

République Algérienne Démocratique Populaire
MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE ABOU BAKR BELKAID

FACULTE DE MEDECINE

Dr.B .BENZERDJEB-TLEMCEN

DEPARTEMENT DE MEDECINE



**MEMOIRE DE FIN D'ETUDES POUR
L'OBTENTION DU DIPLOME DE MEDECINE GENERALE**

TITRE :

**LA CONTRACEPTION PAR DISPOSITIF INTRA UTERIN
CHEZ LA PRIMIPARE EN POST PARTUM**

Présenté par :

MLLE. OUDGHIRI SARAH

MLLE.MEDJENOUN FATIMA ZAHRA

ENCADREUR :

Pr OUALI MOHAMED

ANNEE 2017-2018

Dédicace :

Que ce travail témoigne de mes respects :

A nos parents :

Grace à leurs tendres encouragements et leurs grand sacrifices ; ils ont pu créer le climat affectueux et propice à la poursuite de mes études.

A mes sœurs : Souad, Imane et Khadija

A Rabah terbeche

(Medjenoun F.Z)

Mon frère Nadir et ma sœur Lemya

(Oudghiri Sarah)

REMERCIEMENT

Avant de commencer la présentation de ce travail, on profite de l'occasion pour remercier toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce projet de fin d'études.

On tient à exprimer mes vifs remerciements pour notre grand et respectueux Professeur Ouali Mohammed d'avoir accepté de nous encadré pour notre projet de fin d'études.

Nos remerciements vont aussi à tous mes Professeurs, enseignants et toute les personnes qui nous ont soutenues jusqu'au bout.

**LA CONTRACEPTION PAR DISPOSITIF
INTRA UTERIN CHEZ LA PRIMIPARE EN
POST-PARTUM**

SOMMAIRE

Introduction	6
Première partie : revue de la littérature	8
1-Définition	9
-la primipare.....	9
-le post partum.....	9
2-Physiologie	9
2-1 Plan anatomique.....	10
2-2 Plan biologique.....	11
2-3 Plan hormonal.....	11
2-4 Plan psychologique.....	12
3-Fécondabilité dans le post partum	12
4- Sexualité dans le post-partum	13
5-la contraception	14
5-1 Définition.....	14
5-2 Quelle contraception après un accouchement.....	15
5-2-1 Méthodes naturelles.....	15
5-2-2 Méthodes barrières.....	17
- Préservatif masculin	17
- Préservatif féminin.....	17
- Diaphragme.....	17
- Spermicide.....	18
5-2-3 Méthodes mécaniques.....	18
- Dispositif intra utérin.....	18
5-2-4 Méthodes hormonales.....	19

-Formes orales.....	20
- Formes non orales.....	22
-Patch contraceptif.....	22
-Anneau vaginal.....	22
-Implant sous cutané.....	22
-Dispositif intra utérin hormonal.....	23
6- Contraception par DIU	23
- Historique.....	24
- Mécanismes d'action.....	24
6-1 DIU au cuivre.....	25
6-2 Système intra utérin hormonal.....	25
6-3 DIU en post-partum.....	25
6-4 Modalités d'utilisation.....	26
6-4-1 L'insertion.....	26
6-4-1-1 Choix d'un DIU.....	26
6-4-1-2 Déroulement de la consultation.....	29
6-4-1-3 Suivi.....	31
6-4-1-4 Le retrait du DIU.....	32
6-5 L'efficacité.....	32
7- Indications.....	33
8- Contre-indications.....	34
8-1 Absolues.....	34
8-2 Relatives.....	35
8-3 Transitoires.....	35
9- Complications.....	35
9-1 Infection.....	35
9-2 Perforation.....	37

9-3 Grossesse extra utérine.....	37
9-4 Expulsion.....	38
9-5 Echec de la contraception.....	39
9-6 Douleur.....	39
9-7 Saignements anormaux.....	39
Deuxième partie : l'enquête.....	41
1- Matériels et méthodes.....	42
1-1 Objectifs et hypothèses de recherche.....	42
1-2 Matériels d'étude.....	43
1-2-1 Questions.....	43
1-2-2 Population étudiée.....	43
2- Résultats.....	44
2-1 Taux de participation.....	44
2-2 Identification de la population.....	44
2-2-1 Age.....	44
2-2-2 Niveau d'étude.....	45
2-3 Contraception en général.....	46
2-3-1 Connaissances sur la contraception.....	46
2-4 Contraceptif intra utérin.....	49
2-5 L'avis des femmes sur le CIU.....	57
Partie : Discussion.....	59
1- Analyse des résultats.....	60
1-1 Evaluation des connaissances.....	60
1-1-1 Influence des études sur la qualité des connaissances.....	60

1-1-2 Estimation des connaissances.....	61
1-1-3 Qualité des connaissances	61
2- Le point sur la	
contraception.....	65
2-1 Connaissances des différents modes de contraception.....	65
2-2 Satisfaction du mode contraceptif.....	65
2-3 Freins à l'utilisation du CIU.....	66
Conclusion.....	69
Références bibliographiques.....	70
Annexe :	
Questionnaire.....	72

❖ Introduction

Le post partum représente une période très particulière pour la femme, durant laquelle l'organisme maternel modifié par la grossesse subit des changements destinés à le ramener à son état antérieur.

Il constitue une situation particulière où la patiente devenue mère reste néanmoins une femme. Il est donc primordial pour le médecin en suites de naissances de trouver le moment opportun pour aborder la contraception. Cette dernière doit avoir une démarche éducative, d'accompagnement et de conseils adaptée à chaque patiente. L'objectif étant de prévenir les grossesses rapprochées et parfois non désirées ainsi la contraception en post partum est primordiale.

elle est doit être soumise à différents impératifs tels que l'innocuité pour la mère et l'enfant, l'efficacité et le respect de l'allaitement maternel et avant tout tenir compte des modifications anatomiques et physiologiques du post partum et des pathologies survenues pendant la grossesse ou après l'accouchement

Bien que le dispositif intra utérin représente une méthode contraceptive efficace n'ayant plus d'effet sur l'allaitement maternel et ne majorant pas le risque thromboembolique en post partum, il reste toujours mal connu chez une grande partie des femmes et souffre d'une mauvaise image lié au manque d'informations correctes concernant cette méthode contraceptive.

Au regard de cette problématique, nous présenterons dans la première partie les notions du post partum, la primiparité et la contraception.

Par la suite, nous présenterons en détail le dispositif intra utérin : ses différents types, ses modalités d'insertion, ses indications, contre-indications et ses complications en tenant compte de la particularité du post partum.

Dans la deuxième partie, nous avons proposé aux patientes (primipares en post partum) hospitalisées au sein du service de gynécologie-obstétrique EHS Tlemcen un questionnaire dans le but d'évaluer leurs connaissances concernant le dispositif intra utérin, d'identifier les freins à son utilisation et connaître leur attentes, leurs craintes et leur fournir des informations correctes.

Et nous terminerons par une troisième partie dans laquelle nous analyserons les résultats de notre enquête.

**PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA
LITTERATURE.**

1-DEFINITIONS

- **LA PRIMIPARITE**

Le terme de primipare est employé pour qualifier une femme qui va accoucher pour la 1 ère fois, il fait suite au terme de primigeste qui désigne une femme qui vit sa première grossesse.

- **Le post-partum**

Le post-partum débute deux heures après la délivrance et se termine avec l'arrivée des premières règles appelée le retour de couches. Sa durée varie en fonction du mode d'allaitement (maternel ou artificiel), elle est en moyenne de six semaines.

2. Physiologie

Au cours de cette période surviennent des bouleversements physiques et psychiques et s'installe la lactation (si la femme a choisi d'allaiter). En effet, durant la grossesse, les sécrétions placentaires d'œstrogènes et de progestérone ont un effet inhibiteur sur la sécrétion de prolactine et une action directe sur le sein.

Après la délivrance, la chute brutale des taux d'œstrogènes et de progestérone stimule la sécrétion de prolactine. La lactation s'installe en deux à trois jours : c'est la montée laiteuse. Les seins gonflent, deviennent tendus et sensibles, la femme peut présenter temporairement une légère hyperthermie à 38°C.

Il existe, durant ces quelques jours, un risque de complications infectieuses, mammaires, thromboemboliques.

2.1. Sur le plan anatomique

Après l'expulsion du placenta, l'utérus va involuer progressivement. Il faut environ huit semaines pour qu'il reprenne ses dimensions d'avant grossesse. Pour ce qui est du col de l'utérus, l'orifice externe reste perméable jusqu'à la fin de la troisième semaine après l'accouchement, quant à l'orifice interne il se referme dès le huitième jour. Il n'est plus punctiforme comme chez la nullipare mais allongé transversalement en rapport avec les déchirures de l'accouchement.

Les lochies sont sanglantes les deux premiers jours et constituées de sang et de débris de cellules déciduales. Elles vont s'éclaircir par la suite pour devenir séro-sanglantes jusqu'au huitième jour puis séreuses.

- La reconstitution de l'endomètre :

-phase de destruction et d'élimination de débris: ces débris proviennent de la zone d'insertion placentaire: les lochies ; qui sont d'abord sanglantes puis séro sanglantes et enfin séreuses et qui constituent un écoulement vulvaire pendant 15 jours.

- Phase de régénération : du 14ème au 35ème jour L'endomètre se reconstitue.

D'autre part, le vagin s'atrophie rapidement en post-partum sous l'effet de la chute brutale des hormones placentaires. Il retrouve une bonne trophicité au moment de la stimulation hormonale, soit à partir du vingt-cinquième jour en l'absence d'allaitement maternel.

La vulve est béante le premier jour. Progressivement, elle reprend sa tonicité et perd son aspect congestif. Le périnée, dont l'ensemble des muscles forment un hamac, a pour rôle de soutenir les organes du petit bassin. Il va retrouver progressivement sa tonicité, en rapport avec la

qualité de l'accouchement, la présence ou non de déchirures ou d'épisiotomie. La rééducation périnéale prescrite lors de la visite post-natale et effectuée six à huit semaines après l'accouchement, pourra y contribuer.

2.2. Sur le plan biologique

La grossesse entraîne une modification des paramètres biologiques (glycémies, constantes lipidiques, hémostase...). Les facteurs de coagulation (facteurs II, V, VII, X) augmentent dans le post-partum et retrouvent des valeurs normales au bout de trois semaines, sauf le taux de fibrinogène qui se normalise en un à deux mois. Une tendance à l'hypercoagulabilité, à risque thromboembolique persiste pendant les trois premières semaines, du fait de l'équilibre précaire entre les deux systèmes.

2.3. Sur le plan hormonal

Les œstrogènes s'effondrent le premier jour après l'accouchement. Leur sécrétion reprend aux alentours du vingt-cinquième jour sous l'influence de la FSH, en l'absence d'allaitement maternel et vers un mois et demi en cas d'allaitement maternel.

La progestérone baisse également dans les dix jours après l'accouchement, puis disparaît. Elle ne réapparaît qu'après la première ovulation qui a lieu environ quarante jours après l'accouchement en l'absence d'allaitement au sein, et plus tard dans le cas contraire.

La prolactine est sécrétée par l'antéhypophyse et intervient dans la régulation de la sécrétion lactée. Son taux augmente juste après l'accouchement et diminue après le quinzième jour même si l'allaitement se poursuit. Dans ce cas, il y a des pics de prolactine stimulés par les tétées. Le taux de prolactine se normalise ensuite en quatre à six semaines.

L'ocytocine est sécrétée par la posthypophyse, elle agit au niveau des fibres musculaires lisses de l'utérus en favorisant leur rétraction et au niveau des cellules myoépithéliales du sein en favorisant l'éjection du lait.

2.4. Sur le plan psychologique

Les modifications hormonales peuvent aussi jouer un rôle sur le plan psychologique.

En effet, il peut se produire chez la mère un sentiment de peur, de se confronter à un nouvel enfant, elle doit faire le deuil de la grossesse. La prise en charge va pouvoir l'aider et permettre un attachement entre la mère et l'enfant de la meilleure qualité possible.

3. Fécondabilité dans le post-partum

Le retour des fonctions ovariennes est en partie dépendant du type d'allaitement.

Cependant, évaluer la date exacte de la première ovulation dans le post-partum n'est pas facile. Si la femme n'allait pas et qu'elle ne prend pas d'inhibiteur de la lactation, la première ovulation survient dans les six semaines du post-partum.

Or, d'après Serfaty, une ovulation est possible à partir du vingt-cinquième jour avec un retour de couches vers le trentième jour.

Si la femme prend de la bromocriptine (Parlodel® ou Bromokin®), le retour de couches est plus précoce, en moyenne trois semaines après l'accouchement.

En cas d'allaitement maternel, le mécanisme est différent. Lors des tétées, la succion va entraîner un pic de prolactine qui va ralentir la synthèse de GnRH (Gonadolibérine, hormone hypothalamique qui commande la sécrétion des gonadotrophines hypophysaires). Il y a donc une mise au

repos des fonctions ovariennes aboutissant à une anovulation. Pour un blocage efficace de la fonction ovarienne, il a été démontré qu'une fréquence minimale de six tétées par vingt-quatre heures, régulièrement réparties sur la journée et la nuit, est nécessaire (méthode de contraception utilisée par certaines femmes appelée MAMA : méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée). Mais, selon cette même étude, même en cas d'allaitement maternel exclusif, une ovulation peut survenir précocement, et ce même avant le retour de couches. Il est donc nécessaire de mettre en place rapidement une contraception efficace, et ce dès la sortie de la maternité pour les patientes qui le désirent.

4. Sexualité dans le post-partum

Pour ce qui est de la reprise de la sexualité, elle va nécessiter un temps d'adaptation variable (fonction du déroulement de l'accouchement, des sutures et complications éventuelles, de la fatigue...). Cela peut s'expliquer par les modifications vaginales et périnéales responsables de sécheresse vaginale, de dyspareunies, baisse de la libido...

Mais aussi la présence du nouveau-né, qui devient la première préoccupation maternelle et du couple. En moyenne, la reprise des rapports sexuels semble survenir dans les cinq semaines qui suivent l'accouchement.

Ainsi, selon la Haute Autorité de Santé (HAS), deux mois après l'accouchement, 51% des femmes se plaignent toujours de douleurs périnéales et 81% des femmes qui allaitent sont peu intéressées par la sexualité. Trois mois après l'accouchement, les difficultés sexuelles évoquées par les patientes étaient les suivantes : absence de désir sexuel (53%), douleurs à la pénétration (55%), rapports douloureux (45%), étroitesse vaginale (33%), atonie périnéale (20%).

Un autre facteur intervient également dans la reprise de la sexualité : le type d'allaitement. En effet, des études ont montré que l'allaitement maternel avait tendance à diminuer le désir sexuel. Plusieurs hypothèses expliquent cette tendance, tout d'abord la fatigue occasionnée par le rythme de l'allaitement à la demande, l'hypoestrogénie prolongée chez la femme qui allaite entraîne une sécheresse vaginale, l'hyperprolactinémie et la diminution des taux d'œstrogènes et de progestérone peuvent être responsable d'une baisse du désir sexuel et des changements d'humeur. Intervient aussi le mode d'accouchement. Les femmes accouchant par voie basse avec un périnée intact ou ayant une petite déchirure ont tendance à avoir moins de douleurs, moins de dyspareunies et à reprendre les rapports plus rapidement, en comparaison à celles accouchant par voie basse instrumentale ou ayant une déchirure du 3^{ème} ou 4^{ème} degré. Ainsi, une information sur la survenue de difficultés sexuelles après un accouchement pourrait leur permettre d'appréhender plus facilement cette période délicate.

