



HAL
open science

DIU chez les nullipares, enquête qualitative : projet, pose et vécu

Sophia Galli

► **To cite this version:**

Sophia Galli. DIU chez les nullipares, enquête qualitative : projet, pose et vécu. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01630320

HAL Id: dumas-01630320

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01630320>

Submitted on 7 Nov 2017

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

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

UNIVERSITÉ DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NICE

THÈSE

Pour l'obtention du
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Discipline : Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement le 03 Octobre 2017

Par

GALLI SOFIA

Née le 4 Avril 1988 à Nice

**DIU CHEZ LES NULLIPARES, ENQUÊTE QUALITATIVE :
PROJET, POSE ET VÉCU.**

Thèse dirigée par le Docteur COMPE Armelle

Jury de la thèse :

Monsieur le Professeur DELOTTE Jérôme, *Président*

Monsieur le Professeur CARBONNE Bruno, *Assesseur*

Monsieur le Professeur GARDON Gilles, *Assesseur*

Madame le Docteur DUBAYLE Véronique, *Assesseur*

Madame le Docteur COMPE Armelle, *Assesseur*

UNIVERSITÉ NICE SOPHIA-ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au 1^{er} septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice**Doyen**

Vice-Doyen

Assesseurs

Conservateur de la bibliothèque

Directrice administrative des services

Doyens Honoraires

M. BAQUÉ Patrick

M. BOILEAU Pascal

M. ESNAULT Vincent

M. DELLAMONICA Jean

Mme BREUIL Véronique

M. MARTY Pierre

Mme AMSELLE Danièle

Mme CALLEA Isabelle

M. AYRAUD Noël

M. RAMPAL Patrick

M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs honoraires

M ALBERTINI Marc

M. BALAS Daniel

M. BATT Michel

M. BLAIVE Bruno

M. BOQUET Patrice

M. BOURGEON André

M. BOUTTÉ Patrick

M. BRUNETON Jean-Noël

Mme BUSSIERE Françoise

M. CAMOUS Jean-Pierre

M. CANIVET Bertrand

M. CASSUTO Jill-patrice

M. CHATEL Marcel

M. COUSSEMENT Alain

Mme CRENESSE Dominique

M. DAR COURT Guy

M. DELLAMONICA Pierre

M. DELMONT Jean

M. DEMARD François

M. DESNUELLE Claude

M. DOLISI Claude

M. FRANCO Alain

M. FREYCHET Pierre

M. GÉRARD Jean-Pierre

M. GILLET Jean-Yves

M. GRELLIER Patrick

M. GRIMAUD Dominique

M. HARTER Michel

M. INGLES AKIS Jean-André

M. JOURDAN Jacques

M. LALANNE Claude-Michel

M. LAMBERT Jean-Claude

M. LAZDUNSKI Michel

M. LEFEBVRE Jean-Claude

M. LE FICHOUX Yves

Mme LEBRETON Elisabeth

M. LOUBIERE Robert

M. MARIANI Roger

M. MASSEYEFF René

M. MATTEI Mathieu

M. MOUIEL Jean

Mme MYQUEL Martine

M. ORTONNE Jean-Paul

M. PRINGUEY Dominique

M. SAUTRON Jean Baptiste

M. SCHNEIDER Maurice

M. TOUBOL Jacques

M. TRAN Dinh Khiem

M VAN OBBERGHEN Emmanuel

M. ZIEGLER Gérard

M.C.A Honoraire Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U Honoraires

M. ARNOLD Jacques
 M. BASTERIS Bernard
 Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
 Mme DONZEAU Michèle
 M. EMILIOZZI Roméo
 M. FRANKEN Philippe
 M. GASTAUD Marcel
 M. GIUDICELLI Jean
 M. MAGNÉ Jacques
 Mme MEMRAN Nadine
 M. MENGUAL Raymond
 M. PHILIP Patrick
 M. POIRÉE Jean-Claude
 Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Physiologie- médecine vasculaire
M.	MARQUETTE CharlesHugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)

M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS PREMIÈRE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

PROFESSEURS DEUXIÈME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54.02)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)

M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DELLAMONICA Jean	Réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale (53.03)
----	-------------------	---------------------------

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M.	DARMON David	Médecine Générale (53.03)
----	--------------	---------------------------

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme	LANDI Rebecca	Anglais
-----	---------------	---------

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02) M
	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)

M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mme	SEITZ-POLSKI Barbara	Immunologie (47.03)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PRACTICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M.	DURAND Matthieu	Urologie (52.04)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale (53.03)
Mme	HURST Samia	Thérapeutique (48.04)
M.	PAPA Michel	Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M.	BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale (53.03)
Mme	CASTA Céline	Médecine Générale (53.03)
M.	HOGU Nicolas	Médecine Générale (53.03)
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

Aux membres du Jury :

Monsieur le Professeur DELOTTE, Président de mon jury,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Recevez l'expression de mon profond respect et de ma gratitude.

Monsieur le Professeur CARBONNE,

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger dans mon jury et je suis très honorée de l'intérêt que vous portez à ce travail.

Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

Monsieur le Professeur GARDON,

Je suis reconnaissante de l'honneur que vous me faites en acceptant de juger ma thèse.

Recevez mes remerciements pour votre investissement dans la formation des internes de médecine générale de Nice.

Madame le Docteur DUBAYLE,

Je te remercie d'avoir accepté de siéger dans mon jury, je suis très touchée de ta présence en ce jour important.

Un grand merci pour ta gentillesse, ta disponibilité et tes conseils précieux, aussi bien dans le cadre de la formation médicale que dans la vie.

Madame le Docteur COMPE,

Je te remercie d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse. Merci pour ton soutien et pour le temps passé à me guider dans l'élaboration de ce travail.

Je te suis très reconnaissante pour tous tes conseils et ton investissement lors de mon stage avec toi. J'ai beaucoup appris.

Je te prie d'accepter mes remerciements les plus sincères.

Aux personnes qui m'ont aidé à réaliser cette thèse :

Je remercie toutes les femmes rencontrées lors de mes entretiens sans lesquelles cette thèse n'aurait pas pu être. Merci d'avoir accepté de participer et de vous être livrées en toute intimité. Merci.

