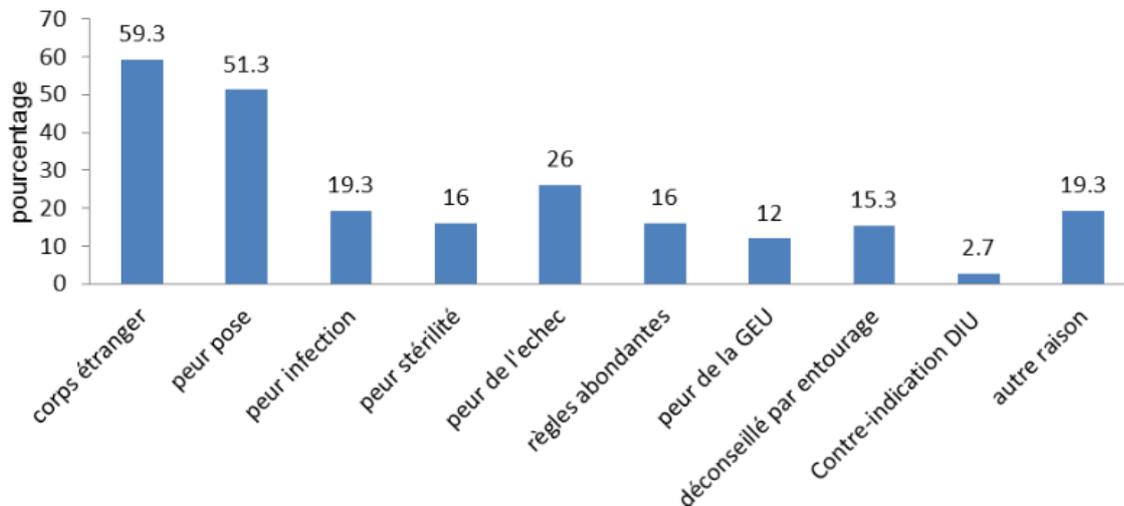


Figure 3 : Raisons citées par les patientes pour ne pas choisir le DIU

Or plusieurs études montrent qu'une information médicale adéquate permettait de réduire ces préjugés négatifs. En effet, concernant la contraception de longue durée (DIU, implants), l'étude de SECURA et al. montre que 67 % des femmes choisissaient une contraception de longue durée après une information médicale adéquate, dont 57% d'entre elles se décidant pour un DIU (28). De même, WHITACKER et al. ont mesuré les représentations des patientes avant et après une information médicale sur le DIU : avant information, seules 37% d'entre elles avaient une idée positive du DIU. Ce chiffre était amené à 53% après discussion thérapeutique (29).

Ces différents travaux permettent donc de confirmer le rôle majeur de l'information médicale dans la lutte contre les idées reçues sur le DIU, ce qui a bien été souligné par les participants pour lever les obstacles.

2.3. La place du pharmacien d'officine dans la délivrance de la CU

Les différents participants de l'étude relevaient une responsabilité non négligeable du pharmacien dans le mésusage de la CU.

La principale limite de cette étude à ce sujet était le manque d'avis des pharmaciens, et notamment dans leur rôle dans la CU.

Ce rôle est d'une importance majeure. En effet, 9 délivrances de contraception d'urgence sur 10 se font directement en pharmacie (30). Or, beaucoup de pharmacies refusent cette délivrance de contraception d'urgence. En effet, l'étude de Delotte et al. réalisée dans les pharmacies niçoises, estimait à 37% le taux de refus de délivrance de la contraception d'urgence (31).

Plusieurs des participants relevaient ces difficultés de délivrance, rendant difficile dans un certain nombre de cas, la gestion de la CU. Cela concorde donc avec les données de la littérature.

CONCLUSION

Le recours au DIU au cuivre dans la CU reste très peu répandu malgré la connaissance des professionnels de santé à ce sujet. En cause essentiellement, de nombreux freins inhérents aux praticiens eux-mêmes. C'est tout du moins leur ressenti : complexité de la pose en urgence, manque de temps, peur de la pose chez la nullipare, méthode jugée invasive, plus adaptée à la contraception du long terme, anticipation de l'appréhension et du ressenti des patientes...

Le choix devrait pourtant revenir avant tout à la patiente, mais encore faut-il qu'elle ait été informé. C'est d'ailleurs paradoxalement ce que proposaient les participants : améliorer la diffusion de l'information.