5-CONTRACEPTION :

5-1DEFINITION :

C'est l'utilisation de méthodes temporaires réversibles destinées à empêcher la conception, sont exclus de cette définition les procédés chirurgicaux irréversibles (vasectomie, ligatures des trompes) qui rentrent dans le cadre d'une stérilisation. On distingue autres grands modes de contraception selon le procédé auquel ils font appel :

- Ceux qui bloquent l'ovulation : contraceptifs oraux
- Ceux qui bloquent la spermatogénèse (stade expérimental)
- Ceux qui font obstacle à la fécondation : abstention périodique, coït interrompu, préservatif
- Ceux qui font obstacle à la nidation de l'œuf : stérilet

5-2-Quelle contraception après un accouchement ?

Plusieurs éléments sont à prendre en compte lors d'une reprise de contraception après un accouchement. En effet, de nombreuses modifications physiologiques contre-indiquent certaines méthodes. La prescription dépend du type d'allaitement, de l'augmentation du risque Thromboembolique dans les semaines du post-partum, de la récupération périnéale, de l'involution utérine ainsi que des éventuelles modifications du profil de saignement. Dans les six premières semaines du post-partum, soit jusqu'à la consultation postnatale, plusieurs méthodes sont possibles, et quelques-unes contre-indiquées.

L'HAS préconise qu'une information sur la contraception du post-partum soit

Donnée pendant la grossesse. Cette première approche constituera une base qui sera ensuite reprise lors du séjour en maternité et adaptée en fonction des modalités de l'accouchement.

1- Les méthodes naturelles : Méthode MAMA (Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée) Approuvée en 1995 par l'OMS, elle repose sur trois conditions : une vraie aménorrhée (absence de tout saignement menstruel depuis l'accouchement), un allaitement maternel exclusif (six tétées par jour d'au moins dix minutes chacune, toutes les quatre heures au minimum), un allaitement d'au moins six mois.

D'après les données, 2% des femmes qui utilisent cette méthode comme Contraception seront à nouveau enceinte six mois après leur accouchement. En effet, il se peut qu'une ovulation survienne dès le vingt-cinquième jour du cycle. Il est de plus en plus difficile en France actuellement, d'avoir toutes les conditions réunies, du fait entre autres, de la reprise précoce de l'activité professionnelle des femmes. La méthode de l'aménorrhée lactationnelle, lorsque l'allaitement est

exclusif ou quasi exclusif, serait d'une efficacité comparable à celle d'une contraception orale.

Il est donc indispensable pour la sage-femme, lors de l'entretien contraception du séjour en suites de couches, de connaître et proposer d'autres méthodes. Si cette méthode est choisie par l'accouchée, il faut donc l'encourager à l'associer à une contraception locale (spermicides, préservatifs) si une autre grossesse n'est pas souhaitée rapidement. Les autres méthodes naturelles (Ogino, Billings, températures, retrait) Les méthodes d'abstinence périodique et d'auto-observation (méthode des températures basales, méthode «Billings», méthode symptothermique, méthode «OginoKnaus», trousse de prédiction de l'ovulation) constituent les méthodes naturelles. Ces méthodes peuvent être adaptées à la situation ou aux exigences de certaines femmes. Au regard de leur risque élevé d'échec en usage courant, ces autres méthodes devraient être réservées à des femmes connaissant bien leur cycle, maîtrisant bien l'utilisation de la méthode et acceptant ou pouvant médicalement s'exposer à un risque de grossesse. Au même titre que des connaissances sur la fertilité et le cycle physiologique de la reproduction, il est recommandé que leurs principes généraux soient exposés à toute femme, et à son partenaire .

À défaut d'autre méthode contraceptive, elles pourraient en effet démontrer leur utilité et ont l'avantage de n'avoir aucune contre-indication.

Leur utilisation reste délicate quel que soit le moment dans la vie génitale de la patiente, cela l'est d'autant plus durant le post-partum. En effet, cette période entraîne des modifications corporelles et le moment de l'ovulation reste aléatoire. Elles doivent néanmoins être connues par la sage-femme qui doit pouvoir les proposer si la femme, de par ses convictions ou autre, souhaite les utiliser.

2- Les méthodes barrières :

-**Le préservatif masculin** :(ou condom), il possède une efficacité médiocre, avec un IP = 5 %. Le problème est surtout lié à une mauvaise utilisation. Le risque de rupture est inférieur à 1% en cas de rapports vaginaux. Il est le seul à prévenir des infections sexuellement transmissibles (IST) et son efficacité augmente s'il est associé à un spermicide.

Il est également important de la part des professionnels de santé de recommander l'utilisation de préservatifs avec les Normes Françaises (NF).

- **Le préservatif féminin** : (Fémidon) Il est disponible en pharmacie ou dans les centres de planning familial. Moyen de contraception diffusé à partir de 1984, il doit être mis en place avant le rapport sexuel (jusqu'à huit heures avant) et se retire par torsion de l'anneau externe. Il comporte un anneau interne qui s'adapte au col et un externe qui se place à la vulve. Il présente l'avantage de ne pas avoir besoin d'une prescription. Enfin, malgré son rôle protecteur contre les Infections Sexuellement Transmissibles (IST), il reste de manipulation délicate du fait du maniement intra-vaginal, notamment dans les semaines qui suivent l'accouchement. Il n'existe pas de données épidémiologiques sur son utilisation dans les post-partum.

Son efficacité est légèrement inférieure au préservatif. En effet, 21% des femmes qui l'utilisent auront une grossesse accidentelle au cours de la première année.

- **Le diaphragme** : Il est généralement utilisé avec un spermicide, il présente des difficultés de pose et n'a pas l'avantage de protéger contre les IST. Il se positionne entre le cul-de-sac postérieur et la fossette rétro symphysaire. Il empêche le sperme d'accéder au col de l'utérus (IP entre 2 et 5 %). Ce type de contraception présente l'avantage de pouvoir être

mis en place plusieurs heures avant le rapport sexuel, et d'être retiré au maximum six heures après.

Dans le post-partum, il ne doit pas être utilisé avant six à huit semaines. Il existe en effet un risque de déplacement du fait de la tonicité différente du vagin et du col.

- **Les spermicides** : Ils ont une bonne efficacité (IP < 3 % en cas d'utilisation systématique). Ils sont habituellement à base de chlorure de benzalkonium (Pharmatex®) ce qui leur donne des propriétés bactéricide et antivirale contre les agents des IST. Ils ont une action locale et ne passent pas dans la circulation sanguine ni dans le lait maternel (contrairement au monoxynol-9 contre-indiqué pendant l'allaitement). Il s'agit d'une contraception fréquemment utilisée dans le post-partum. Elle peut être associée au préservatif ou à la méthode MAMA pour améliorer l'efficacité contraceptive.

3- Les méthodes mécaniques :

- Le Dispositif Intra-utérin (DIU) au cuivre :

Il en existe plusieurs types en France, avec une surface plus ou moins grande en cuivre. C'est une méthode efficace, réversible et de longue durée. Selon l'OMS, en utilisation habituelle, on retrouve 0,6 % de grossesse à un an [10]. Durant la période de post-partum, il a longtemps été recommandé d'insérer les DIU deux mois après l'accouchement (moment de la visite post-natale). Actuellement, on le pose habituellement au-delà de la quatrième semaine de post-partum.

Certaines études ont démontré qu'il est envisageable de le poser 48 heures après la délivrance. Le risque d'expulsion est certes plus élevé (10 – 20 %) mais le risque d'infection, de perforation ou de métrorragies n'est pas augmenté. Ces risques ne sont pas majorés chez les femmes qui allaitent.

Le DIU au cuivre reste pour la période qui suit un accouchement, un moyen

Contraceptif efficace, peu coûteux, généralement bien toléré et sans problème d'observance. L'OMS décrit, après un an d'utilisation, un taux de continuation de 78 %.

4. Les méthodes hormonales :

-Les œstroprogestatifs : ils contiennent deux hormones de synthèse : un progestatif et un œstrogène (éthinyloestradiol).

-Les œstrogènes : ont une action sur trois sites : sur l'axe hypothalamo-hypophysaire : réalisent un blocage de la stimulation ovarienne en fonction du dosage hormonal, sur la glaire cervicale : laissent la glaire filante et donc permet le passage des spermatozoïdes, sur l'endomètre : provoquent une hyperplasie. La progestérone, qui agit sur les mêmes sites : réalise un blocage de l'axe hypothalamo-hypophysaire, agit sur la glaire, la rend opaque ce qui bloque le passage des spermatozoïdes, et sur l'endomètre : atrophie qui est impropre à la nidation. Plusieurs éléments sont à prendre en compte pour distinguer les différents types de contraceptifs : la dose d'œstrogènes, la nature du progestatif et la dose des hormones réparties au cours du cycle. En fonction du type de progestatif utilisé, on trouve les pilules de première, deuxième ou troisième génération. Pour le professionnel de santé, une précaution concernant les contre-indications s'impose avant toute prescription. En effet, il existe des contre-indications à l'utilisation d'œstroprogestatifs :

-Contre-indications absolues : accident thromboembolique type phlébite, accident vasculaire cérébral ou oculaire, anomalie de l'hémostase (thrombophilie), cardiopathies sévères emboligènes (coronaropathie ou valvulopathie), hypertension artérielle non traitée ou majeure, hyperlipidémie, hépatopathie grave, cancers hormono-dépendants, hémorragies génitales non diagnostiquées, tumeur hypophysaire, anémie à hématies falciformes, épilepsie (sauf sous Dépakine[®], Dépamide[®]), diabète non insulino-dépendant, otospongiose

-Contre-indications relatives : diabète non insulinodépendant, obésité, varices, tabac, port de lentilles de contact, intervention chirurgicales nécessitant un alitement plus ou moins prolongé, antécédents familiaux thromboemboliques, dépression, mastopathies bénignes.

-Les formes orales : Dans le post-partum, les formes normodosées (50 µg) sont contre-indiquées en raison des risques thromboemboliques qu'elles font courir. Ces risques sont moindres avec les minidosées (30 µg).

Pour les patientes n'allaitant pas et prenant un inhibiteur de la lactation, les œstroprogestatifs peuvent être débutés dès le 21^{ème} jour de post-partum (le lendemain de l'arrêt de la bromocriptine).

Pour celles qui ont choisi de nourrir leur enfant au sein, il n'est pas conseillé de débiter tout de suite une contraception oestroprogestative [16]. Une méta-analyse de la Cochrane Library, n'a pas permis de conclure que les œstrogènes n'affectaient pas la qualité et la quantité de lait. Ce type de contraception, ne touche pas les organes génitaux de l'enfant, ni sa fertilité.

Les progestatifs sont utilisés en cas de contre-indications aux œstroprogestatifs, ils sont moins bien tolérés cliniquement par rapport aux œstroprogestatifs.

-La contraception micro dosée orale :

Les progestatifs micros dosés : l'effet contraceptif est obtenu par action périphérique : atrophie de l'endomètre et épaissement de la glaire cervicale. Pour ces progestatifs, il existe une légère augmentation du risque de grossesses extra-utérines car ils inhibent le péristaltisme tubaire sans bloquer l'ovulation. La prise des comprimés est quotidienne, un décalage de trois heures maximum est autorisé, ce qui rend son utilisation contraignante.

Cérazette® a une action anti-ovulatoire par effet anti-gonadotrope et périphérique. Elle nécessite aussi une prise quotidienne mais avec un décalage ne tolérant pas plus de douze heures.

La tolérance pour les micros progestatifs est moyenne avec un risque de spottings, de syndrome prémenstruel, d'aggravation d'une acné préexistante, de kystes fonctionnels ovariens récidivants.

Il est donc indispensable d'informer les patientes de ces éventuels effets secondaires qui peuvent disparaître avec le temps ou persister. Les spottings constituent la première cause d'abandon de ces méthodes contraceptives. Il est pour cette raison fondamental d'informer les femmes de façon adéquate sur cela.

Dans le post-partum, la contraception progestative est la méthode de référence, notamment en cas d'allaitement maternel. Cette contraception ne majore pas le risque thromboembolique et ne modifie pas la qualité et la quantité de lait maternel. Elle peut être débutée rapidement après l'accouchement (classiquement le dixième jour du post partum) il faut juste attendre la chute du taux de progestérone permettant l'initiation de la lactogénèse.

-La contraception macro dosée orale :

Après l'accouchement, elle est contre-indiquée en raison de ses effets vasculaires et métaboliques. Les dérivés pregnanes (Lutényl®, Lutéran®) n'ont pas d'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) en contraception. Ils sont cependant utilisés du fait de leurs propriétés anti gonadotropes.

-Les progestatifs injectables:

Un progestatif de synthèse (médroxyprogestérone) est injecté en intramusculaire tous les trois mois. Pendant, douze semaines le produit assure une contraception constante.

Les formes non orales :

-le patch contraceptif : c'est un dispositif transdermique mince qui contient un œstrogène (20µg) et un progestatif de troisième génération [16]. Il peut s'appliquer sur la fesse, le haut du torse, l'abdomen ou le haut du bras (seule zone contre indiquée : le sein). Il est mis en place pour une semaine et cela trois semaines sur quatre. Des études ont montré que l'observance était plus élevée avec le patch qu'avec la contraception orale, et ce à tout âge. Chez la femme qui allaite, ce moyen de contraception doit être débuté six mois après l'accouchement (absence de données sur l'effet du patch et l'allaitement maternel)

- l'anneau vaginal : il délivre pendant trois semaines des œstrogènes (15µg) et un progestatif de troisième génération. L'anneau est enlevé au bout de trois semaines et un nouveau est inséré sept jours plus tard. L'efficacité contraceptive est comparable à celle des œstroprogestatifs oraux. Il n'existe pas d'études spécifiques concernant le post-partum, l'OMS émet donc les mêmes précautions que pour le patch.

-L'implant sous-cutané : Il possède le même mode d'action que Cérazette®. Il est mis en place pour une durée maximale de trois ans. Sa tolérance clinique est variable selon les femmes.

L'implant peut-être prescrit en post-partum immédiat avec les mêmes Recommandations que pour les progestatifs oraux. Cette méthode, prise en charge à 65% par la Sécurité Sociale, est intéressante pour les femmes en situation précaire, peu suivies, risquant de ne pas revenir à la visite postnatale ou celles soumises à des problèmes d'observance. Il pourra alors dans certains cas être posé avant la sortie de la Maternité.

Pour les patientes en surpoids (Indice de Masse Corporelle supérieur à 25) sa durée d'efficacité est réduite à deux ans.

-Le dispositif intra-utérin hormonal Mirena® :

La tolérance clinique du DIU hormonal est meilleure comparée à celle du DIU au cuivre. En effet, les troubles du cycle sont moins fréquents mais il existe un risque d'aménorrhée, de spotting ou de métrorragies pendant le temps d'adaptation qui peut durer trois à six mois. Son efficacité contraceptive est proche de 100 % et son taux de continuité est de 81 % à un an.

Selon l'HAS, les recommandations sont les mêmes que pour le DIU au cuivre, l'OMS quant à elle recommande d'attendre six semaines avant la pose du Mirena® en cas d'allaitement maternel.

Le stérilet est principalement perçu comme une méthode de contraception d'arrêt (quand le nombre final d'enfants souhaités est atteint) et non comme une méthode d'espacement des naissances.