Tous mes sincères remerciements aux médecins et sage-femme qui m'ont permis de réaliser cette thèse : Docteur Dendievel Judith, Docteur Calemczuk Gaëlle, Docteur Giaume Violaine, Docteur Rojnic Marie-Christine, Madame Roy Viviane, ainsi que tous les médecins du Carrefour Santé Jeune : Docteur Federico Violaine, Docteur Couteau Muriel.

Merci au Carrefour Santé Jeune et particulièrement à Martine Mizzi pour son aide.

Un immense merci à mes parents qui m'ont soutenue pendant toutes mes études. Merci d'avoir toujours été présents et disponibles pendant ces longues études et toujours maintenant. Je n'aurai jamais réussi sans votre soutien. Merci pour votre grande aide pour ce travail. Ce travail vous est dédié.

Un grand merci à Aurélie et à ma grand-mère de m'avoir aidée pour ma thèse. Merci.

Remerciements personnels :

Je remercie mes frères, Silvio et Fabio d'être ce qu'ils sont et toute ma famille pour m'avoir soutenue.

Je remercie Marie et Vincent de Valdeblore pour m'avoir beaucoup appris.

Je remercie vivement et chaleureusement tous les médecins que j'ai rencontré pendant mon parcours, pour avoir partagé vos connaissances et votre expérience ce qui m'a permis de progresser, ainsi que de m'avoir communiqué la passion du métier.

Merci à mes colocos de m'avoir supportée pendant la rédaction de ce travail.

Merci à Alice et Audrey, on a bientôt fini !

Un grand merci à mes amis d'avoir toujours été là, et en particulier à Mélanie et Clémence avec qui cette aventure a débuté, on avait bien rigolé cette première année quand même !

Et surtout, je te remercie infiniment, Mounir, de m'avoir soutenue pendant toutes ces années, d'avoir été patient et compréhensif, de m'avoir aidée à gérer mon stress. Je te dois beaucoup. Merci.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES PROFESSEURS	2
REMERCIEMENTS	7
ABRÉVIATIONS	13
I. INTRODUCTION	14
II. GÉNÉRALITÉS	16
1. DÉFINITIONS	16
A. DISPOSITIF INTRA-UTERIN	16
B. NULLIPARE	17
2. HISTORIQUE DU DIU	17
III. JUSTIFICATIONS ET CONTEXTE	21
1. LE DIU DANS LE MONDE	21
2. CONTEXTE HISTORIQUE	24
3. LE DIU CHEZ LA NULLIPARE AUJOURD’HUI EN FRANCE	25
4. LES REPRÉSENTATIONS DES MÉDECINS ET DES FEMMES	28
5. LES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE	31
IV. REVUE DE LA LITTÉRATURE : VRAI OU FAUX ?	34
1. PLUS DE MALADIES INFLAMMATOIRES PELVIENNES CHEZ LES NULLIPARES ?	34
2. LA CRAINTE DE L’INFERTILITÉ	36
3. LE RISQUE DE GEU : MYTHES OU RÉALITÉ ?	37
4. LES DIFFICULTÉS DE POSE ET LES EFFETS SECONDAIRES	39
A. DIFFICULTES DE LA POSE ET DOULEUR	39
B. ÉCHEC DE LA POSE	41
C. EXPULSION	41
D. LE TAUX DE CONTINUATION ET LA TOLERANCE	42
5. CONCLUSION	43
V. MATÉRIEL ET MÉTHODE	45
1. MÉTHODE DE LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	45
2. MÉTHODE EN RECHERCHE QUALITATIVE	45
A. LE CHOIX DE LA RECHERCHE QUALITATIVE	45
B. LE CHOIX DES ENTRETIENS INDIVIDUELS SEMI-DIRIGES	46
C. LE GUIDE D’ENTRETIEN SEMI-STRUCTURE	46
D. L’ÉCHANTILLON DES PATIENTES	47
E. RÉALISATION DES ENTRETIENS	48
F. RETRANSCRIPTION ET ANALYSE	49
VI. RÉSULTATS	50
1. CACTÉRISTIQUES DE L’ÉCHANTILLON	50
2. RÉSULTATS DE L’ÉTUDE	51

A. LE PARCOURS CONTRACEPTIF MENANT AU CHOIX DU DIU	51
a. LA NORME CONTRACEPTIVE	51
<i>α. Le monopole de la pilule chez les nullipares</i>	51
<i>β. Le DIU non proposé par les professionnels de santé en première intention</i>	51
<i>γ. La remise en question de la pilule par les professionnels de santé uniquement en cas d'intolérance ou de contre-indication médicale</i>	52
<i>δ. Le DIU est plus facilement recommandé par le corps médical après une IVG</i>	53
b. UNE DEMARCHE ET UNE DEMANDE VENANT DE LA PART DES PATIENTES	53
<i>α. Les motifs du choix du DIU</i>	53
<i>α.1. Un retour au naturel</i>	54
✓ Un refus de la contraception hormonale	54
✓ Le mode d'action dit « mécanique » considéré comme plus sain	55
✓ Des convictions personnelles	55
✓ Les origines de ce « retour au naturel »	56
<i>α.2. L'intolérance à la pilule</i>	56
✓ Les effets indésirables de la pilule	56
✓ La pilule : une contrainte au quotidien	57
<i>α.3. Les autres moyens de contraception : représentations et vécu</i>	58
✓ Le préservatif	58
✓ Les méthodes alternatives	58
✓ Les spermicides	59
✓ L'implant	59
✓ L'anneau vaginal	59
✓ La stérilisation tubaire	59
<i>α.4. La première approche concernant le DIU : une idée venue de l'extérieur</i>	60
<i>α.5. L'auto documentation</i>	60
<i>α.6. Le DIU : seule solution</i>	61
<i>β. La détermination des patientes face aux obstacles</i>	62
<i>β.1. Face aux préjugés de l'entourage</i>	62
<i>β.2. Face aux mauvaises expériences rapportées</i>	62
<i>β.3. Face aux réticences des professionnels de santé</i>	62
<i>β.4. Face à la peur de la douleur</i>	63
<i>γ. Le DIU : une demande des patientes</i>	63
<i>δ. Le choix du professionnel de santé</i>	64
B. LE VECU DE LA POSE DU DIU	66
a. LA DOULEUR LORS DE LA POSE	66
<i>α. Selon l'intensité</i>	66
<i>β. Selon la durée</i>	67
<i>γ. Les raisons expliquant la douleur pour les patientes</i>	67
<i>γ.1. Le geste technique</i>	67
<i>γ.2. Les facteurs psychologiques et physiologiques</i>	68
<i>δ. L'acceptation de la douleur</i>	69
b. LES FACTEURS DIMINUANT LA DOULEUR A LA POSE	69
<i>α. Des patientes averties des effets secondaires de la pose</i>	70
<i>β. La relation de confiance avec le professionnel de santé</i>	71