Du côté des soignants, la sensibilisation et le renforcement des connaissances, l'effort d'organisation des cabinets (notamment sur le plan de la disponibilité du matériel) et une meilleure collaboration interprofessionnelle et notamment avec les pharmaciens, permettraient une approche plus positive de la méthode.

Il serait par ailleurs pertinent, dans une perspective de recherche, de s'intéresser à ce sujet du point de vue cette fois-ci des patientes : en ont-elles connaissance ? comment ont-elles reçu l'information ? y seraient-elles favorables ou émettraient-elles véritablement des freins ?

Il y aurait tout intérêt à promouvoir la contraception d'urgence par le DIU au cuivre qui présente de nombreux atouts : méthode contraceptive d'urgence la plus efficace, laissant 5 jours de délai suivant le rapport sexuel à risque, conférant ensuite une solution contraceptive durable si tel est le choix de la patiente, et ainsi, en cas de plus large diffusion, réduisant considérablement le nombre de grossesses non désirées.

BIBLIOGRAPHIE

1. Vigoureux S. Épidémiologie de l'interruption volontaire de grossesse en France. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* déc 2016;45(10):1462-76.
2. Haute Autorité de Santé - Contraception d'urgence : la nécessité d'une meilleure information [Internet]. [cité 20 avr 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1543559/fr/contraception-d-urgence-la-necessite-d-une-meilleure-information
3. Smith RP, Ross A. Post-coital contraception using d1-norgestrel/ethinyl estradiol combination. *Contraception.* 1978;17(3):247-252.
4. Yuzpe AA, Thurlow HJ, Ramzy I, Leyshon JI. Post coital contraception--A pilot study. *J Reprod Med.* août 1974;13(2):53-8.
5. Autorisation - Minigraphie [Internet]. [cité 22 mars 2017]. Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/extrait.php?specid=60812935>
6. 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.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ct031600.pdf>
7. Aubin C, Jourdain Menninger D, Chambaud L. La prévention des grossesses non désirées: contraception et contraception d'urgence. *Insp Générale Aff Soc* [Internet]. 2009 [cité 22 mars 2017]; Disponible sur: http://crdp-pupitre.ac-clermont.fr/upload/_20_56_2010-12-22_09-16-46_.pdf
8. Autorisation - Minigraphie [Internet]. [cité 22 mars 2017]. Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/extrait.php?specid=62681541>
9. Cleland K, Raymond EG, Westley E, Trussell J. Emergency Contraception Review: Evidence-based Recommendations for Clinicians. *Clin Obstet Gynecol.* déc 2014;57(4):741-50.
10. Turok DK, Jacobson JC, Dermish AI, Simonsen SE, Gurtcheff S, McFadden M, et al. Emergency contraception with a copper IUD or oral levonorgestrel: an observational study of 1-year pregnancy rates. *Contraception.* mars 2014;89(3):222-8.
11. Pichardo M, Arribas L, Coccio E, Heredia G, Jagroep S, Palermo T. IUDs as EC? Limited awareness and

high reported acceptability: evidence from Argentina. *Contraception*. nov 2014;90(5):522-8.

12. Jamin C, Agostini A, Asselin I, M'barek IB, Bettahar K, Carbonne B, et al. Les contraceptions d'urgence : propositions de la Commission Orthogénie du CNGOF. [Httpwwwem-Premiumcomdatarevues12979589v43i9S1297958915002040](http://www.em-premium.com/buadistant.univ-angers.fr/article/997422/resultatrecherche/17) [Internet]. 31 août 2015 [cité 19 mars 2017]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com/buadistant.univ-angers.fr/article/997422/resultatrecherche/17>
13. HAS. Fiche Mémo : Contraception d'urgence [Internet]. 2015 [cité 17 avr 2017]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/fiche-contraception-urgence.pdf>
14. Contraception d'urgence et surpoids : préférer le DIU. *Rev Prescrire*. sept 2014;tome 34(371):687-8.
15. Bonnin. Etude des freins à l'utilisation du dispositif intra-utérin au cuivre en contraception d'urgence chez les médecins généralistes de Franche-Comté. Université de Franche-Comté; 2015.
16. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;19(84):4.
17. Glaser BG, Strauss AL. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. 4. paperback printing. New Brunswick: Aldine; 2009. 271 p.
18. Letrilliant L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. *Exercer*. 2009;20(87):6.
19. Haute Autorité de Santé. Contraception d'urgence : Prescription et délivrance à l'avance. 2013 avr p. 125.
20. 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. 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.
22. 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.
23. 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

2012;119(4):762-71.