6-LA CONTRACEPTION PAR LE DISPOSITIF INTRA UTERIN :

Il s'agit d'un dispositif inséré dans la cavité utérine assurant une contraception sur plusieurs années (5 à 10 ans en fonction du modèle)

Il existe deux catégories de contraceptifs intra-utérins :

- le DIU au cuivre ou dispositif intra-utérin.
- le DIU hormonal connu aussi sous le nom de système intra-utérin hormonal, SIU.

Chaque DIU est basé sur le même modèle, un axe vertical raccordé à deux bras flexibles au pôle supérieur et à un ou deux fils en nylon au pôle inférieur.

•HISTORIQUE

C'est Richard Richter qui décrit pour la première fois en 1909, à Waldeburg en Pologne, un dispositif intra-utérin à usage contraceptif (anneau en crin de Florence).

Deux dates sont à retenir dans l'histoire moderne des DIU :

– 1960 : découverte du polyéthylène, plastique biologiquement inerte et temporairement déformable.

– 1962 : DIU au fil de cuivre. L'adjonction du cuivre a permis d'augmenter l'efficacité des dispositifs intra-utérins tout en diminuant leur taille, d'où une pose plus facile et une tolérance améliorée. De très nombreux modèles de DIU inertes ou bioactifs au cuivre, à la progestérone ou au lévonorgestrel, firent ensuite leur apparition. Les dispositifs intra-utérins inertes ne sont plus que très exceptionnellement posés, essentiellement en cas de contre-indication rarissime au cuivre.

-Mécanisme d'action :

Hypothèses classiques : le dispositif intra-utérin, grâce aux modifications morphologiques et biochimiques qu'il entraîne, en particulier au niveau de l'endomètre, empêche l'implantation de l'œuf fécondé et, accessoirement, a un effet nocif direct sur le blastocyste. Cette perte de viabilité de l'œuf dans la cavité utérine ferait du dispositif intra-utérin une méthode abortive.

Hypothèses récentes : le dispositif intra-utérin aurait une action plus précoce dans le processus de la reproduction en altérant les spermatozoïdes et peut-être l'ovule, et en empêchant la fécondation (effet toxique des modifications cytologiques et biochimiques des fluides utérins et tubaires). Les implications, en particulier éthiques, de cette conception qui ferait du dispositif intra-utérin une méthode contraceptive et non plus abortive, sont évidentes.

6-1-DIU AU CUIVRE

Ce type de dispositif est composé d'un support en plastique radio opaque à bras latéraux flexibles ce qui permet sa visualisation par l'échographie aussi que la radiographie autour duquel s'enroule un fil de cuivre.

La surface de cuivre est de 375 ou 380 mm ; un fil de nylon attaché au support permet le contrôle de la présence du dispositif et le retrait ; plusieurs tailles sont disponibles afin de s'adapter à la hauteur de la cavité utérine.

Le cuivre a un effet toxique sur les gamètes à l'origine d'une altération des spermatozoïdes entraînant une inhibition de la fécondation

Le DIU agit également en provoquant une inflammation locale de l'endomètre qui empêche l'implantation dans l'utérus de l'ovocyte fécondé.

6-2-SYSTEME INTRA UTERIN HORMONAL :

Commercialisé sous le nom de MIRENA, il forme un T et mesure 3,2 cm de long et 3,2 cm de large, il est mis en place pour 5 ans.

Ce SIU est constitué de Lévonorgestrel, le réservoir hormonal possède une capacité de 52mg de LNG, la diffusion hormonale journalière est de 20 microg/24h.

Le mécanisme d'action du SIU repose sur les modifications suivantes :

-Épaississement de la glaire cervicale prévenant le passage cervical des spermatozoïdes.

-effet local du DIU sur l'endomètre et prévention de la prolifération de l'endomètre.

6-3DISPOSITIF INTRA UTERIN EN POST PARTUM :

Le DIU inséré en post partum constitue un moyen contraceptif efficace, généralement bien toléré et sans problème d'observation.

L'utilisation d'un DIU de cuivre ou de lévonorgestrel n'a pas d'impact sur le taux d'allaitement, la croissance et le développement de l'enfant. Les concentrations plasmatiques de lévonorgestrel après la pose du stérilet sont plus faibles que celles retrouvées à la suite de l'administration orale de lévonorgestrel contenu dans les contraceptifs oraux combinés, entraînant une exposition par le lait probablement négligeable pour le nourrisson.

Le DIU au cuivre est une contraception longue durée d'action non hormonale. Il n'a donc aucun impact sur le plan cardiovasculaire et il est parfaitement adapté aux patientes avec antécédents thrombo-emboliques veineux ou artériels (notamment en post partum

6-4-MODALITES D'UTILISATION :

6-4-1L'INSERTION :

6-4-1-1 LE CHOIX D'UN DIU :

Pour être bien suivie et bien acceptée, une méthode contraceptive doit être adaptée à chaque femme et choisie avec elle. Chacune est un cas unique avec ses antécédent médicaux, son mode de vie .Dans le domaine de la contraception, le fait de permettre aux personnes de choisir est associé à une plus grande efficacité ainsi qu'une meilleure utilisation des méthodes.

L'impact souligne également l'impact positif de l'accord du partenaire sur le suivi de la méthode et donc l'importance de considérer le couple dans la démarche contraceptive

-L'aide au choix peut s'inscrire dans une démarche de conseil et d'accompagnement de la personne qui favorise l'expression de son choix. D'une part, il repose sur des bases d'empathie envers la personne, de respect envers sa sexualité, ses sentiments, son attitude et ses besoins ; et d'autre part il engage le médecin à conserver le maximum de neutralité vis à vis des démarches abordées et des informations fournies

-En pratique, le modèle BERCER de l'OMS propose le déroulement de la consultation et du suivi en 6 étapes : Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication et Retour. Chacune peut être plus ou moins approfondie selon la personne et selon les besoins du moment.

- **Bienvenue** : Temps d'accueil de la consultante ; le soignant se présente, assure de la confidentialité des entretiens et explique le rôle, les objectifs et le déroulement possible de la ou des consultations.

- **Entretien** : Temps de recueil d'information et d'expression de la femme sur les raisons de sa visite, ses sentiments, ses besoins, ses souhaits et ses doutes : ce moment est propice à l'élaboration d'un diagnostic éducatif partagé.

- **Renseignement** : Délivrance d'une information claire, hiérarchisée et sur mesure. Il est essentiel que le professionnel s'assure de la bonne compréhension des informations concernant les méthodes qui intéressent la consultante ou qui pourraient lui être proposées : mode d'emploi, efficacité en pratique courante, contre-indications, avantages, inconvénients, risques graves (même exceptionnels), coût.

- **Choix** : Le professionnel souligne que la décision finale appartient à la consultante. Pour l'aider à choisir, il peut l'inciter à réfléchir sur sa situation de famille, sur ses préférences (et celles de son partenaire), sur les bénéfices et les risques des différentes méthodes, et sur les conséquences de son choix. Le soignant s'attache également à faire réfléchir la femme sur la possibilité qu'elle a, compte tenu de sa situation et de son parcours, de respecter la méthode contraceptive. Il s'assure au final qu'elle a pris une décision précise.

- **Explication** : Discussion autour de la méthode choisie et de son emploi : démonstration (au mieux, apprentissage avec manipulation par la consultante elle-même) ; réflexion sur les possibilités d'établir une prise de la pilule en routine, information sur les effets secondaires et la conduite à tenir, renseignements sur les possibilités de rattrapage en cas

de problème (indiquer les lieux et les conditions dans lesquels la femme peut se procurer une contraception d'urgence). La délivrance de documents écrits peut représenter une aide. Enfin, les raisons médicales qui peuvent justifier le retour de la consultante sont abordées.

- **Retour** : Les consultations de suivi sont l'occasion de réévaluer la méthode et son utilisation, de vérifier qu'elle est adaptée à la personne et que celle-ci en est satisfaite. Elles constituent une opportunité pour discuter un changement de méthode. Cette phase prendra en compte les modifications des conditions médicale, personnelle, affective et sociale. À partir de 35-40 ans, il est recommandé de réévaluer l'adéquation de la méthode contraceptive utilisée en raison de l'augmentation des facteurs de risque cardio-vasculaire et de l'évolution des contre-indications avec l'âge.

-Malgré les fausses idées concernant le DIU (appelé stérilet donc il peut rendre stérile), rien n'empêche de le présenter à toute femme désireuse d'une contraception. L'angoisse liée à la taille ou le matériel de pose persiste, il est donc important de dédramatiser et de montrer à la patiente les détails du matériel utilisé.

En ce qui concerne le choix entre le modèle en cuivre ou hormonal, il faut Prendre en compte les effets indésirables, la parité, les désirs de la patiente.

Le DIU au cuivre présent sous forme standard ou short, dont la dernière peut être posée sans contrainte chez la nullipare.

Le SIU au levonorgestrel n'est commercialisé que sous une forme standard, ce qui peut rendre sa pose délicate chez la nullipare.

6-4-1-2 : LE DEROULEMNT DE LA CONSULTATION :

-AVANT LA POSE :

Lorsque la pose est envisagée, une grossesse, une maladie inflammatoire Pelvienne et une grossesse extra utérine doivent être écartées ; la recherche d'infection à Chlamydia Trachomatis et Nesseria Gonorrhée est recommandée avant la pose en présence de facteurs de risque infectieux La pose est également précédée d'un examen gynécologique pour estimer la taille, la forme et la position de l'utérus.

Le GELD (groupe d'élaboration des lignes directrices) a déterminé que l'administration d'une antibioprophylaxie lors de la pose d'un DIU n'apportait que peu voire pas de bénéfices pour les femmes à faible risque d'IST.

Ces recommandations s'appliquent aux femmes en bonne santé ; les femmes présentant des affections justifiant une antibioprophylaxie pour les actes invasifs (atteinte des valves cardiaques) peuvent nécessiter une telle prophylaxie pour la pose d'un DIU.

-LE MOMENT DE LA POSE :

Un DIU peut être posé à tout moment s'il est déterminé que la femme n'est pas enceinte :

-En post partum qu'elle soit allaitante ou non y compris les femmes venant de subir une césarienne ; le DIU peut être posé dans es 48 h après l'accouchement et notamment après l'expulsion du placenta .en cas de césarienne le DIU peut être posé après l'expulsion du placenta avant de renfermer l'utérus.

-Après un avortement : un DIU peut être posé après un avortement au cours du premier ou du deuxième trimestre de grossesse.

- Dans les 7 jours suivant le début des règles : aucune protection contraceptive n'est nécessaire dans ce cas.
- Plus de 7 jours après le début des règles : il faut être certain que la femme n'est pas enceinte en effectuant un dosage du β HCG plasmatique, en plus la patiente doit s'abstenir de toute relation sexuelle ; on utilise une contraception supplémentaire pendant les 7 jours suivants

-LA POSE :

La pose du DIU se réalise sur une patiente en position gynécologique. Avant tout, il faut faire un toucher vaginal pour s'informer sur la taille ainsi que la position de l'utérus.

Par la suite, un speculum est mis en place ; le col et les parois doivent être désinfectés à l'aide d'un antiseptique (Bétadine) pendant au moins une minute.

La pince de Pozzi est placée sur la lèvre antérieure du col pour tracter l'utérus et obtenir son alignement dans le bon axe.

L'hystérométrie est bien conseillée, elle permet de déterminer la profondeur et la direction de l'utérus.

L'inserteur est introduit doucement jusqu'au fond utérin (sensation de butée), le dispositif est libéré par la suite.

L'inserteur est retiré en fonction du modèle, les fils sont coupés à 1 cm de l'orifice externe du col après vérification de la bonne position.

-APRES LA POSE :

Le spotting ou les saignements légers sont courants pendant les 3 à 6 premiers mois d'utilisation du DIU, ce phénomène n'est pas préjudiciable et diminue avec le temps mais il convient d'exclure des problèmes gynécologiques si la clinique est évoquée.

Si les saignements deviennent importants avec apparition d'un retentissement général (anémie), ou si la femme les trouve inacceptables ; il faut retirer le DIU.

A noter qu'il a été démontré que la prise d'anti inflammatoire non stéroïdien (AINS) en traitement court n'a aucune incidence sur l'efficacité des dispositifs intra-utérins au cuivre.

L'OMS souligne la prudence et le suivi à adopter en cas de traitement anti-inflammatoire au long cours (le risque de moindre efficacité n'est pas démontré par la littérature mais il existe des risques infectieux et hémorragiques potentiels).

6-4-1-3 LE SUIVI :

Une visite de suivi est recommandée après les premières règles ou 3 à 6 semaines après la pose.

L'objectif de la première consultation de suivi est de s'assurer que le DIU est bien toléré, qu'il n'a pas été expulsé et que sa pose n'a pas provoqué d'inflammation pelvienne. Il est conseillé de revenir à tout moment pour parler des effets secondaires ou d'autre problème.

Le GELD a conclu que les visites devraient au minimum inclure des conseils pour faire face à des problèmes tels que les effets indésirables, utiliser correctement la méthode contraceptive et se protéger des IST.

Des évaluations supplémentaires peuvent se justifier comme par exemple un examen pelvien à la recherche d'un éventuel déplacement du DIU.

Une échographie pelvienne peut être faite mais elle n'est pas systématique, elle permet de s'assurer du positionnement fundique du dispositif.

Les éventuels signes d'alerte de consultation en urgence sont :

- les douleurs.
- les leucorrhées inhabituelles.

- les métrorragies.
- les aménorrhées avec un DIU au cuivre.

6-4-1-4 LE RETRAIT DU DISPOSITIF :

Il est recommandé de retirer le CIU au moment des menstruations ou juste après, à cette période le col est légèrement ouvert. Le retrait est en règle générale indolore et se réalise par simple traction à condition que les fils soient visibles et accessibles sous speculum.

Lorsque les fils sont introuvables, il est indispensable de réaliser une échographie ou radiographie pelvienne afin de s'assurer de la présence intra-utérine du dispositif radio opaque. Le retrait, en cas d'absence de fil, se fait avec l'aide d'instruments spécialisés (sonde de Novak, pince de Terrhun, extracteur de Rozenbuam, Retrievette). Il ne faut pas hésiter à réaliser une hystéroscopie en cas de retrait difficile, au bloc opératoire, sous anesthésie.

6-5-1'EFFICACITE :

L'indice de Pearl évalue l'efficacité d'un système contraceptif. Il correspond au nombre de grossesses "accidentelles" sur un an d'utilisation de la méthode contraceptive pour 100 femmes. Il s'exprime en pourcentage année femme. L'indice de Pearl du DIU est estimé entre 0,6 (utilisation optimale) et 0,8 (pratique courante). Celui du SIU est égal à 0,2 avec un taux d'échec cumulatif de 0,7% à 5 ans. Il n'y a pas de différence significative d'efficacité contraceptive entre le DIU au cuivre de surface supérieure à 250 mm² et le SIU au lévonorgestrel.

Le DIU au cuivre est efficace immédiatement après sa pose et pour une durée estimée entre 4 et 10 ans en fonction des types de dispositifs utilisés.

Il est recommandé de poser le SIU dans les sept premiers jours du cycle, on estime qu'à ce moment là une protection post-coïtale est assurée. En cas d'insertion plus tardive, il est fortement conseillé d'associer un autre moyen contraceptif, type préservatif masculin, dans les sept jours suivant l'insertion. Le SIU hormonal est efficace pendant une durée de 5 ans.

7-LES INDICATIONS :

Le dispositif intra utérin est une méthode contraceptive de première intention, considéré comme efficace, de longue durée d'action et par laquelle aucun risque de cancer ni de maladie cardiovasculaire n'est établi.

-Par contre, le dispositif intra utérin ne protège pas contre les infections sexuellement transmissibles.