γ. <i>L'explication des gestes</i>	71
δ. <i>Le détournement d'attention, respiration, hypnose</i>	72
ε. <i>La prémédication</i>	72
C. LE VECU AVEC LE DIU	73
a. LES EFFETS INDESIRABLES CHEZ NOS PATIENTES	73
α. <i>Sur le cycle menstruel</i>	73
β. <i>Les douleurs</i>	74
γ. <i>Les infections et la responsabilisation</i>	75
δ. <i>L'expulsion</i>	75
ε. <i>Les effets sur la vie sexuelle</i>	76
b. LA TOLERANCE DES EFFETS INDESIRABLES	77
α. <i>L'information par les professionnels de santé : l'enjeu primordial</i>	77
β. <i>Les patientes actrices de leur décision : inconvénients mieux tolérés</i>	78
γ. <i>La tolérance des effets secondaires comparée aux avantages apportés par le DIU</i>	79
γ.1. <i>Ne plus penser à sa contraception</i>	79
γ.2. <i>Une contraception adaptée au rythme de vie actuelle</i>	80
γ.3. <i>Pas d'effets indésirables</i>	81
γ.4. <i>Une vie sexuelle facilitée</i>	81
γ.5. <i>Avantage financier</i>	82
γ.6. <i>Libérées des effets indésirables des autres contraceptions</i>	82
c. SATISFAITE OU INSATISFAITE ?	83
α. <i>Les patientes satisfaites</i>	83
β. <i>Les patientes insatisfaites</i>	85
VII. ANALYSE	86
1. LES LIMITES DE L'ÉTUDE	86
A. LIEES AU RECRUTEMENT DES PATIENTES	86
B. LIEES AUX PATIENTES	86
C. LIEES AU CHERCHEUR ET A LA CONDUITE DES ENTRETIENS	86
D. LIEES A L'ANALYSE DE L'ENTRETIEN	87
2. DISCUSSION	87
A. UNE REMISE EN CAUSE DE LEUR CONTRACEPTION	87
B. QUELS SONT LES CRITERES D'UNE CONTRACEPTION IDEALE POUR LES NULLIPARES ?	88
C. LE DIU : UNE DEMARCHE PERSONNELLE	89
D. UNE INFORMATION LIBRE ET ECLAIREE PERMETTANT LA DECISION D'UNE CONTRACEPTION CHOISIE	90
a. LE DIU : UNE CONTRACEPTION NON PROPOSEE	90
b. APRES UNE INFORMATION : LE DIU CHOIX DES PATIENTES	91
c. UNE INFORMATION EXHAUSTIVE POUR UNE MEILLEURE TOLERANCE	92
d. LES FAUSSES REPRESENTATIONS : FACTEUR LIMITANT D'UNE BONNE INFORMATION	94
e. LE CHOIX DU PROFESSIONNEL DE SANTE	95
E. LA TOLERANCE DE LA POSE	95
F. LA SATISFACTION DES PATIENTES	98

G. POUR UNE MEILLEURE ACCESSIBILITE AU DIU	101
H. TENDANCE SOCIETALE	103
VIII. CONCLUSION	106
BIBLIOGRAPHIE	109
ANNEXE 1 : EFFICACITE DES METHODES CONTRACEPTIVES SELON L'OMS	116
ANNEXE 2 : PREMIER GUIDE D'ENTRETIEN	117
ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN CORRIGE	118
ANNEXE 4 : FICHE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT POUR LE TRANSFERT DES COORDONNEES	119
ANNEXE 5 : FICHE DE CONSENTEMENT	120
ANNEXE 6 : LECTURE FLOTTANTE DE L'ENTRETIEN DE LE PATIENTE 2	121
ANNEXE 7 : EXTRAIT DE LA RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN DE LA PATIENTE 14	123
ANNEXE 8 : EXTRAIT DU TABLEAU D'ANALYSE DE LA PATIENTE 4 : MOTIF DU CHOIX DU DIU	124
ANNEXE 9 : EXTRAIT DU TABLEAU D'ANALYSE TRANSVERSALE : LE VECU DE LA POSE	125
ANNEXE 10 : TABLEAU DES CARACTERISTIQUES DES PATIENTES	126
SERMENT D'HIPPOCRATE	127
RÉSUMÉ	128

ABREVIATIONS

- DIU : Dispositif Intra-Utérin.
- MIP : Maladies Inflammatoires Pelviennes.
- IST : Infections Sexuellement Transmissibles.
- GEU : Grossesse Extra-Utérine.
- IVG : Interruption Volontaire de Grossesse.
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé.
- INED : Institut National d'Études Démographiques.
- DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques.
- HAS : Haute Autorité de Santé.
- ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé.

I. INTRODUCTION

De nos jours en France, l'accès à la contraception est libre et aisé, permettant d'obtenir une couverture contraceptive importante même chez les jeunes femmes de 15 à 29 ans qui, pour 91.2 % d'entre elles, déclarent utiliser une méthode contraceptive¹.