24. Stubbs E, Schamp A. The evidence is in. Why are IUDs still out? *Can Fam Physician*. avr 2008;54:7.
25. Waroquet A-LC. Pourquoi les nullipares ne choisissent pas plus le DIU? Enquête auprès de femmes. Université Joseph Fournier, Faculté de médecine de Grenoble; 2013.
26. Hladky KJ, Allsworth JE, Madden T, Secura GM, Peipert JF. Women's Knowledge About Intrauterine Contraception: *Obstet Gynecol*. janv 2011;117(1):48-54.
27. Baromètre santé 2016 : Contraception.
28. Secura GM, Allsworth JE, Madden T, Mullersman JL, Peipert JF. The Contraceptive CHOICE Project: reducing barriers to long-acting reversible contraception. *Am J Obstet Gynecol*. août 2010;203(2):115.e1-115.e7.
29. Whitaker AK, Johnson LM, Harwood B, Chiappetta L, Creinin MD, Gold MA. Adolescent and young adult women's knowledge of and attitudes toward the intrauterine device. *Contraception*. sept 2008;78(3):211-7.
30. Lobry X. La délivrance de la contraception d'urgence par le pharmacien d'officine : Réalisation d'une enquête auprès des pharmaciens de Gironde relative à leurs pratiques et connaissances en 2014. Université de Bordeaux, U.F.R des sciences pharmaceutiques; 2015.
31. Delotte J, Molinard C, Trastour C, Boucoiran I, Bongain A. Délivrance de la contraception d'urgence aux mineures dans les pharmacies françaises. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. janv 2008;36(1):63-6.

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Guide d'entretien à destination de l'animateur des entretiens de groupe.....	9
Figure 2: Méthode de contraception utilisée en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon l'âge.....	35
Figure 3: Raisons citées par les patientes pour ne pas choisir le DIU.....	36

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques des participants du focus groupe 1.....	12
Tableau II : Caractéristiques sociodémographiques des participants du focus groupe 2.....	13

TABLE DES MATIERES

Liste des abréviations	1
RESUME	2
INTRODUCTION	3
MÉTHODES	7
1. Intérêt de la méthode qualitative	7
2. Réalisation des entretiens de groupe	7
2.1. Choix des entretiens de groupe (« Focus group »)	7
2.2. Échantillonnage	8
2.3. Élaboration du guide d'entretien de groupe	9
2.4. Réalisation des entretiens de groupe	9
3. Analyse des verbatim	10
3.1. Retranscription des entretiens de groupe	10
3.2. Analyse des verbatim	11
RÉSULTATS	12
1. Population de l'échantillon	12
2. Résultats de l'analyse	13
2.1. Modification des paradigmes concernant la CU	13
2.1.1. Évolution de la formation médicale	13
2.1.2. Évolution des pratiques médicales	14
2.1.3. les différentes sources d'information sur le CU	15
2.1.4. Information délivrée par les soignants	15
2.2. Les évolutions et représentations sociétales	17
2.2.1. L'âge des patientes est un facteur de décision médicale	17
2.2.2. Prise en compte des évolutions de la société	18
2.3. Les freins internes à l'utilisation du DIU en CU	19
2.3.1. Difficultés pratiques de mise en œuvre du DIU en urgence	19
2.3.2. Difficultés de représentation du DIU comme contraceptif d'urgence	22
2.3.3. Le manque d'engagement des soignants dans la prescription du DIU dans la CU	22
2.3.4. La contraception d'urgence reste un sujet confus pour les soignants	23
2.4. Les freins externes à l'utilisation du DIU en CU	23