-le recours à cette méthode contraceptive permet de s'exonérer des contraintes liées à l'observance de la prise.

-Le dispositif intra utérin au cuivre est proposé à toute les femmes quelque soit la parité (nullipare comprise) une fois que les contre indications à la pose, les risques infectieux, le risque de grossesse extra utérine et les situations à risque ont été écartés.

-Avant 20 ans l'OMS considère que les avantages de cette méthode de contraception l'emportent sur les risques théoriques ou avérés ;tout en rappelant les risques d'expulsion chez les nullipares ,les risques des infections sexuellement transmissibles et les risques de salpingite pouvant être responsables de stérilité tubaire .

-Concernant le dispositif intra utérin au Levonorgestrel, il n'est pas recommandé en première intention chez la nullipare du fait de ses grandes dimensions ; par contre, il est proposé aux femmes qui ont accouché au moins une fois .Il est prescrit également en cas de ménorragies

fonctionnelles après avoir recherché et éliminé les causes organiques possibles

8-LES CONTRES INDICATIONS :

8-1 ABSOLUES :

Les contres indications absolues à la pose d'un DIU définies par l'OMS sont :

- Toute grossesse suspectée ou avérée.
- Infection puerpérale en post partum.
- En post abortum : immédiatement après un avortement septique.
- Maladie inflammatoire pelvienne en cours.
- Tuberculose genito urinaire avérée.
- Saignement vaginal inexpliqué.
- Maladie trophoblastique gestationnelle maligne.
- Cancer du col utérin et de l'endomètre.
- Toute anomalie anatomique utérine congénitale ou acquise entraînant une déformation de la cavité utérine de telle sorte qu'il est impossible d'y insérer un DIU.
- Fibrome uterin avec déformation de la cavité utérine.
- Hypersensibilité au cuivre ou à l'un des composants du dispositif.
- Le dispositif au Levonorgestrel ne doit pas être utilisé en cas de présence de l'une des situations listées ci-dessous :
 - Grossesse suspectée ou avérée.
 - Maladie inflammatoire en cours, récente ou récidivante (pelvipéritonite, endometrite, salpingite) ou affections associées à un risque accru d'infections pelviennes.
 - Endométrite du post partum.
 - Antécédents d'avortement septique au cours des trois derniers mois
 - Saignement vaginal anormal d'étiologie inconnue.

- Anomalie congénitale ou acquise de l'utérus
- Affection maligne du col ou du corps utérin.
- Tumeurs sensibles aux progestatifs par exemple : cancer du sein
- Affection hépatiques aiguës ou tumeurs hépatiques.
- Hypersensibilité au Levonorgestre ou à l'un des composants du dispositif.
- Accidents thromboemboliques veineux évolutifs.
- Le post partum entre 48h et 4 semaines

8-2 RELATIVES :

Les contres indications relatives se résument à :

- Haut risque de salpingite.
- sténose cervicale.
- Haut risque d'infections sexuellement transmissibles.
- Dysménorrhé, ménorragie, anémie si DIU au cuivre.
- Coagulopathie, traitement anticoagulant.

8-3 TRANSITOIRES :

Jusqu'à guérison :

- Vaginite.
- Cervicite (à Chlamydia ou à Gonocoque).
- Dysplasie cervicale.
- Diabète non équilibré.

9- COMPLICATIONS :

1-INFECTIION :

Les fils des CIU ont quasiment toujours été incriminés dans les cas d'infections. En effet, autrefois, ils étaient composés de plusieurs brins et de ce fait, ils permettaient aux germes de remonter jusque dans l'utérus provoquant des infections pelviennes. Puis, la composition des

fil a changé. Les opérateurs ont alors été mis en cause dans l'apparition d'infections, le CIU ne représentant plus un facteur de risque.

L'apparition d'une infection représente une des complications la plus grave et à laquelle on pense en premier avec un contraceptif intra-utérin. Le premier mois suivant l'insertion constitue la période où le risque infectieux est le plus élevé. De part son fonctionnement, le CIU est la méthode contraceptive la plus à même de provoquer des infections telle qu'une salpingite, une endométrite, une pelvipéritonite.

Le risque infectieux est fortement lié au mode de vie sexuelle de la patiente. En effet, on note un taux d'infection plus important chez les femmes ayant de multiples partenaires sexuels. Ces infections peuvent avoir un impact important sur la fertilité des femmes.

D'après l'OMS, la pose de CIU est autorisée chez les femmes ayant comme antécédent une maladie inflammatoire pelvienne type salpingite, à condition d'attendre minimum 3 mois après la fin de l'infection pelvienne pour poser le CIU.

En cas de retrait de CIU, en particulier à cause de douleurs, suite à une suspicion de maladie inflammatoire pelvienne (MIP), il est indispensable d'éliminer tous les critères cliniques d'une infection. Si la patiente se plaint de douleurs constantes sans aucun autre symptôme, le CIU peut être retiré mais sa mise en culture n'a pas d'utilité diagnostic. En effet, il n'est pas rare que les CIU soient colonisés sans qu'il n'y ait pour autant une infection.

Quoiqu'il en soit, il est important de respecter scrupuleusement les contre-indications au CIU, une asepsie rigoureuse au moment de la pose et un suivi régulier des femmes.

2-LA PERFORATION :

Il s'agit d'un accident rare survenant pendant l'insertion, après ou à distance de la pose

La perforation est favorisée par :

- l'inexpérience ou la maladresse du médecin.
- La sténose cervicale, les déviations utérines accentuées ou un utérus fragile (hypoplasie, césarienne ou myomectomie antérieure, post partum).

Pour éviter cette complication redoutable, il faut choisir un DIU bien adapté à chaque femme, respecter la technique de pose et la pratiquer avec douceur sans jamais forcer au moment de l'insertion.

3-GROSSESSE EXTRA UTERINE :

Le risque important de GEU fait parti des nombreuses idées reçues concernant les CIU. D'après l'OMS, ce risque est extrêmement faible, mais lorsque qu'une femme est enceinte alors qu'elle porte un CIU, la probabilité relative d'une GEU est alors augmentée.

Pour J. Guillebaud : « Toute utilisatrice de DIU avec un retard de règles et une douleur pelvienne est une GEU jusqu'à preuve du contraire. »

L'incidence de GEU chez les utilisatrices de DIU est de l'ordre de 0,02 pour 100 femmes par an alors qu'elle varie de 0,3 à 0,5 pour 100 femmes n'utilisant pas de contraception.

Il est important de prendre en compte 3 notions concernant les GEU sous CIU :

- Il faut éviter la pose de CIU chez les patientes présentant un haut risque de GEU (rappelons les facteurs de risque de la GEU : antécédent d'infection génitale, antécédent de plastie tubaire, exposition au diéthylstilbestrol, consommatrice de tabac, antécédent de GEU).

- Une information claire doit être donnée aux patientes lors de la présentation du CIU quant au risque de GEU.

- Devant toute femme porteuse de CIU, il faut toujours penser à la GEU d'autant plus si elle décrit un retard de règles, des douleurs pelviennes ou des métrorragies.

4-EXPULSION :

L'expulsion concernerait environ 1 à 5% des patientes lors de la première année d'utilisation. Cette expulsion n'est pas grave en soi mais si elle est méconnue, elle expose à des risques importants de grossesses non désirées. L'expulsion du CIU peut passer inaperçue au moment des règles notamment chez les nullipares porteuses d'un DIU au cuivre. Elle s'accompagne de crampes et de contractions utérines. On peut noter les éléments suivants comme étant en cause dans les cas d'expulsion :

- le type de DIU choisi, qui, s'il n'est pas adapté à la patiente sera plus facilement expulsé ou déplacé.

- la forme de l'utérus (présence de malformation, anté ou rétroversion).

- le moment de l'insertion (au début des règles, l'activité contractile est importante et le col est ouvert).

- l'habileté du professionnel qui pose le CIU (posé trop bas par peur d'une perforation).

On peut également émettre l'hypothèse d'un taux d'expulsion plus important chez les grandes multipares ou chez les femmes présentant une béance cervicale.

5-ECHEC DE CONTRACEPTION :

Le risque de grossesse est faible mais une grossesse confirmée impose le retrait du DIU tant que les fils sont facilement accessibles. -Il faut expliquer à la patiente qu'elle est exposée à un risque accru de fausse couche au cours du 1^{er} et 2^{ème} trimestre et notamment d'avortement septique .Le retrait du DIU réduit ces risques même si l'acte en lui-même comporte un faible risque de fausses couches.

6- DOULEUR :

Elle constitue un frein pour la pose du DIU selon les patientes, la pose peut être difficile et douloureuse chez les nulligestes et les patients ayant plusieurs césariennes.

Pour réduire la douleur, l'anti inflammatoires non stéroïdiens peuvent être prescrit ; notamment en 2006, il était clairement démontré que les AINS qu'ils soient pris à long terme ou occasionnellement ne constituent pas un facteur d'échec de la contraception par DIU au cuivre et ne sont pas donc contre indiqués, au contraire ils peuvent constituer une aide médicamenteuse pour lutter contre les dysménorrhées classiquement induites par les DIU au cuivre chez certaines patientes.

7- SAIGNEMENTS ANORMAUX :

Avec un DIU au cuivre, il est possible que les menstruations deviennent plus abondantes. On peut noter une augmentation du flux menstruel de 65% par rapport à une femme sans DIU. La mise en place

du DIU provoque des micro-traumatismes au niveau de la muqueuse endométriale auxquels s'ajoutent des phénomènes de vasodilatation, de modification de la perméabilité capillaire, de diminution de l'agrégabilité capillaire (par action de PgE2). Le volume des saignements est amené à diminuer avec le temps mais cet effet est néanmoins responsable de près de 20% d'abandon après 5 ans. Ces abandons peuvent constituer une bonne indication à la pose d'un SIU cette fois-ci.

La prise d'anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) est. En effet, les AINS (type naproxène, suprofène, acide méfénamique, ibuprofène, indométacine, acide flufénamique, alclofénac et diclofénac) se montrent plutôt efficaces pour diminuer la perte de sang menstruel jugée abondante.

Avec un SIU au LNG, les cycles peuvent être plus difficiles à repérer, des spotting peuvent apparaître ou une aménorrhée dès la pose peut être observée.

En revanche, tous saignements jugés anormaux par la patiente doivent l'amener à consulter en urgence afin de s'assurer qu'ils ne soient pas le témoin d'une infection ou d'une autre complication.

DEUXIEME PARTIE : L'ENQUETE

1 MATERIEL ET METHODE :

1.1 Objectifs et hypothèses de recherche :

Un état des lieux des pratiques contraceptives dans la population étudiée a été dressé, les hypothèses sont les suivantes :

- La pilule reste la principale méthode de contraception utilisée.
- Les différents moyens de contraception ne sont pas tous connus des femmes.
- La consultation gynécologique est encore trop redoutée, les femmes ne sont peut-être pas ouvertes aux propositions ou au dialogue.
- Les patientes ne sont peut-être pas prêtes à essayer de nouvelles méthodes de contraception.

Le changement de contraception est rare.

Concernant le DIU, les hypothèses sont :

- Le niveau d'études peut rentrer en compte dans l'accès à l'information (et en particulier chez les femmes faisant partie du corps médical.)
- Les femmes ont déjà entendu parler du DIU.
- Mais elles ont beaucoup de préjugés, d'idées reçues.
- Les femmes ne sont pas assez renseignées sur le contraceptif intra-utérin.
- Il y aurait une méconnaissance des femmes sur les avantages et inconvénients de la contraception intra-utérine.

1.2 Matériel d'étude :

1.2.1 Le questionnaire :

Pour cette étude, 50 cas ont été étudiés à l'aide de questionnaires anonymes comportant 32 questions (Annexe 1).

Le questionnaire regroupe quatre temps :

- le profil de la patiente : questions 1 à 4.
- le point sur la contraception en général, en évaluant l'estimation des connaissances des femmes, leur satisfaction : questions 5 à 11.
- l'évaluation de leurs connaissances sur le CIU : questions 12 à 28.
- l'avis des femmes sur le DIU et le choix de la contraception en post partum : questions 29 à 32.

1.2.2 La population étudiée :

Les critères d'inclusion englobent donc les primipares parmi eux les hospitalisées en suites de couches entre J1 et J, quelque soit leur âge. En effet, entre J1 et J2, les femmes n'ont pas encore reçu les conseils de sortie incluant l'information sur la contraception.

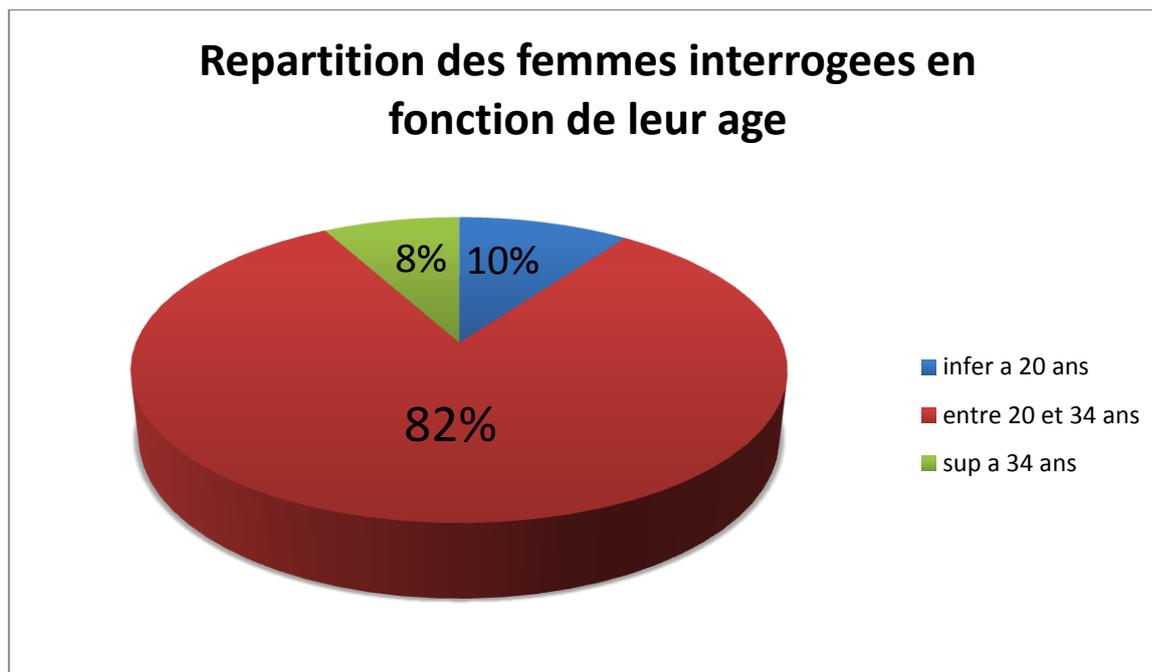
2-Résultats :

2.1 Taux de participation :

Sur les 50 questionnaires distribués, 50 ont été récupérés et exploitables. Le taux de participation est donc de 100%. Ce taux élevé s'explique par le fait que les questionnaires étaient distribués et remis en mains propres, ce qui facilitait le suivi de l'étude.