Cependant, le nombre de grossesses non désirées reste important aboutissant en 2015 à 218 100 interruptions volontaires de grossesse d'après la DREES², ce taux restant stable depuis une dizaine d'années. Le nombre d'IVG est le plus élevé chez les femmes âgées de moins de 30 ans. Il est pratiqué dans 42 % des cas chez des patientes nullipares³, et pourtant, environ deux tiers des grossesses non désirées surviennent chez des femmes utilisant une contraception au moment de la conception, la pilule pour la plupart (41 % des femmes utilisent la pilule en 2013)⁴.

Nous pouvons donc, en regard de ces chiffres, se demander s'il ne serait pas nécessaire de diversifier les méthodes de contraception proposées aux jeunes femmes, et en particulier aux nullipares.

De plus, depuis le scandale des pilules de troisième et quatrième générations fin 2012, il existe un recul du recours à la pilule (passage de 50% à 41 % entre 2010 et 2013) et une demande de nouveaux modes de contraception de la part des jeunes.

Plusieurs études montrent les effets bénéfiques du dispositif intra-utérin : contraception de longue durée d'action, réversible, efficace (d'après l'OMS, en pratique courante, le DIU est responsable de 0.8‰ grossesses dans la première année versus 8‰ pour la pilule), sans observance, peu onéreuse, et avec peu d'effets secondaires. En France, le DIU a reçu l'autorisation de mise sur le marché en 2004 pour les nullipares et pourtant, 10 ans après, seulement 3 % des nullipares portent un DIU d'après l'enquête FECOND publiée en 2013.

J'ai pu remarquer que les pratiques et les avis sont fortement divergents chez les professionnels de santé par rapport à l'utilisation du dispositif chez les patientes nullipares. Le groupe FECOND a montré, en 2013, que 41 % des gynécologues et 43 % des médecins généralistes considèrent que le DIU est contre-indiqué chez les femmes nullipares, et que 56 % des femmes interrogées pensent que cette méthode contraceptive n'est pas adaptée aux femmes n'ayant pas

eu d'enfants. De nombreux travaux ont analysé les différents freins et réticences des professionnels de santé et des femmes.

Dans une première partie nous analysons, à partir des représentations des médecins, la littérature scientifique sur le sujet, pour discerner ce qui relève d'idées fausses et ce qui est une réalité.

L'idée de cette thèse est partie d'une constatation personnelle : les praticiens ont certaines réticences à proposer le DIU aux nullipares à cause de la douleur à la pose et à la tolérance, et par ailleurs, nous constatons une demande croissante de ce mode contraceptif de la part des patientes nullipares.

Je me suis, donc, posée la question de leur point de vue sur ce sujet : quel est le vécu des patientes nullipares portant un DIU ?

La littérature décrit peu leur avis et leur ressenti.

Ainsi l'objectif de ce travail est d'étudier les raisons de ce choix de contraception, le vécu de la pose et la satisfaction globale : leur parcours de l'idée au vécu avec le DIU.

II. GÉNÉRALITÉS

1. DÉFINITIONS

A. DISPOSITIF INTRA-UTÉRIN

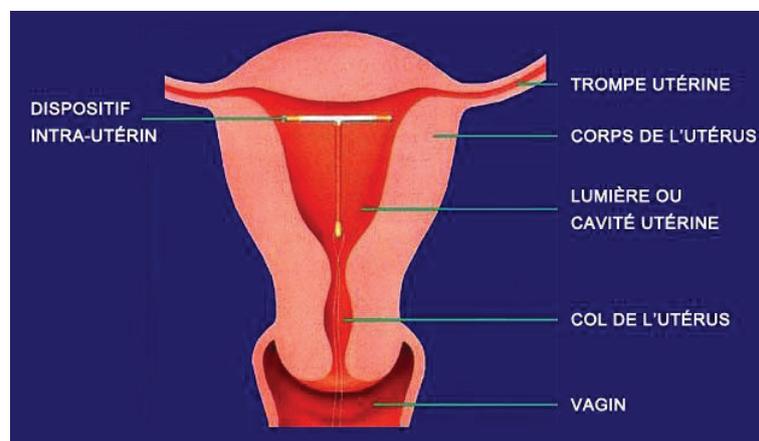
Il s'agit d'un dispositif à visée contraceptive inséré dans la cavité utérine via le canal cervical. Le DIU est en forme de T d'environ 3 cm, composé de polyéthylène.

Il est pourvu d'un ou deux fils de nylon qui dépassent de l'orifice externe du col utérin permettant de vérifier s'il est bien en place, ou de le retirer.

Il existe des DIU au cuivre ou au Lévonorgestrel.

Il était anciennement appelé « stérilet ». Ce terme est fréquemment utilisé par le grand public mais ne semble pas adapté en raison de sa parenté avec le mot « stérilité ». Il est recommandé aux professionnels de santé de parler de « dispositif intra-utérin » aux patientes, pour éviter ainsi de perpétuer de fausses représentations contribuant à suggérer un effet stérilisateur.

Figure 1 : Schéma d'un DIU dans l'utérus.¹



¹ Image disponible sur le site de l'association Française pour la contraception.

B. NULLIPARE

Une femme nullipare est une femme qui n'a pas mené de grossesse à terme, qui n'a pas accouché.

Une femme multipare a donné naissance à au moins un enfant.

Étymologiquement le mot nullipare vient du latin nullus « aucun » et parere « enfanter ».

Une femme nulligeste est une femme qui n'a jamais eu de grossesse (du latin gestatio « porter »).

Une femme nulligeste est forcément nullipare, mais l'inverse n'est pas vrai. Ces deux mots sont utilisés de manière équivalente dans la littérature concernant les DIU.

Dans le cadre de l'insertion d'un dispositif, les patientes ayant accouché par césarienne, donc non nullipares, sont considérées comme telles, car le col n'a pas subi de contraintes liées à l'accouchement par voie basse.