2.4.1. Les représentations et réticences des patientes, selon les soignants	23
2.4.2. La prescription médicale systématique de la CU orale	25
2.4.3. Les difficultés à organiser un réseau de soin	26
2.4.4. Des volontés politiques insuffisantes	27
2.5. Comment favoriser le DIU en tant que CU	27
2.5.1. Les atouts du DIU en CU	27
2.5.2. Les modalités pratiques en faveur du DIU en CU	28
2.5.3. La réticence des autres moyens de CU en faveur du DIU	28
DISCUSSION	30
1. Discussion de la méthode : forces et limites	30
1.1. Le choix de la méthode	30
1.2. La constitution de l'échantillon	30
1.3. Les entretiens groupés semi-dirigés	31
1.4. L'analyse des verbatim	32
2. Discussion des résultats	32
2.1. Connaissance des professionnels de santé sur le DIU en CU :	32
2.2. Freins à l'utilisation du DIU dans la CU :	33
2.2.1. Freins inhérents aux professionnels de santé :	33
2.2.2. Freins inhérents aux patientes :	34
2.3. La place du pharmacien d'officine dans la délivrance de la CU	37
CONCLUSION	38
BIBLIOGRAPHIE	39
Liste des figures	42
Liste des tableaux	43
Table des matières	44
Annexes	I

ANNEXES

Annexe I : Mail de recrutement

Annexe II : Attestation de consentement

Annexe III : Verbatim et triangulations des deux entretiens de groupe, via un lien internet DropBox

Annexe I : Mail de recrutement

Mesdames, Messieurs,

Nous sommes deux internes de médecine générale de la faculté de médecine d'Angers.

Nous réalisons, dans le cadre de notre thèse, un **état des lieux des connaissances des professionnels de santé concernant la contraception d'urgence.**

Impossible de vous en dire plus pour le moment... Pour le bon déroulé de notre étude !

Il s'agit en tous cas d'un sujet original pour lequel votre présence nous serait d'une précieuse aide !

Le principe est de réunir des professionnels de santé (sage-femme, gynécologue et médecin généraliste) en groupe de 6 à 8 personnes, afin de construire un échange, une discussion qui nous permettra d'en extraire les données nécessaires à notre travail.

Voici un lien Doodle qui vous permettra de choisir la date qui vous convient (vous pouvez cocher plusieurs dates, nous choisirons celle où il y a le plus grand nombre !)

Concernant le déroulé :

- Nous vous accueillerons sur place et vous rappelleront le principe de notre focus groupe.
- Nous vous remettons une attestation de consentement à signer, nécessaire dans le cadre de notre projet de publication.
- Le focus groupe devrait durer en moyenne 1h et une collation vous sera proposée.
- Un modérateur animera la soirée afin de guider les échanges.
- Vous serez filmés afin que nous puissions récupérer toutes les données nécessaires à notre travail et les enregistrements seront ensuite détruits de façon définitive. Nous serons les 2 seules personnes à pouvoir visionner ces images.

N'hésitez pas à nous contacter si vous avez besoin de plus amples informations.

En espérant avoir de vos nouvelles prochainement et avec nos sincères salutations,

Marine LACROIX et Esmâ OUMAMMAR

Annexe II : Attestation de consentement

PROJET DE THESE :

Connaissances des professionnels de santé concernant la santé de la femme et la contraception d'urgence.

PERSONNES RESPONSABLES DU PROJET :

Thèse de médecine de Mme LACROIX Marine et Mme OUMAMMAR Esma, dirigée par le Dr TESSIER Christine.

OBJECTIFS DU PROJET / RAISON ET NATURE DE LA PARTICIPATION :

Réalisation de focus-groupes dans le but de créer un échange entre différents professionnels de santé, d'en recueillir les informations pertinentes, et d'en analyser les données afin d'évaluer la connaissance des professionnels de santé concernant la santé de la femme et la contraception d'urgence.

MODE DE RECUEIL DES DONNEES :

Utilisation de matériel audiovisuel dont les renseignements recueillis ne serviront qu'aux seules fins du présent projet. Ces données seront conservées, pour une période n'excédant pas 18 mois. Après cette période, les données seront détruites. Aucun renseignement permettant d'identifier les personnes qui ont participé à l'étude n'apparaîtra dans aucune documentation.

RESULTAT DE LA RECHERCHE ET PUBLICATION :

Vous serez informés des résultats de la recherche et des publications qui en découleront, le cas échéant. Nous préserverons l'anonymat des personnes ayant participé à l'étude.

Consentement libre et éclairé

Je, _____, déclare avoir lu et/ou compris le présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction.

Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Signature de la participante ou du participant : _____

Fait à _____, le _____ 201_

Déclaration du responsable de l'obtention du consentement

Je, _____, certifie avoir expliqué à la participante ou au participant intéressé(e) les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il ou qu'elle m'a posées à cet égard et lui avoir clairement indiqué qu'il ou qu'elle reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus. Je m'engage à garantir le respect des objectifs de l'étude et à respecter la confidentialité.

Signature : _____

Fait à _____, le _____ 201_.

Annexe III : Verbatim et triangulations des deux entretiens de groupe, via un lien

internet DropBox:

<https://www.dropbox.com/sh/knpuv8qu77assrl/AADl2wLT2u5TVf8Jzg4iu20da?dl=0>

Connaissance des professionnels de santé concernant le DIU au cuivre dans la contraception d'urgence

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : Il existe deux moyens de contraception d'urgence qui ont l'AMM en France : le dispositif intra-utérin (DIU) au cuivre et les pilules Lévonorgestrel et Ulipristal d'acétate. La pilule d'urgence hormonale semble en pratique être la seule utilisée en dépit d'une meilleure efficacité du DIU.

OBJECTIF : Explorer ce que pensent les professionnels s'occupant de la santé des femmes, sur l'utilisation du DIU au cuivre en CU, cerner leurs difficultés et freins à cette utilisation et les moyens permettant de modifier leurs pratiques.

METHODES : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés de groupe auprès de médecins généralistes et sages-femmes de Maine-et-Loire de septembre à décembre 2017. Codage en unité de sens, analyse thématique inductive du verbatim et triangulation des données.

RESULTATS : Onze professionnels ont participé à l'étude, répartis en deux focus group. Les participants connaissaient tous la méthode de CU par DIU au cuivre mais très peu y avait recours en pratique. Peu en parlaient à leurs patientes. Des freins inhérents à l'utilisation du DIU dans l'urgence étaient : absence de matériel disponible, appréhension de la pose, acte jugé invasif et agressif, anticipation de l'appréhension des patientes elles-mêmes. Pourtant, les soignants étaient unanimes sur la plus grande efficacité du DIU au cuivre par rapport à la pilule en CU et sur l'impact positif que pourrait avoir une information claire délivrée aux patientes à ce sujet.

DISCUSSION et CONCLUSION : De nombreux freins conduisaient les professionnels de santé à délaisser le DIU au cuivre en CU malgré son efficacité. Une volonté de diffusion de l'information auprès des patientes serait un moyen efficace de lever certains freins, ainsi que le travail en réseau de soins et l'effort d'organisation des cabinets.

MOTS CLES : Dispositif intra-utérin, Contraception d'urgence, Connaissance, Médecin généraliste, Sage-femme, Gynécologue, Pharmacien

Healthcare providers knowledge regarding copper IUD in emergency contraception

ABSTRACT

INTRODUCTION: there are two different emergency contraception approved in France: copper intra uterin device (IUD) and pills Levonorgestrel and acetate Ulipristal. Hormonal emergency pill seems to be the only one used, despite IUD efficiency.

GOAL OF THE STUDY: Explore what healthcare providers, treating women's health, might think of using copper IUD in emergency contraception, find out the difficulties, what obstacles they might find, and the ways to modify their practices.

METHODE: Qualitative study by group semi-directed interviews or focus groups with general practitioner and mid-wives from Maine-et-Loire from September to December 2017. Coding in units of sense, inductive analysis and data triangulation.

RESULTS: Eleven healthcare providers participated to the study, divided in two focus groups. The participants had knowledge of the copper IUD method, but few of them had ever used it in their practices. Few of the participants had talked about it with their patients. The obstacles inherent to the use of IUD in emergency were: the lack of material, the fear of the manipulation, the act itself that was seen as invasive and aggressive, anticipation of patients fear itself. However, healthcare providers all agreed to the higher efficiency of the copper IUD, in comparison with the pill, and to the positive impact that a clear information delivered to patient might have.

DISCUSSION AND CONCLUSION: Several obstacles have led the healthcare providers to neglect copper IUD in emergency contraception despite its efficiency. A better diffusion of information toward patients might be a good way to overcome some obstacles, as well as building healthcare networks and better practice organization.

KEYS WORDS: intra-uterin device, emergency contraception, knowledge, general practitioner, mid-wife, gynecologist, pharmacist.