2.2 Identification de la population :

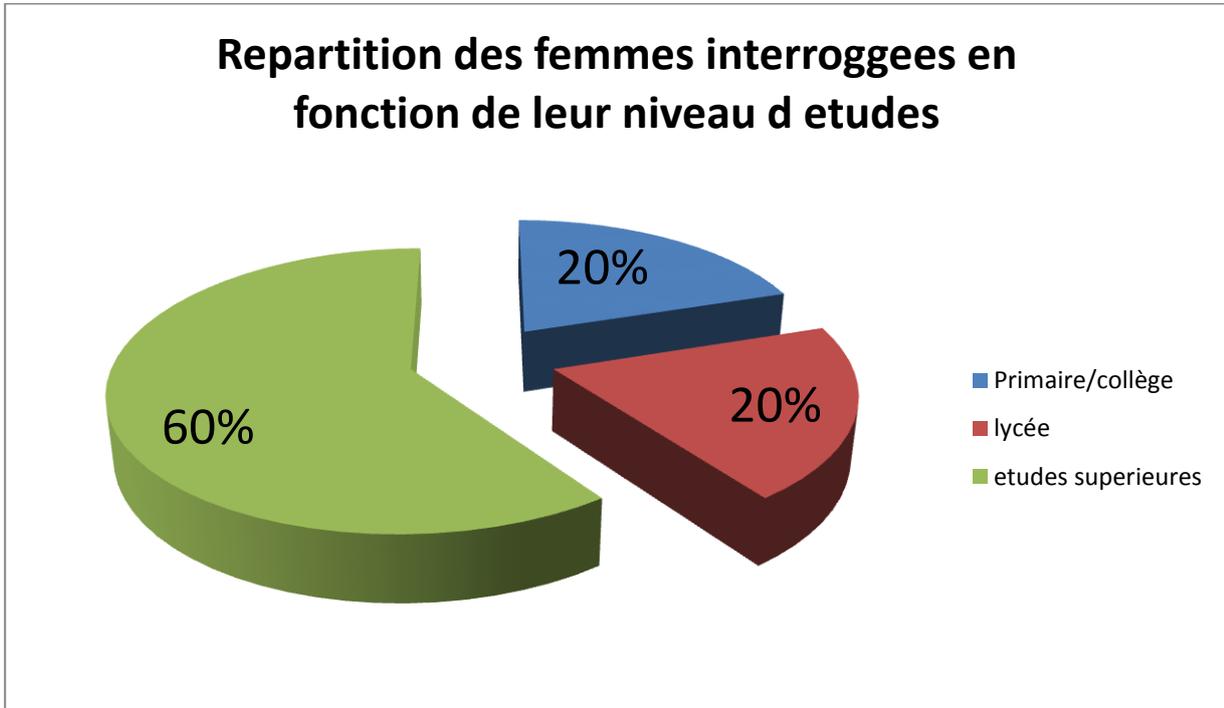
2.2.1 Age



3 tranches d'âge étaient représentées dans le questionnaire.

82% des primipares se situent entre 20 et 34 ans.

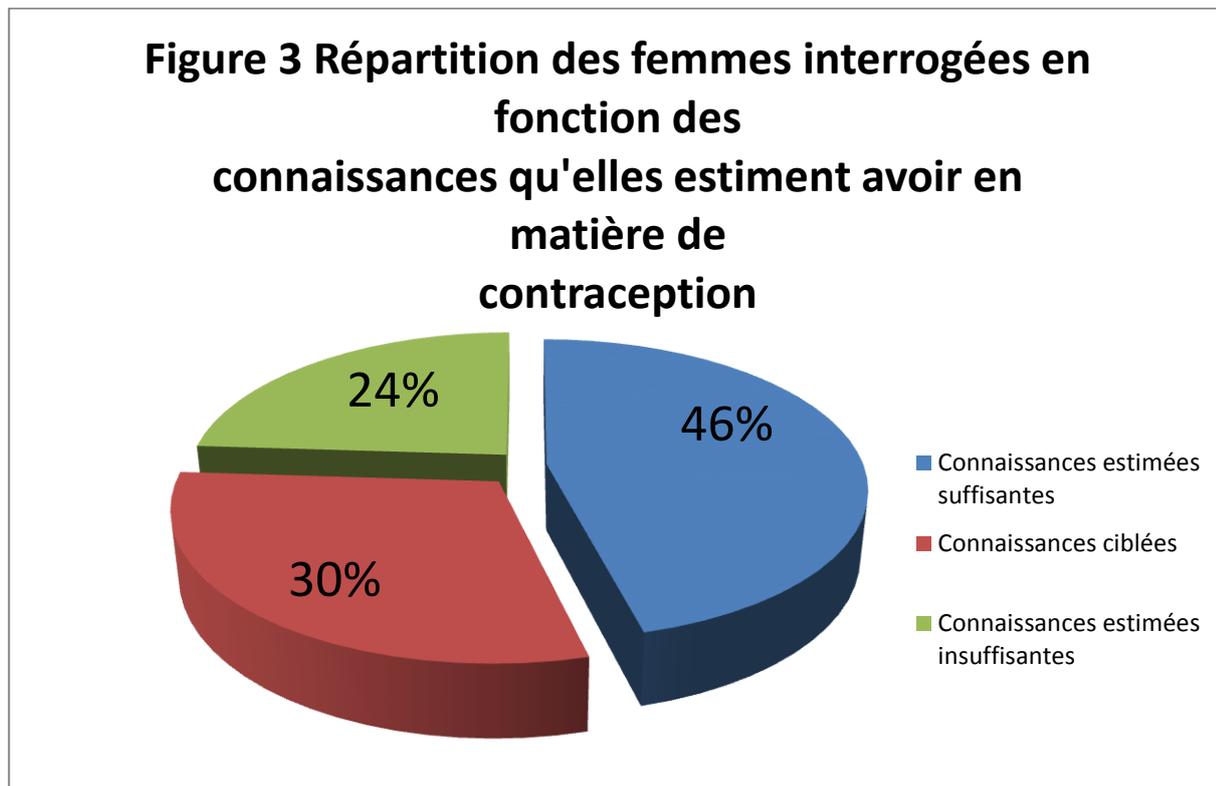
2.2.2 Niveau d'étude :



60% des patientes interrogées ont majoritairement un niveau d'études supérieures.

2.3 La contraception en général :

2.3.1 Connaissances sur la contraception :



30% des femmes estiment en connaître suffisamment sur les moyens de contraception qui les intéressent.

46% pensent avoir une bonne connaissance sur la contraception en général.

24% avouent ne pas être assez informée

Les deux questions suivantes permettaient de comparer les types de contraception connus avec ceux utilisés.

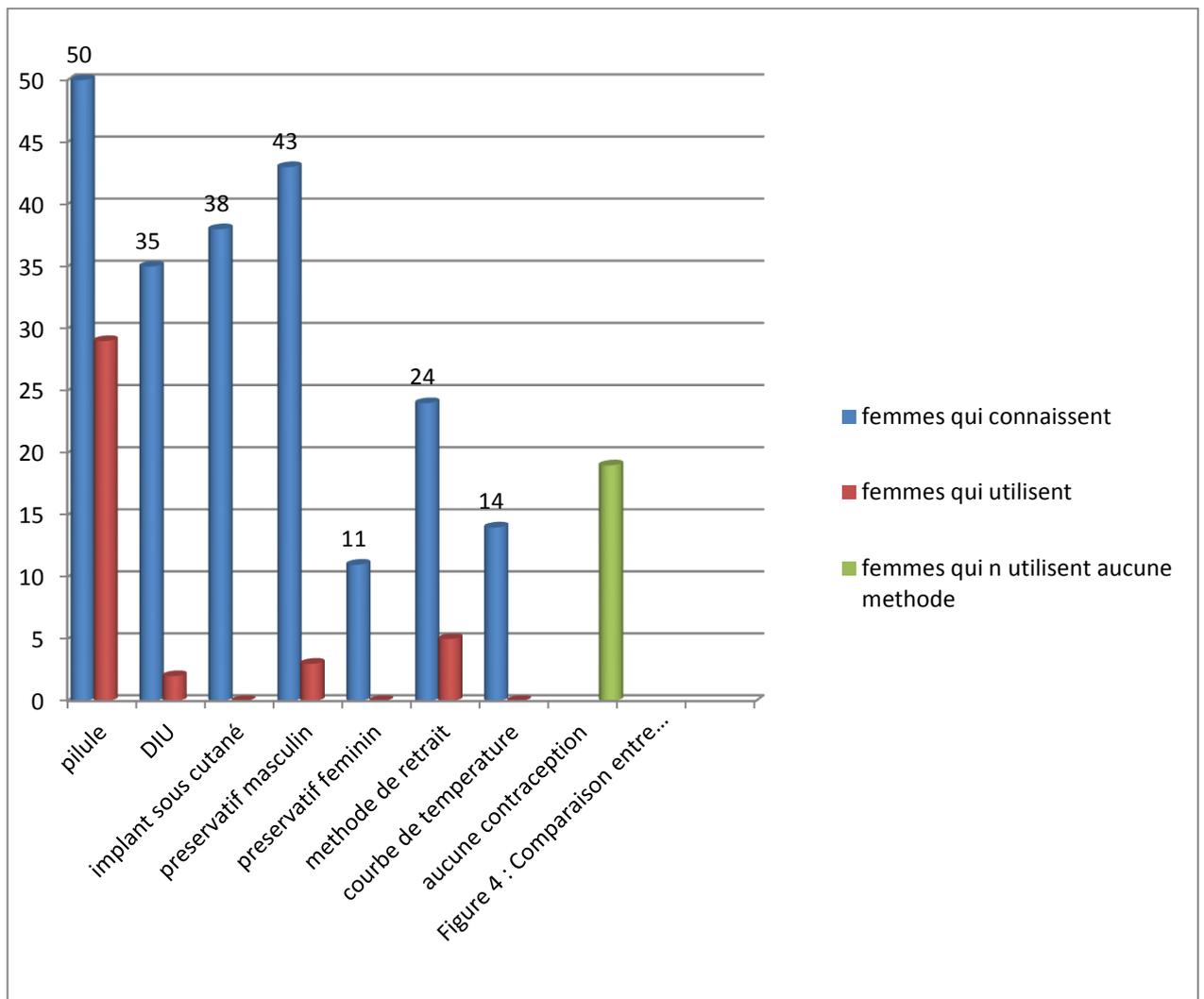
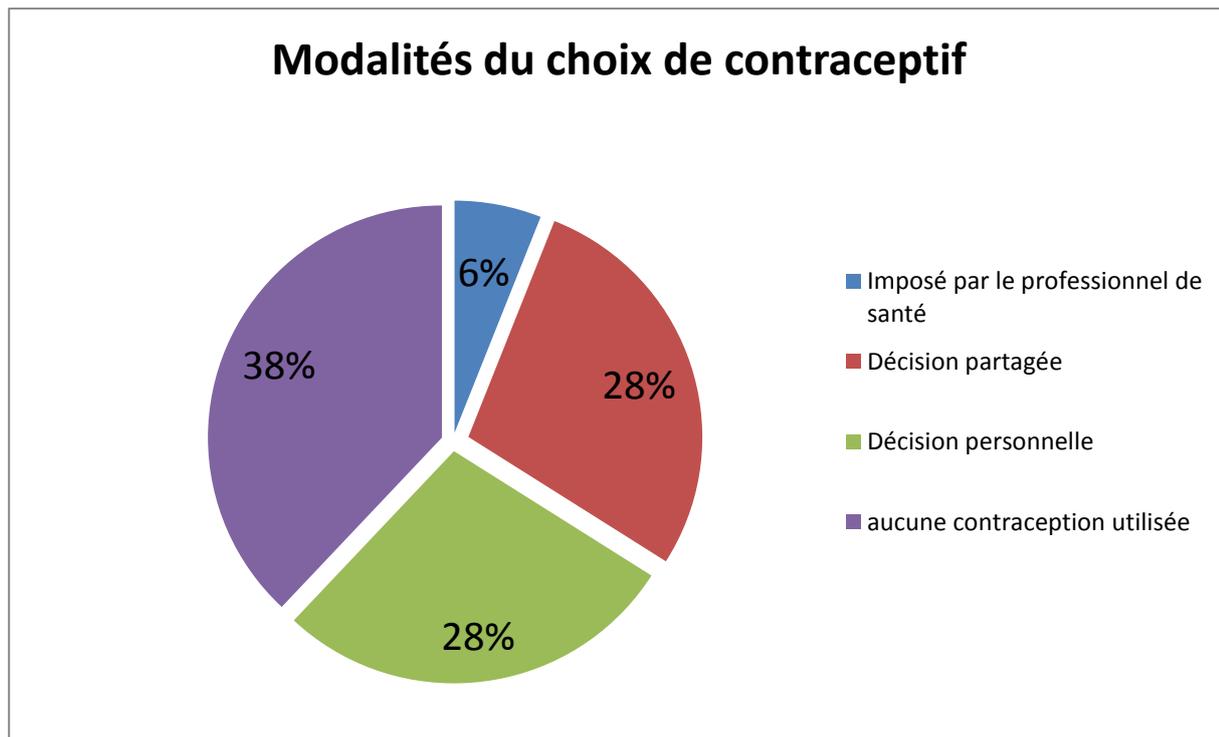


Figure 4 : Comparaison entre l'estimation des connaissances des femmes Concernant les différents modes de contraception et l'utilisation de ces méthodes respectives

L histogramme présenté ici permet de comparer le nombre de femmes estimant connaître une méthode de contraception avec le nombre de femmes déclarant l'avoir déjà utilisé.

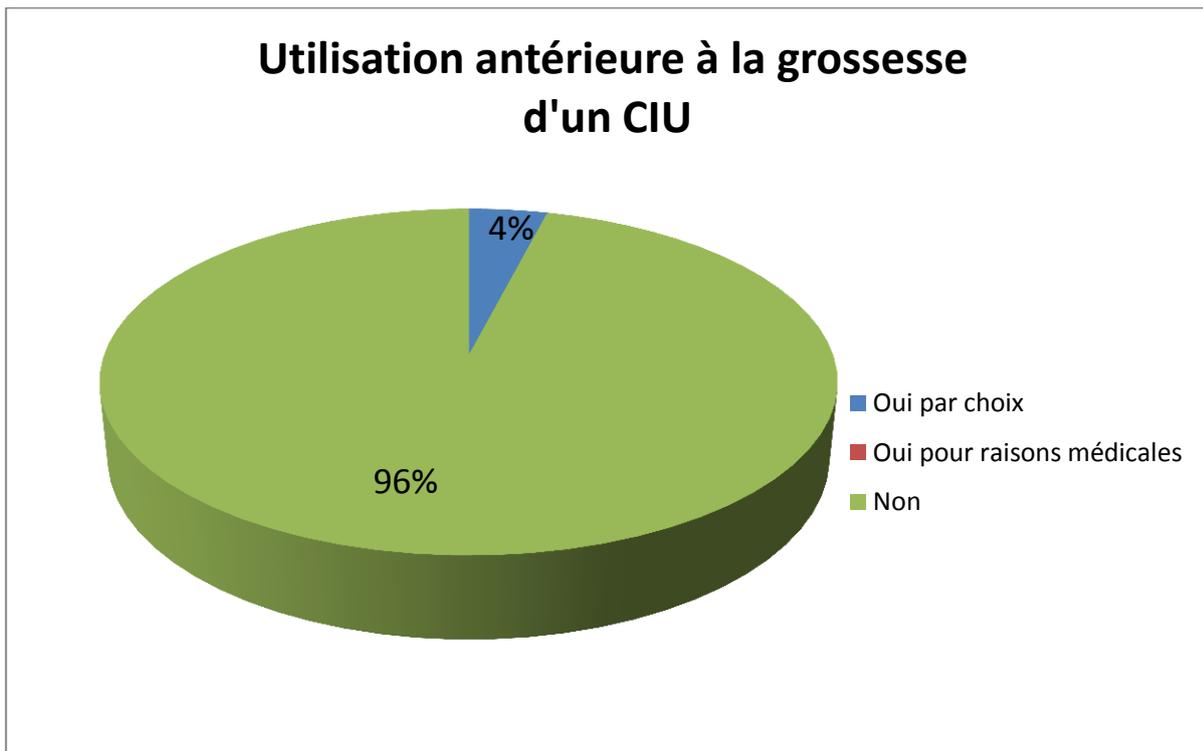
Ainsi nous pouvons noter les données suivantes :

- Les femmes estiment en moyenne connaître les différents modes de contraception disponibles en Algérie.
- La pilule oestroprogestative est une des méthodes les plus connues et reste la méthode la plus utilisée.