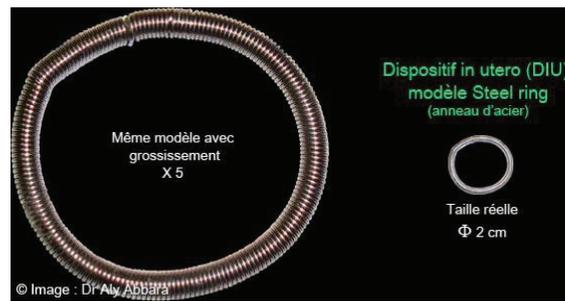
2. HISTORIQUE DUDIU

L'idée de recourir à un corps étranger intra-utérin pour éviter les grossesses est connue depuis la plus Haute Antiquité (les Arabes et les Turcs plaçaient des galets dans l'utérus des chamelles lors des longues traversées du désert, ils déposaient de l'acacia ou des morceaux de papyrus chez les ânesses, et à Rome, on plaçait de la ouate chez les chèvres)⁵.

En 1909 : Premier DIU créé par un physicien allemand : Richard Richter. Il s'agissait d'un anneau fait de deux crins de Florence⁶.

En 1928 : Ernest Grafenberg, médecin berlinois, développa des anneaux spiralés faits en argent ou en un alliage de cuivre zinc et nickel. Ces « Anneaux de Grafenberg » furent utilisés dans les années 30 mais ils ont été responsables de nombreuses complications en particulier d'endométrites et de salpingites aiguës, entraînant ainsi plusieurs décès. Son travail a été condamné par l'ensemble de la profession médicale.

*Figure2 : Anneau en acier.*²



En 1937 : L'American Medical Association Committee on Contraceptive Practices marque « son opposition totale à la contraception par méthodes intra-utérines ». Les dispositifs intra-utérins furent condamnés en Europe, mais ils continuèrent d'être utilisés au Japon.

En 1959 : Les premiers rapports attestant de la sécurité et de l'efficacité du DIU parviennent d'Israël et du Japon. « Le *Population Council* de New York se lance dans un programme de recherche intensif qui aboutit au stérilet moderne, relativement bien ancré dans la cavité utérine et bien toléré. »

En 1962 : Découverte du polyéthylène : plastique biologiquement inerte et temporairement déformable. Ainsi le docteur Ishihama au Japon remplace le fer par du plastique.

En 1964 : La spirale de Mergulies et, en 1965, la boucle de Lippes sont les premiers DIU en polyéthylène.

Le docteur Lazar Mergulies, de New-York, inventa la technique d'insertion consistant à glisser le dispositif en polyéthylène dans un fin tube en plastique qui permet de l'introduire sans avoir à dilater le col. Une fois le DIU expulsé de ce tube à l'aide d'un piston, il reprend sa forme initiale.

En 1967 : La loi Neuwirth légalise la pose du DIU uniquement dans les centres hospitaliers.

En 1968 : Le docteur Tatum invente la forme en T après la découverte que la cavité utérine, quand elle se contracte, adopte la forme d'un T.

² Image disponible sur le site www.aly-abbara.com

Jaime Zipper découvre l'effet contraceptif du cuivre augmentant ainsi son efficacité tout en diminuant leur taille, ce qui a pour conséquence une pose plus facile et une amélioration de la tolérance⁷.

En 1969 : Le premier DIU au cuivre, le Tcu 200 (200 mm² de surface de cuivre) est produit.

Fin des années 60 : Découverte par le docteur Antonio Scommegna du rôle de la progestérone sur la muqueuse utérine.

En 1971 : Le DALKON SHIELD est un DIU en plastique responsable de nombreuses infections graves (200 000 infections pelviennes, hystérectomies ou autres problèmes gynécologiques et 18 décès dont une grande partie chez les nullipares). Le fil attaché au DIU, composé de plusieurs filaments, agissait comme « une mèche » le long de laquelle les bactéries remontaient du vagin dans l'utérus. Il y a eu de nombreuses poursuites judiciaires (plus de 300 000 plaintes) aux Etats-Unis à cause des complications avec des condamnations et des dommages et intérêts accordés aux victimes. Par la suite les DIU ont largement disparu du marché américain. À l'exception du DIU au cuivre, tous les autres modèles ont été volontairement retirés du marché en 1974, suite à la baisse considérable des ventes. Cet épisode est en grande partie responsable de la mauvaise réputation des DIU, notamment aux USA.

*Figure 3 : Dalkon shield.*³



En 1972 : La pose de DIU est possible dans les centres médicaux agréés par la sécurité sociale.

³ Image disponible sur wired.com.

Puis en 1975 il est remboursé et rapidement par la suite, la pose le sera également.

En 1974 : Progestasert 38 R, chef de file des DIU hormonaux à base de progestérone naturelle (retrait du marché en 2000).

En 1975 : Première communication sur le DIU au Lévonorgestrel par le docteur Joupi Valter Tapani Luukkainen, finlandais.

En 1997 : Commercialisation de Mirena 52

En 2002 : Loi du 4 mars 2002 : les DIU ne peuvent être prescrits et insérés que par un médecin ou une sage-femme.

Figure 4 : Les différents DIU depuis 1909 à 1992 d'après K.Semm. ⁴

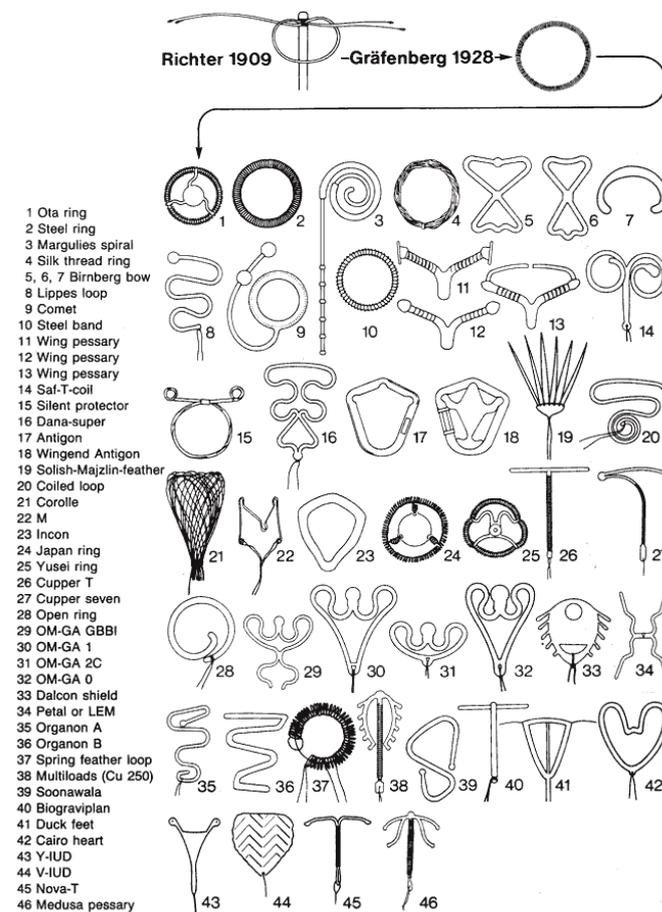


Planche 25.1. Les différents stérilets de 1909 à nos jours (d'après K. Semm, président des IFFS 1986-1989, D-2300 Kiel 1, Allemagne).