- le professionnel a prescrit la contraception qu'il jugeait adaptée dans 6% des cas ;
- la prescription s'est faite après discussion afin d'éclairer le choix de la patiente dans 28% des cas ;
- la patiente savait déjà ce qu'elle voulait dans 28% des cas.
- 38% des femmes n'utilisent aucune contraception.

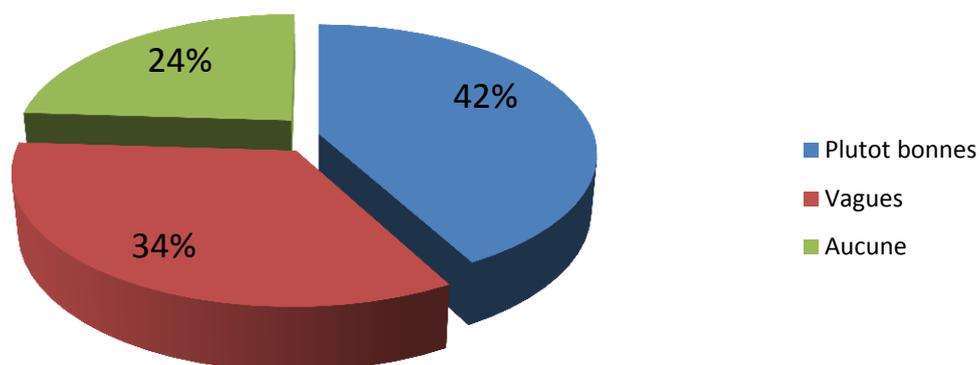
2.4 Le contraceptif intra-utérin ou stérilet



Seulement 2 soit 4% des femmes interrogées ont eu recours à la contraception par DIU avant leur première grossesse. Pour ces deux femmes, le port d'un DIU était par choix et non pour raisons médicales.

96% des femmes nullipares n'ont pas utilisé de DIU avant leur première Grossesse.

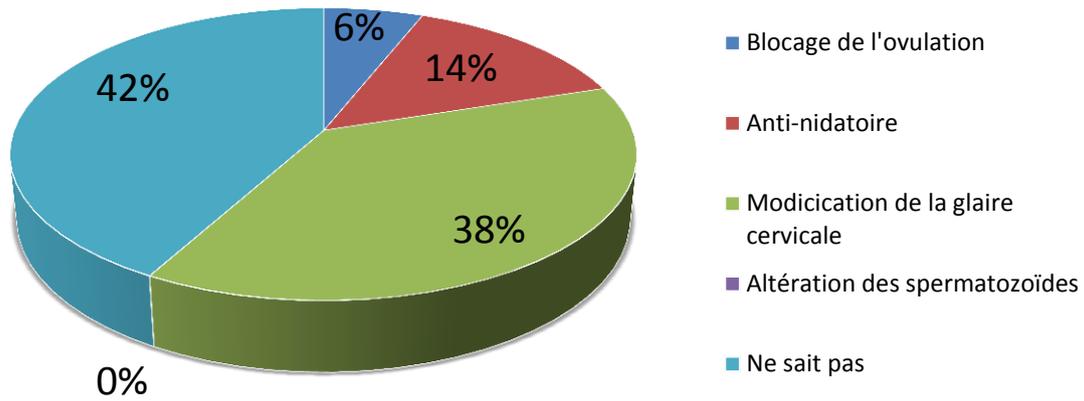
Estimation par les femmes de leurs connaissances sur le CIU



Les résultats montrent que 42% des femmes interrogées estiment connaître bien le DIU

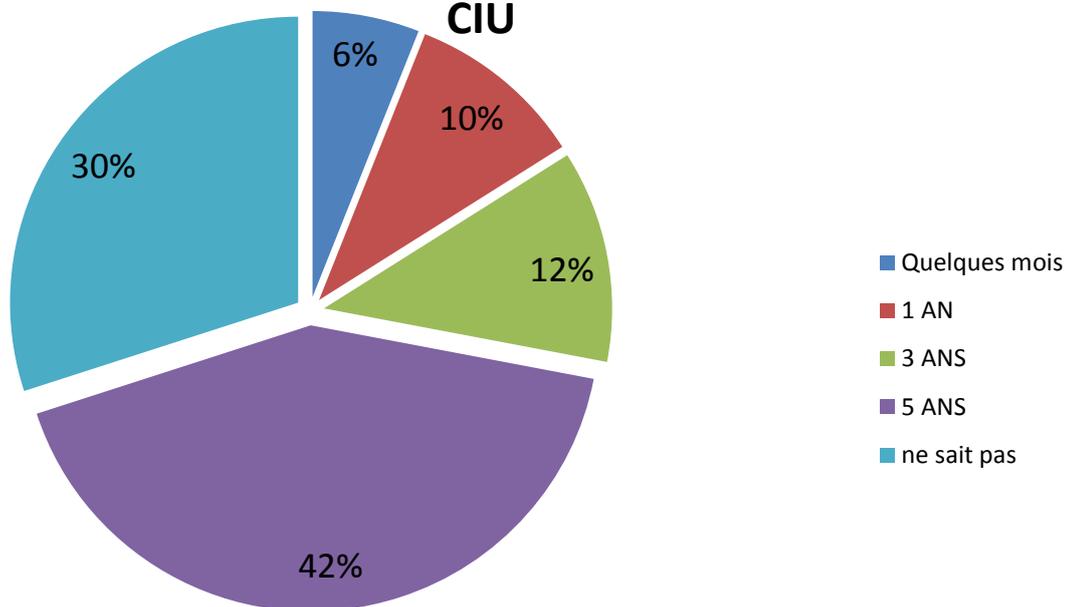
La suite du questionnaire est composée d'une série de questions concernant le fonctionnement et l'utilisation spécifique du CIU. Ces questions permettent d'évaluer précisément les connaissances des femmes et de mettre en évidence les idées fausses et les freins à l'utilisation du CIU.

Mode d'action d'un CIU



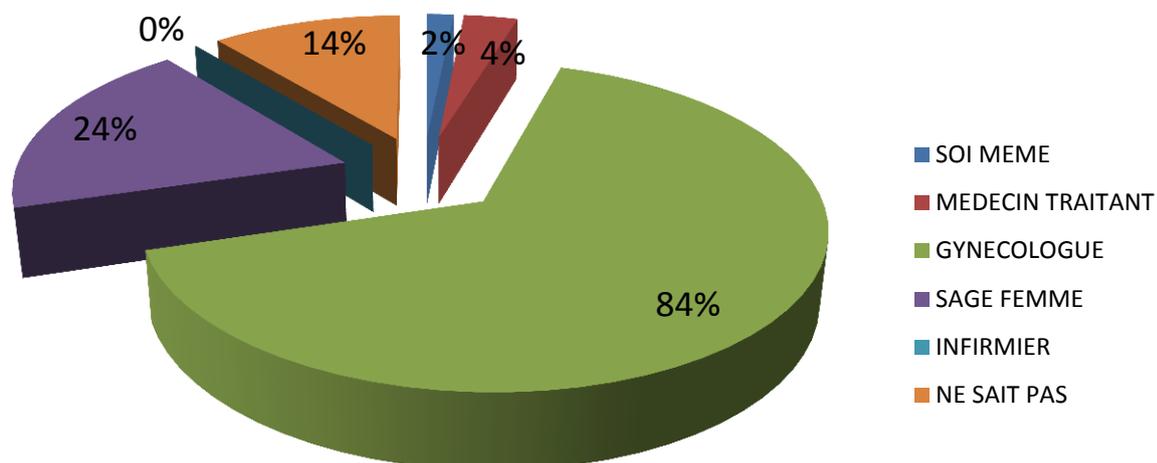
21 soit 42% des femmes ont répondu à la question du mode d'action du DIU uniquement par l'item « je ne sais pas »

Durée maximale de mise en place du CIU

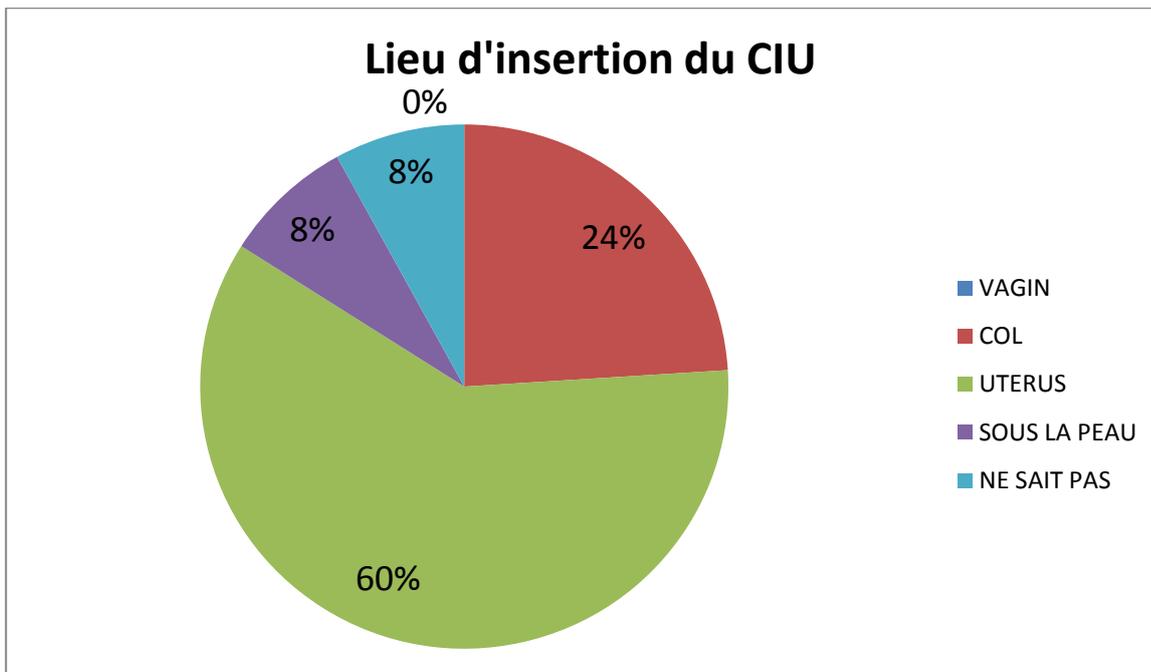


Nous considérons qu'un DIU est en place pour 5 ans. De ce fait, 42% des femmes ont raison.

Professionnel de santé autorisé à poser un CIU



Selon les 50 femmes interrogées, les 2 principaux professionnels autorisés selon elles à poser un DIU sont les gynécologues en premier, puis les sages-femmes toutes réponses confondues.

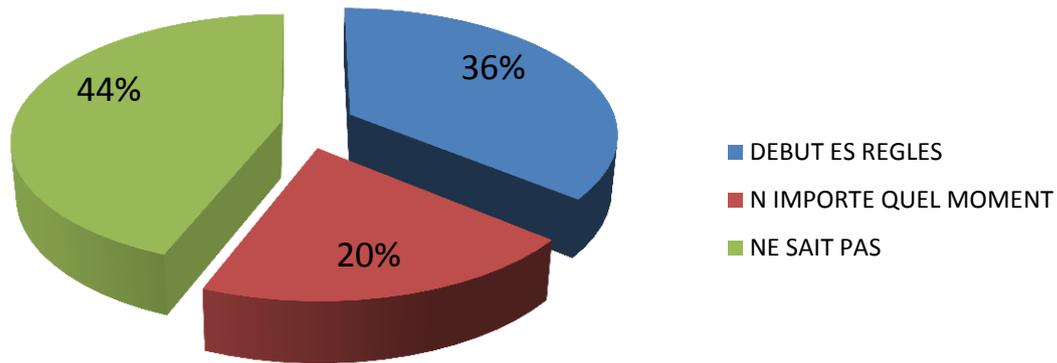


60% des femmes interrogées estiment que le DIU s'insère dans l'utérus.

En revanche, 32% des femmes affirment à tort que le DIU s'insère dans le col de l'utérus, ou sous la peau (confusion probable avec l'implant sous-cutané).

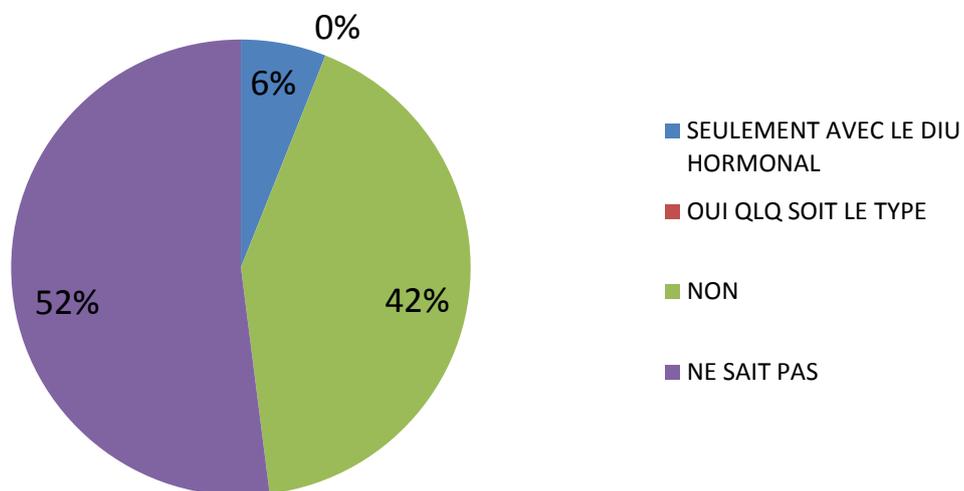
8% des femmes ne savent pas

Période du cycle adaptée à la pose du CIU



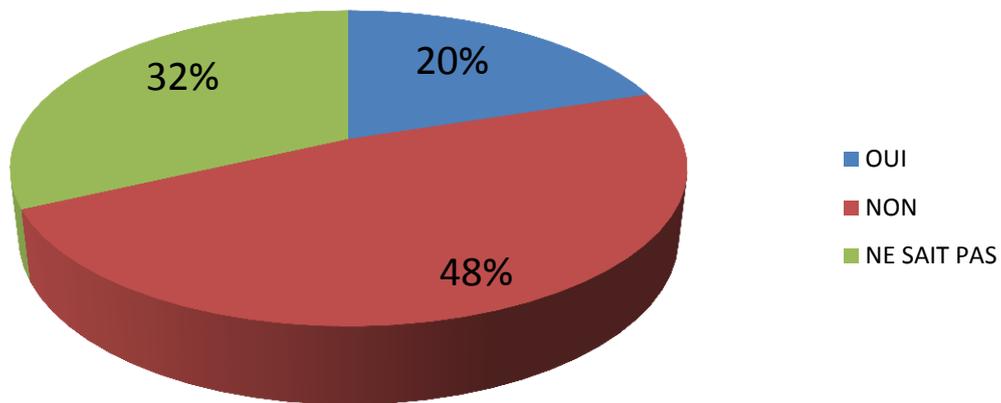
20% des femmes estiment que le DIU peut être posé à n'importe quel moment, 36% pensent plutôt à une pose en début de règles, le reste des femmes ne sait pas.

Absence de menstruations liées au CIU



6% des femmes ont une bonne connaissance en déclarant que seul le DIU HORMONAL peut provoquer une absence de règles

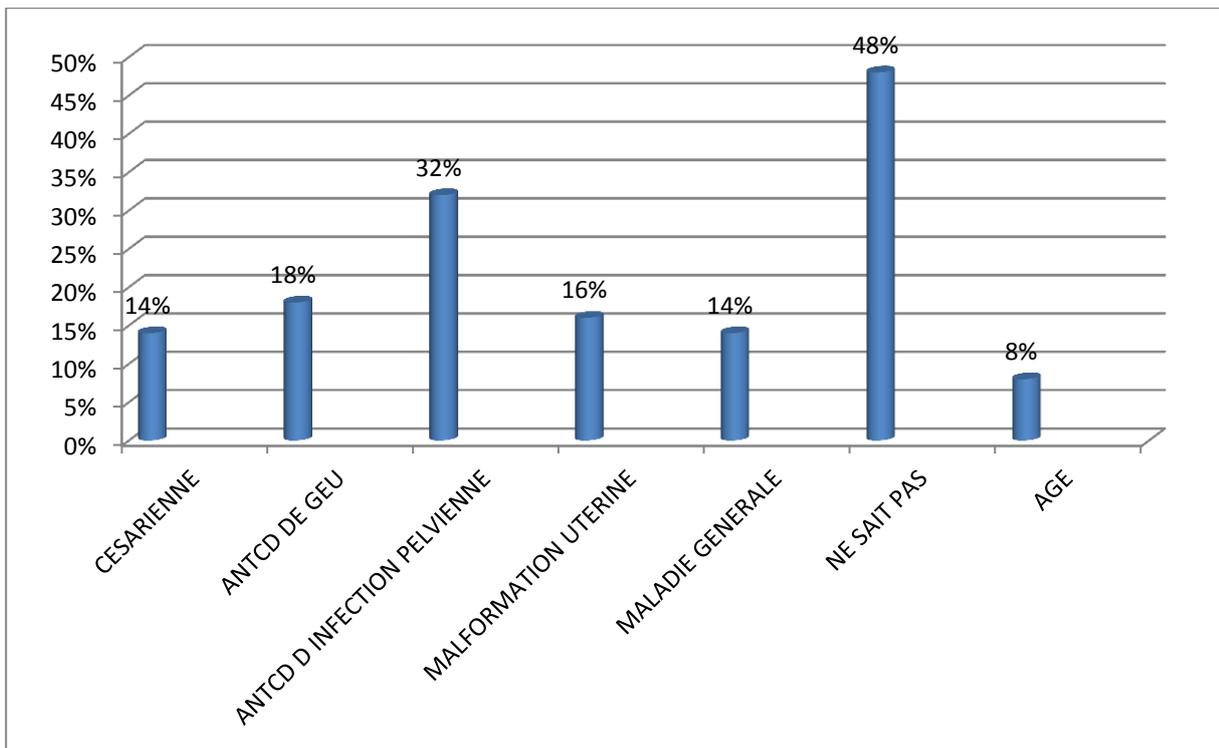
Possibilité de pose de CIU chez la nullipare



20% des femmes savent que la pose de DIU est autorisée chez les nullipares.

48% continuent de penser qu'il faut avoir eu un enfant avant d'avoir un DIU

32% ne savent pas.

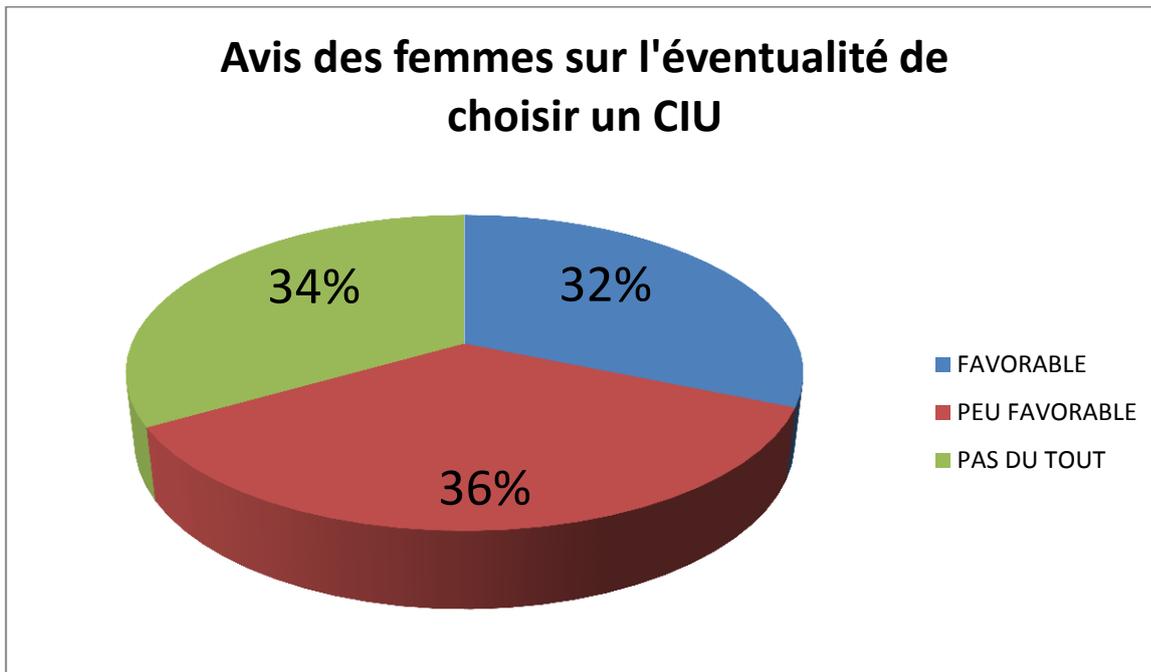


CONTRE INDICATION A L'UTILISATION

48% des femmes interrogées ne savent pas les situations dans lesquelles le DIU est contre indiqué.

Les items les plus représentés par la suite sont : ATCD de malformations pelviennes, ATCD de GEU et les malformations utérines.

2.5.1 L'avis des femmes sur le CIU

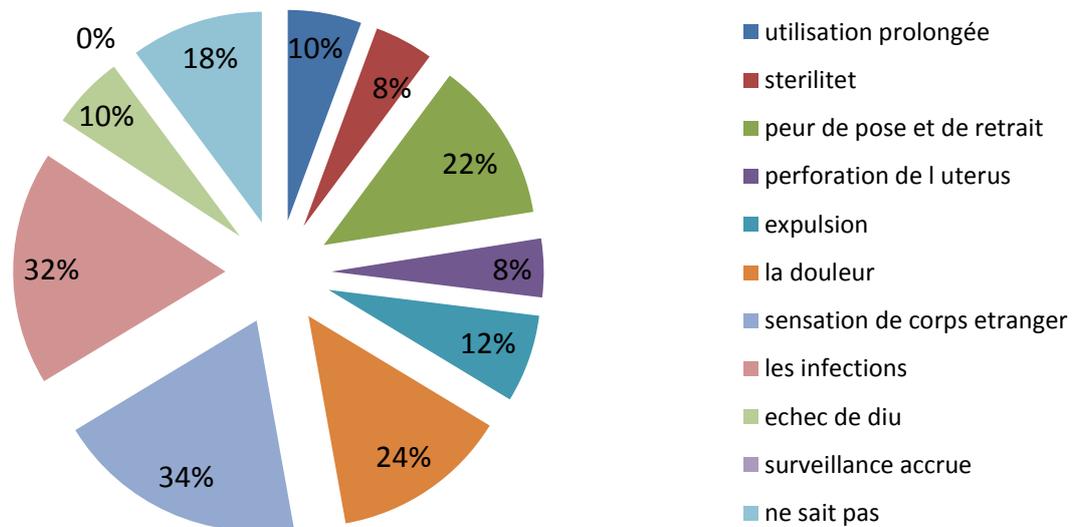


32% des femmes sont plutôt favorables à l'idée de porter un DIU. 36% sont peu favorable

34% des femmes ne sont pas du tout favorable à l'idée

La question suivante reprenait une liste d'idées reçues concernant le CIU. Les femmes interrogées devaient cocher tous les items qui les dérangeaient le plus.

LES PRINCIPALES CRAINTES CONCERNANT LE DIU



Nous pouvons regrouper les idées reçues des femmes concernant le CIU en plusieurs catégories :

- la peur : peur de l'engagement imposée par un CIU, peur de la pose ou du retrait, peur de la perforation utérine, peur du déplacement du CIU, peur de l'expulsion spontanée, peur de la perte du CIU à la piscine, peur de l'infection, peur de la grossesse ou de la GEU, peur que le CUI rende stérile .
- la gêne : gêne au quotidien (effort, toux, mouvement par exemple), gêne lors de rapports sexuels.
- la contrainte : le fait de porter un corps étranger en soi, la contrainte d'une surveillance plus accrue avec un CIU.

Troisième partie : Discussion

1. ANALYSE DES RESULTATS :

1.1 Evaluation des connaissances :

1.1.1 Influence des études sur la qualité des connaissances :

Sur les 23 femmes estimant avoir de bonnes connaissances sur la contraception en général, la majorité, soit 78,26%, a fait des études supérieures. Si nous nous intéressons au cas du CIU, sur les 22 femmes estimant connaître le CIU, elles sont une très grande majorité (77,27%) à avoir fait des études supérieures. Les 11 femmes estimant ne pas connaître le CIU sont en majorité (81 ; 81%) issues d'un niveau scolaire type lycée voire primaire. Cela laisserait penser que le niveau d'études supérieures favoriserait l'accès à la recherche d'informations, les études offrant la possibilité d'être informé par des personnes compétentes. Or, sur les 14 femmes estimant avoir peu ou pas de connaissances sur la contraception en général, 28,57% sont issues d'un niveau d'études supérieures

Nous pouvons nous interroger sur l'origine du manque d'information chez les femmes qui ont suivi des études supérieures et qui estiment mal connaître la contraception. Il peut être dû à un manque d'intérêt de ces femmes pour le sujet. Nous pourrions aussi remettre en cause l'information donnée ou non par les professionnels de santé. L'information contraception est du rôle de tous les professionnels médicaux (généralistes, gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, libéraux ou hospitaliers). Tout professionnel de santé sollicité sur la contraception doit apporter une information précise et complète.

1.1.2 Estimation des connaissances :

Reprenons les 23 femmes qui estiment connaître suffisamment toutes les méthodes de contraception. Sur ces 23 femmes, 14 (soit 60,86%) pensent que leurs connaissances sur le CIU sont bonnes alors que 8 (soit 34,78%) estiment ne connaître que vaguement le CIU.

Les 2 femmes restantes (soit 8,6%) considèrent bien connaître toutes les méthodes de contraception mais évaluent leurs connaissances sur le CIU comme inexistantes. Nous observons ici une incohérence dans les réponses.

Au fur et à mesure du questionnaire, nous rentrons dans le vif du sujet et finalement l'estimation des connaissances est en baisse. L'auto-évaluation des femmes n'est plus aussi sûre.

Les femmes ont en général entendu parler des différents moyens de contraception. Mais elles n'ont peut être pas retenu tout ce qui leur a été expliqué. Les femmes sélectionnent sans le vouloir les informations les concernant et ont tendance à faire abstraction du reste.

1.1.3 Qualité des connaissances :

La question du mode d'action était un biais de l'étude car elle pouvait porter à confusion. En effet, aucune distinction n'était faite entre le modèle au cuivre et le modèle hormonal.

Néanmoins, il était précisé la possibilité de cocher plusieurs réponses. Sur les 50 questionnaires récupérés, aucune patiente n'a répondu correctement à la question du mode d'action. Or elles sont 30 à estimer bien connaître le CIU. Encore une fois nous remarquons une incohérence

au niveau des réponses données. Sur les 30 femmes considérant bien connaître le CIU : 10 ne savent pas comment fonctionne le CIU, 20 ont donné au moins une bonne réponse. Nous remarquons que la répartition est incohérente avec l'estimation que les femmes font de leurs connaissances. La majorité des femmes ne connaît pas plus de deux modes d'action des CIU. Dans cette question sur les modes d'action, toutes les réponses auraient dû être cochées, ce qui n'est pas le cas. Ceci peut être dû au biais de confusion entre DIU et SIU.

Lorsque les femmes sont interrogées sur la composition d'un CIU, nous nous apercevons qu'il existe une confusion entre les hormones progestatives, oestrogéniques et oestroprogestative. Les femmes sont en revanche au courant que le DIU est composé de cuivre. Mais elles ne sont qu'environ 13% à évaluer correctement la composition d'un CIU tous modèles confondus.

Nous notons également que plus de la moitié des femmes ignorent qu'il existe différentes tailles de CIU.

Concernant le lieu d'insertion du CIU, les réponses sont réparties de manière quasiment égale entre l'insertion du CIU dans le col de l'utérus et celle dans l'utérus. Ceci témoigne d'une méconnaissance des femmes de l'anatomie de leur appareil génital. La distinction entre l'utérus et le col n'est pas innée, ce qui peut expliquer la confusion retrouvée ici. Même après 9 mois de grossesse et un accouchement, où il leur a été expliqué que leur utérus contient leur bébé, qu'il va se développer et qu'au moment de l'accouchement le col devra se dilater pour permettre le passage de l'enfant, on s'aperçoit que leurs connaissances sur l'anatomie sont erronées. De plus, le fait que les fils du CIU sortent par le col peut porter à confusion. Les femmes ne s'imaginent peut être pas que le CIU se place dans la cavité utérine et que les fils traversent le col afin de

permettre le contrôle de la bonne position du CIU. Ces mêmes femmes ne sont peut être même pas au courant que l'utérus se situe dans la continuité du vagin puis du col de l'utérus.

La période du cycle à laquelle le CIU se pose est également discutable. Notre population se répartie de manière égale entre les deux propositions (« insertion en début de règles » et « insertion à n'importe quel moment »). Les recommandations s'accordent à dire que le CIU se pose au début des règles. Le professionnel de santé profite ainsi de conditions plus favorables car le col est ouvert, le risque de grossesse est exclu. Or une étude américaine a démontré une augmentation significative du taux d'expulsion lorsque le DIU au cuivre est posé entre le premier et le cinquième jour du cycle, comparé aux insertions entre le onzième et le dix-septième jour. Les auteurs expliquent ces taux d'expulsion par l'activité contractile plus importante du myomètre sous l'effet des prostaglandines. La pression intra-utérine est importante à ce moment du cycle et la cavité utérine s'en trouve alors plus étroite. D'autres auteurs ont également établi que le mucus endo-cervical possédait une activité antibactérienne maximale au milieu du cycle favorisant ainsi la résistance aux infections. Pour le SIU, l'insertion doit se faire dans les sept premiers jours du cycle pour bénéficier d'une protection post-coïtale efficace. Il est donc estimé que la meilleure période d'insertion se situe entre la fin des règles et le milieu du cycle, du cinquième au quatorzième jour environ. Toutefois, dans la pratique, la pose s'effectue à tout moment. L'insertion du CIU n'est pas interdite en deuxième partie de cycle à condition de s'assurer de l'absence de grossesse. Les femmes peuvent ne pas connaître précisément la durée de leur cycle ou avoir des difficultés à programmer une consultation au bon moment. Nous pouvons également supposer que le planning des professionnels de santé ne coïncide pas forcément avec celui des patientes.