Image extraite de : David Serfaty " La Contraception ". Doin Editeurs - Paris - 1992

aly-abbara.com

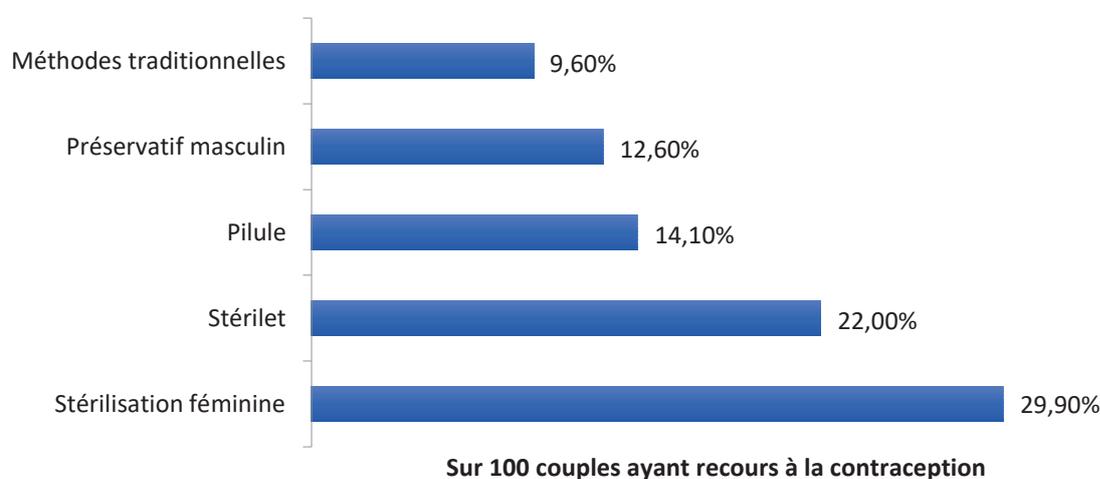
⁴ Image disponible sur le site : www.aly-abbara.com

III. JUSTIFICATIONS ET CONTEXTE

1. LE DIU DANS LE MONDE

Dans le monde, environ 64 % des femmes de 15 à 49 ans utilisent un moyen de contraception en 2015, contre 55% en 1990. La stérilisation féminine et le DIU sont les méthodes les plus courantes⁸, ainsi le DIU est la première méthode réversible utilisée dans le monde.

Figure 5 : Méthodes de contraceptions les plus utilisées dans le monde.⁵



Selon les dernières données de l’OMS⁸, en Europe, ce sont les pays du nord qui ont la prévalence de DIU chez les femmes de 15 à 49 ans, la plus élevée : Estonie : 36% ; Lettonie : 28 % ; Finlande 25.8 % ; Norvège 23.3%. En Finlande et en Norvège, le DIU pour les nullipares est prescrit en seconde intention dans le cas d’une contre-indication à la pilule oestro-progestative⁹.

La France est bien classée avec 21.5 % à côté de ses voisins italiens (5.8%), espagnols (6.4 %) et allemands (5.9%).

En France et en Europe, la prescription de DIU est réservée en majorité aux femmes ayant eu des enfants.

⁵ Institut national d’études démographiques « World Contraceptive Patterns 2013 », Division de la Population des Nations Unies

Dans les pays anglo-saxons, les utilisatrices de DIU sont minoritaires : 8.9% aux USA, 10 % au Royaume-Uni et 1 % au Canada.

Le DIU est très utilisé en Asie, surtout en Chine (40.6 % des femmes de 15 à 49 ans). Les plus grands adeptes au monde sont les Ouzbeks avec 49.7 % d'utilisatrices.

Les disparités géographiques concernant le DIU ont des explications différentes selon chaque pays.