Depuis 2004, les indications de pose de CIU se sont étendues aux nullipares, Dans notre étude, nous observons que 48% des femmes connaissent, au contraire, cette possibilité. Le taux observé dans notre étude est donc considérable.

La question des contre-indications liées au CIU donne également matière à discuter. Certes les femmes estiment qu'avec une malformation utérine, des antécédents de salpingite ou de GEU, le CIU est contre-indiqué, bien qu'il n'y ait pas de consensus concernant la GEU.

La contre-indication qui ressort majoritairement des réponses données, est la présence d'antécédent d'infection pelvienne

Globalement, nous considérons les connaissances des femmes comme fragiles. Certains points paraissent clairs pour elles comme la possibilité de poser un CIU chez la nullipare, la contre indication à la pose d'un CIU lorsque l'on a une malformation utérine, ou encore l'absence d'anesthésie pour la pose d'un CIU. Mais d'autres points sont complètement flous comme le lieu d'insertion, la composition du CIU ou encore les circonstances de pose. Cette analyse prouve qu'il y a un écart entre ce qu'elles pensent savoir et ce qu'elles savent réellement.

Nous précisons que lorsque que nous évaluons la totalité des questionnaires, aucun n'est juste à 100%. Toutefois certaines notions ont plus d'importance que d'autres parce qu'elles peuvent influencer le choix des femmes pour le CIU. Nous pouvons nous demander si la connaissance ou l'absence de connaissance sur le fonctionnement, par exemple, ou la composition, la forme d'un CIU peuvent avoir un impact sur la faible adhésion à ce mode de contraception. D'autres informations peuvent davantage retenir l'attention des patientes et les critères de choix d'un mode de contraception ne sont pas les mêmes chez toutes les femmes, ils diffèrent même entre les femmes et les professionnels.

2. Le point sur la contraception :

2.1 Connaissances des différents modes de contraception :

La pilule reste la méthode de contraception la plus connue avec un taux de 100%

Le préservatif masculin est connu chez 84% des femmes interrogées.

70% de la population étudiée connaît le DIU ainsi que l'implant sous cutané.

Par la suite vient la méthode de retrait avec un taux de connaissance de 48%.

Et enfin la méthode de la courbe de température demeure la moins connue avec un taux de 40%.

Notre hypothèse selon laquelle les femmes ne connaissent pas tous les modes de contraception est plutôt infirmée en ce qui concerne notre population. Nous devons toutefois nuancer ces résultats puisqu'il s'agit d'une auto-évaluation et le terme « connaissez-vous » reste subjectif.

2-2 Satisfaction du mode de contraception

Dans notre étude, 34% des femmes se dit satisfait de leur méthode de contraception. Les femmes satisfaites de leur méthode de contraception sont réparties en proportion égale dans les 3 items concernant le choix de la contraception : - 3 femmes ont laissé le professionnel de santé décider de leur mode de contraception, - 5 femmes ont choisi leur contraception après discussion avec le professionnel,

- 9 femmes ont imposé leur choix au professionnel. Elles sont néanmoins une majorité à déclarer avoir déjà rencontré des problèmes avec leur contraception comme oublis. En revanche 24% soit 12 femmes sont peu,

voire pas satisfaites du tout de leur contraception. De plus, elles sont 23 sur 25 à déclarer avoir déjà rencontré des problèmes avec leur contraception (principalement l'oubli). Nous pouvons donc nous interroger sur les critères de satisfaction des femmes concernant leur contraception et si les gênes occasionnelles représentent pour elle un « échec » du choix de la méthode contraceptive. Il serait donc intéressant de mener une étude sur l'identification de ces « échecs ». L'étude COCON (étude de Cohorte sur la Contraception) menée en 2000 avait déjà permis de mettre en évidence que les femmes qui n'avaient pu choisir leur mode de contraception avaient tendance à ne pas adopter la conduite à tenir adéquate pour éviter la survenue d'une grossesse . Elles évoquent une utilisation incorrecte de leur méthode, des oublis, des échecs, etc. Elles s'estiment également démunies et insuffisamment informées en cas d'accident contraceptif. Il paraît de ce fait important d'encourager les professionnels à tenir compte des demandes et des envies de la patiente mais également du désir du couple. L'avis du partenaire peut parfois être un frein à l'utilisation de certaines méthodes comme l'anneau vaginal ou le CIU par exemple. La campagne « la meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit » de 2007 s'inscrit dans ce cadre.

2.3 Freins à l'utilisation du CIU :

Les avis sur le port d'un CIU restent très mitigés, 34% de notre population se disent favorable à l'essai d'un CIU, Il paraîtrait donc intéressant de mettre en avant les freins à cette utilisation. En approfondissant la question, nous avons finalement observé que seulement 2% des femmes pensent l'essayer après leur accouchement

Un des freins supposés était la sensation du CIU au quotidien, à l'effort. 74% des femmes pensent que le CIU n'est pas ressenti au quotidien alors que dans la question 30, concernant les craintes liées à l'utilisation du CIU,

elles sont 20% à craindre une gêne. Nous remarquons donc un écart entre ce qu'elles savent et ce qu'elles craignent. Pour la gêne lors des rapports sexuels, les femmes estiment à 44% que le CIU n'est pas ressenti par le partenaire. . L'une des craintes principales des patientes, hormis la gêne occasionnée par le CIU, est la peur de la pose et du retrait du dispositif. Pour 24% d'entre elles, c'est un frein majeur. En effet, elles craignent la douleur occasionnée par ces gestes et peuvent, de ce fait, refuser la contraception intra-utérine. Il paraît alors primordial d'informer les patientes sur la pose qui peut effectivement être douloureuse mais aussi sur l'existence de prémédications éventuelles. Le principe fondamental est alors de rassurer la patiente. Aucune publication n'a démontré de gênes liées au port d'un CIU, aussi le ressenti des femmes est à prendre en compte.

30 femmes seulement estiment que le CIU peut tomber facilement mais elles sont 12% à craindre ce risque.

Sur le sujet de la GEU, il faut savoir informer les femmes et les rassurer sur leurs craintes. Il est important de leur expliquer que d'après l'HAS, et de nombreuses études, le risque de GEU est dix fois plus faible qu'en l'absence de contraception. Mais il ne faut pas perdre de vue que lorsqu'une femme est enceinte alors qu'elle porte un CIU, la probabilité relative d'une GEU est alors augmentée.

Nous pouvons observer que globalement les connaissances des femmes sur ces derniers points sont bonnes (CIU ressenti au quotidien ou lors de rapports sexuels, chute spontanée du CIU, risque de grossesse sous CIU). En revanche les résultats diffèrent lorsqu'il est question de leurs propres craintes. Cette discordance est marquante. Nous pouvons supposer que les femmes estimant connaître le CIU ont des idées reçues qui persistent. Leurs craintes ne sont pas fondées puisque dans l'évaluation de leurs

connaissances, les réponses sont justes. Or dès que l'on avance dans le sujet et que l'idée de mettre un CIU leur est soumise, les idées reçues ont tendance à prendre le dessus.

Les deuxièmes craintes les plus importantes sont la peur de la présence d'un corps étranger en elles et la peur du déplacement du CIU. Nous pouvons donc proposer, lors de consultation de contraception, de présenter, de montrer le CIU à la patiente, de la laisser le toucher, le prendre dans ses mains, cela permettrait de faire émerger des questions, d'y apporter des réponses justes et d'apaiser leurs craintes. Il faut que la patiente se représente l'objet. Il paraît également intéressant de commencer par lui demander ce qu'elle sait afin de corriger et de démentir les idées reçues qu'elle peut avoir. Il faut s'assurer à tout prix de sa compréhension ce qui nécessite un peu plus de temps de consultation. Nous proposons également de faire prendre conscience aux femmes de la taille de leur utérus et de la comparer avec la taille du CIU. Toutes ces options sont dans le but de rassurer la patiente

CONCLUSION

Globalement, les femmes sont plutôt au courant des différentes méthodes de contraception disponibles. Nous avons pu remarquer, en partie grâce à notre enquête, que la pilule reste la méthode de première intention. La contraception intra-utérine mérite qu'on lui porte plus d'attention pour les nombreux avantages qu'elle apporte.

Toutefois, notre enquête laisse à penser que les femmes ne sont pas toutes prêtes à utiliser un CIU et que de nombreuses idées reçues persistent. Leurs connaissances sont fragiles mais certains points sont bien compris. Notre étude ne nous permet pas d'affirmer que la qualité des connaissances de ces femmes freine leur adhésion au CIU. Les femmes gardent en tête la possibilité d'un CIU mais ne l'envisagent pas dans l'immédiat.

Il paraît alors primordial de rétablir une information vraie et basée sur des preuves dont le but principal est de rassurer la patiente avant tout. Le rôle du professionnel de santé est important dans la délivrance d'une information adaptée. Seulement cette information nécessite du temps afin de proposer à chaque femme la meilleure contraception. L'éducation de la patiente tient également une place privilégiée.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1-"Une sélection des recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives" :troisième édition 2017, Organisation Mondiale de la Santé, département de santé et recherche génésiques.

2-Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles "Mars 2013 par l'HAS".

3-Faut-il faire une antibioprophylaxie lors de la pose d'un DIU ?
"BIBLIOMED : les analyses du centre de documentation de l'UNAFORMEC".

4-Extrait des mises à jour en gynécologie et Obstétrique TOME XXIV publié le 30 Novembre 2000.

5-La contraception en post partum : texte rédigé par EMMA FERRERIA B.Pahrm M. SC Pahrm.D, FCSHP et CAROLINE MORIN, B Pharm. :M.SC, CHU Sainte Justine et Université de Montréal.

6-la contraception du post partum : satisfaction des patientes sur l'entretien contraceptif en suite de naissances. Mémoire présenté et soutenu par Emilie Pourtier Année 2013.

7-La contraception du post partum : les stratégies d'informations, le point de vue des femmes .Présenté par Justine Daneels Année 2014.

8-Freins et réticence à l'utilisation du DIU chez les nullipares en Médecine Générales "thèse de Driat Dorothée" Faculté de Paris-Ile de France-Ouest.

9-Conduite pratique de la contraception chez l'homme et chez la femme : HAS avril 2013.

10- Comment aider une femme à choisir sa contraception

WWW.INEPS.SANTE.FR.

11-Contraception de longue durée avantages et inconvénients : Extrait des mises à jour en gynécologie médicale, Publié le 29-11-2006.

Sites Internet :

-Site de la Haute Autorité de Santé : <http://www.has-sante.fr>

-Site de l'INPES : <http://www.choisirsacontraception.fr>

-Site de l'OMS : <http://who.int>

-Site d'Amélie Santé : <http://www.ameli-sante.fr>

ANNEXES

ANNEXE 01 : QUESTIONNAIRE

1- Age :

- Inf. à 20ans
- Entre 20 et 34 ans
- Sup à34

2-Niveau d'étude :

- Primaire/collège
- Lycée
- Etudes supérieures

3-Profession:

- Si oui
- Non

4-Mariée depuis :

- 1 an
- Entre 1 an et 3 ans
- Sup à 3 ans

5-pensez vous avoir de bonnes connaissances en matière de contraception ?

- Oui, je connais différentes méthodes
- Non, je ne suis pas suffisamment informée
- Oui j'en sais suffisamment sur ce qui m'intéresse uniquement

6-avez-vous déjà entendu parler de :

- La pilule
- Dispositif intra utérin
- Implant sous cutané contraceptif
- Préservatif masculin
- Préservatif féminin
- Méthodes de retrait
- Courbe de température

7-quelle contraception avez-vous déjà utilisé ?

- Pilule
- Dispositif intra utérin
- Implant
- Préservatif masculin
- Méthodes de retrait
- Courbe de température
- Aucune

8-votre dernière contraception

-laquelle ?.... ..

9-ce choix est il fait après discussion avec votre médecin

- Non, c'est lui qui a choisi la contraception qu'il jugeait adaptée pour moi
- Oui, nous en avons discuté
- Je savais déjà ce que je voulais

10- Vous convenait-elle ?

- Oui, tout à fait
- Pas tous à fait

- Pas du tout

11-quelles sont les problèmes que vous avez rencontrés avec votre contraception ?

- L'oubli
- Gene à l'utilisation
- La douleur
- Trop de crainte saignement en dehors des règles
- Cout trop important

12- Connaissez-vous le dispositif intra utérin ?

- Oui ; plutôt bien
- J'en connais vaguement
- Je ne connais pas

13-avez-vous déjà utilisé un DIU ?

- Oui, par choix
- Non

14-selon vous quel est son mode d'action ?

- Il bloque l'ovulation
- Il empêche l'œuf de s'implanter dans l'utérus
- Il modifie la glaire et empêche le passage des spermatozoïdes
- Il altère les spermatozoïdes
- Je ne sais pas

15-a votre avis, un DIU peut contenir

- Du cuivre
- Des hormones œstrogènes
- Des hormones progestatives

- Des oestro progestatives
- Je ne sais pas

16-avez-vous une idée de son cout d'achat ?

- Oui,.....
- Non

17- Est-il remboursé ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

18-a votre avis quelle la durée maximale de mise en place ?

- Qlq mois
- 1an
- 3 ans
- 5ans
- autant de temps que l'on veut s'il est bien supporté
- je ne sais pas

19-A votre avis qui a le droit de le mettre en place

- Soi même
- Un médecin traitant
- Un gynécologue
- Une sage femme
- Un infirmier

20-ou se pose t-il ?

- Dans le vagin
- Dans le col
- Dans l'utérus
- Sous la peau

21-sa pose nécessite elle une anesthésie ?

- Oui, générale
- Oui, locale
- Non
- Je ne sais pas

22- a quel moment se pose t-il ?

- Au début des règles
- A 'importe quel moment
- Je ne sais pas

23-dans quelles circonstances peut-on le poser ?

- Apres une interruption de grossesse
- Dans les jours qui suivent l'accouchement
- Tout au long de la vie comme moyen de contraception

24-peut-il provoquer une absence des règles ?

- Seulement avec le DIU hormonal
- Oui qlq soit le type
- Non
- Je ne sais pas

25-faut-il obligatoirement avoir un enfant pour poser un DIU ?

- Oui

- Non
- Je ne sais pas

26- a votre avis, un DIU gêne t-il lors des rapports sexuels ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

27-peut-il tomber tout seul ?

- Oui
- Très rarement
- Jamais
- Je ne sais pas

28-existe-t-il des CI ?

- L'âge inf. à 25 ans ou sup a 40 ans
- La femme ayant une césarienne
- ATCD de GEU
- ATCD d'infections pelviennes
- Malformations de l'utérus
- Maladie générale telle que le diabète ou maladie cardiaque
- Je ne sais pas

29-par rapport à l'idée d'avoir un DIU vous êtes

- Favorables
- Peu favorables
- Pas du tout favorable

30-quelles sont vos principales craintes

- L'engagement pour une utilisation sur plusieurs années

- Il peut rendre stérile
- La peur de la pose ou du retrait
- La perforation de l'utérus
- L'expulsion
- La douleur et le gêne quotidien
- Le fait d'avoir un corps étranger en moi
- Les infections génitales
- La peur de tomber enceinte
- Une surveillance plus accentuée
- Je ne sais pas

31-le fait d'avoir accouché vous amène t-il à réfléchir sur votre type de contraception ?

- Oui
- Non

32-quelle contraception avez-vous envie d'utiliser par la suite

.....