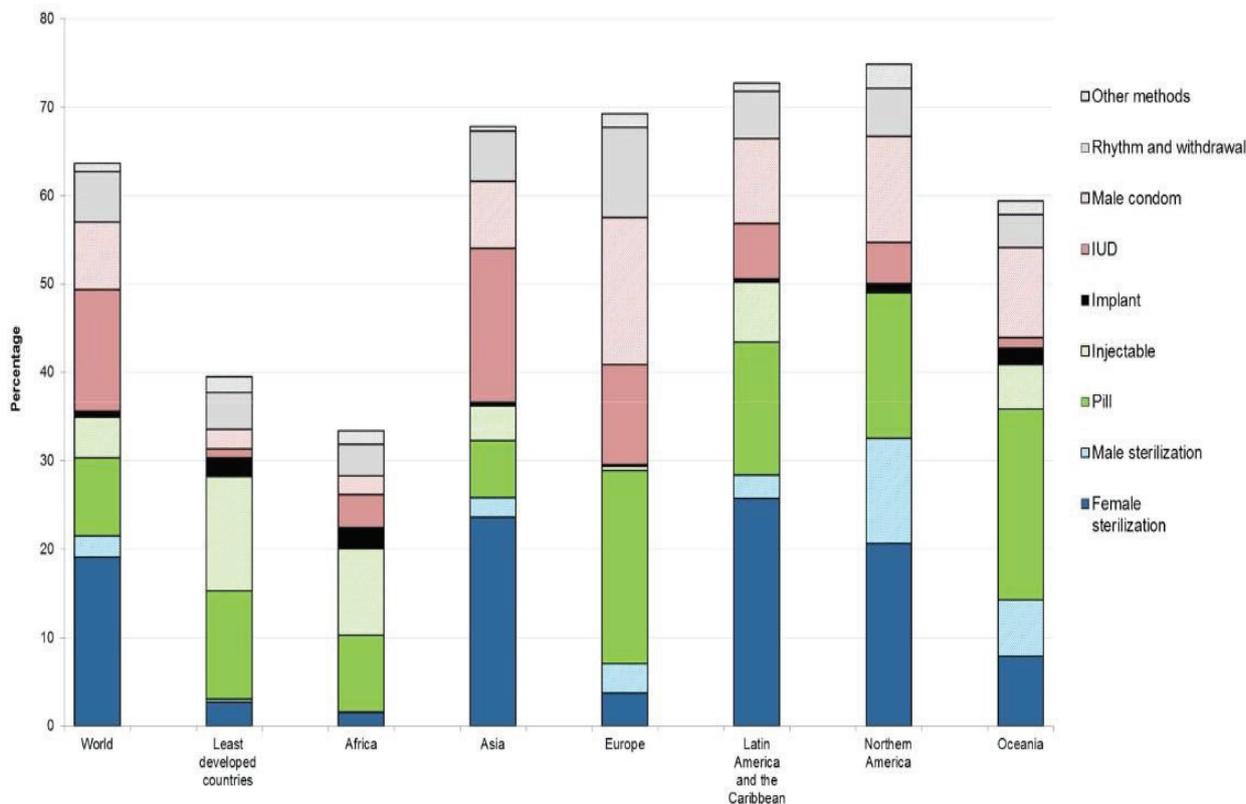
Aux USA, l'affaire du Dalkon Shield a laissé une empreinte négative. De même, l'accès difficile aux soins a probablement un rôle à jouer dans sa faible utilisation. La stérilisation est la méthode couramment utilisée pour les femmes n'ayant plus de désir de grossesse dans ce pays.

Au Royaume-Uni, devant la forte prévalence des IST en particulier du Chlamydia Trachomatis, l'utilisation du DIU est fortement associée dans les esprits à l'apparition de maladies inflammatoires pelviennes, ainsi le recours au préservatif est fort (27%).

La Chine et les pays d'Europe de l'est sont des adeptes du DIU au cuivre, la contraception hormonale étant considérée à risque. Ceci résulterait d'une cause historique : pendant la guerre froide, les politiques du bloc communiste auraient fortement privilégié le dispositif puisque la pilule contraceptive était une invention du parti capitaliste occidental. De plus, la Chine exerçait une politique d'enfant unique.

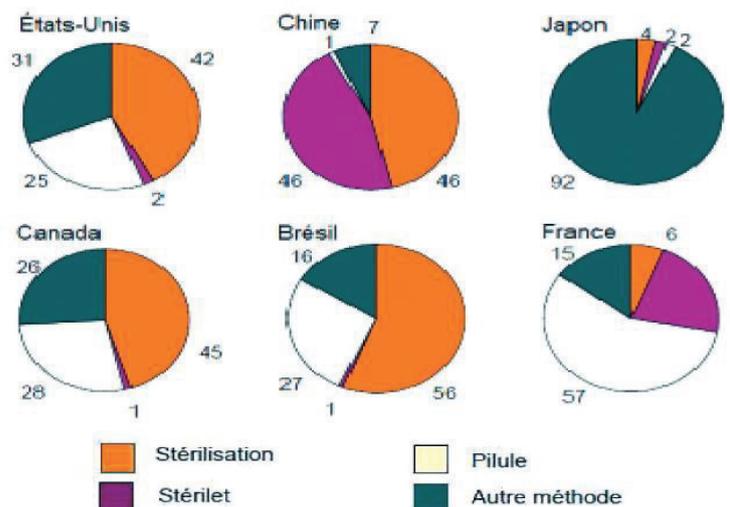
Ce comparatif international montre qu'il y a de nombreux facteurs extérieurs et historiques qui influencent la norme contraceptive de chaque pays.

Figure 6 : La prévalence de la contraception parmi les couples mariés ou en union de 15 à 49 ans, par méthodes et région 2015⁶



NOTE: Estimates are from annex table III. Other methods consist of vaginal barrier methods, other modern methods and traditional methods.

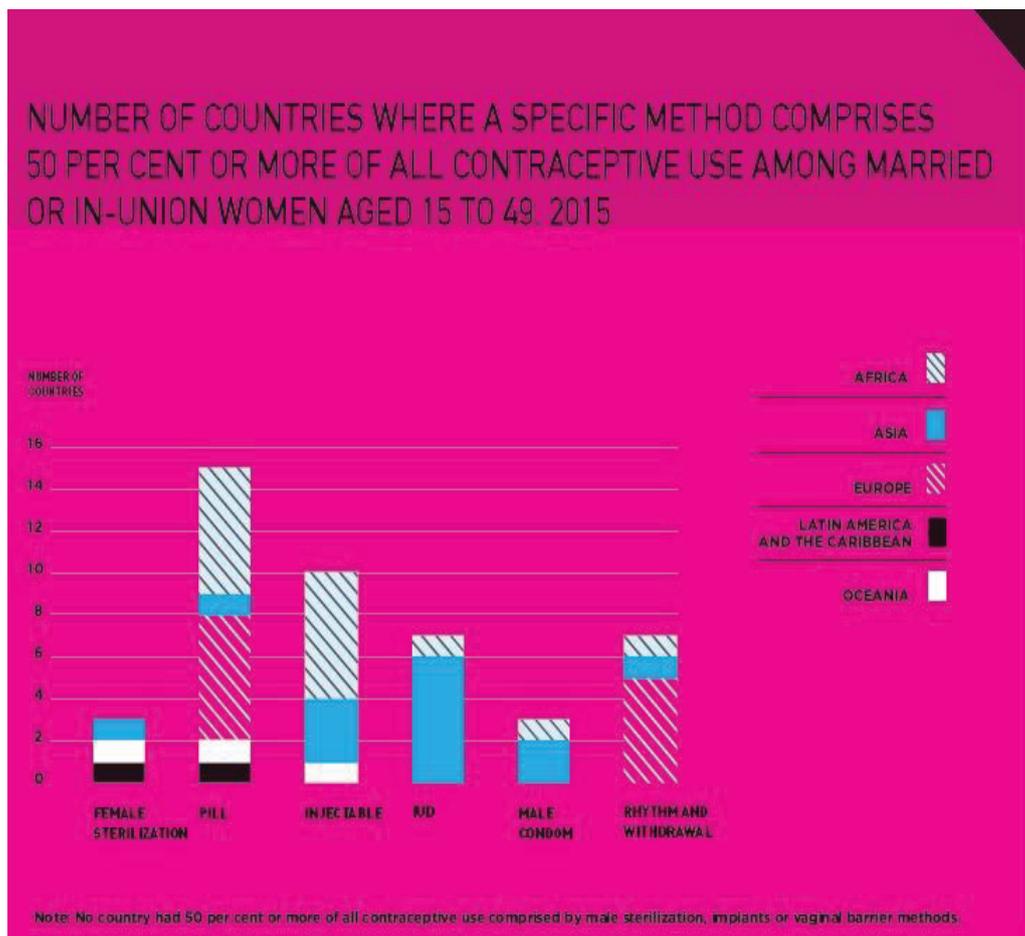
Figure 7 : Méthodes de contraception utilisées dans certains pays (pour 100 couples mariés utilisant la contraception)⁷.



⁶ United Nations ; Trends in Contraceptive Use Worldwide, 2015, Department of Economic and Social Affairs Population Division.

⁷ INED (2010), d'après ONU (2009).

Figure 8 : Nombre de pays où une méthode spécifique comprend 50 pour cent ou plus de toute utilisation de contraceptifs chez les femmes mariées ou en couple âgées de 15 à 49 ans. 2015⁸.



2. CONTEXTE HISTORIQUE

Le DIU est probablement le système contraceptif le plus ancien. Son long passé lui a valu des hauts et des bas marquant les mémoires collectives.

Il y a juste 40 ans, le procès Dalkon Shield a noirci l'histoire des DIU. Alors qu'aucun autre dispositif n'avait les mêmes caractéristiques physiques que le Dalkon Shield, ni par conséquent les mêmes taux d'infections, une publicité défavorable a débuté suspectant, à l'époque, tous les types de DIU. Les femmes et les médecins ont été, cela se comprend, prudents. Cet événement est probablement grandement responsable de l'impopularité et de la persistance d'une méfiance envers ce moyen de contraception.

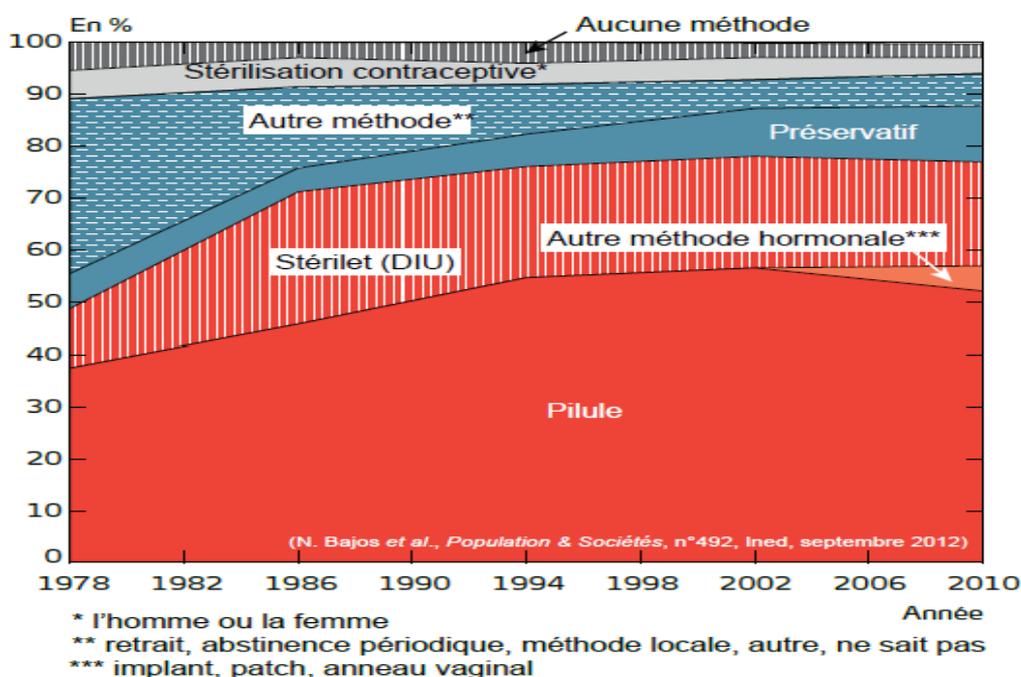
⁸ Institut national d'études démographiques « World Contraceptive Patterns 2015 », Division de la Population des Nations Unies.

3. LE DIU CHEZ LA NULLIPARE AUJOURD'HUI EN FRANCE

Depuis la légalisation de la contraception en 1967 par la loi Neuwirth, la pilule a toujours été la méthode la plus utilisée en France : 1 femme sur deux âgée de 15 à 49 ans l'utilise en 2010¹⁰. Depuis les années 2000, la proportion de femmes ayant recours à la pilule a légèrement diminué (-4.6 points)¹¹ faisant place aux nouvelles méthodes hormonales (implant, patch, anneau vaginal).

Le recours au DIU chez les femmes âgées de moins de 30 ans, continue depuis les années 2000 à diminuer : de 4.6% en 2000 à 3.8 % en 2010.

Figure 9 : Les méthodes de contraception utilisées en France.⁹



Champ : femmes de 20 à 44 ans vivant en France métropolitaine, ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports sexuels et ne voulant pas d'enfant.

⁹ Enquête mondiale de fécondité (1978), Enquête régulation des naissances (1988), Enquête de situation familiale et emploi (1994), Enquête CoCon (2000), enquête Fecond (2010), disponible dans *Population et sociétés : la contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ?*

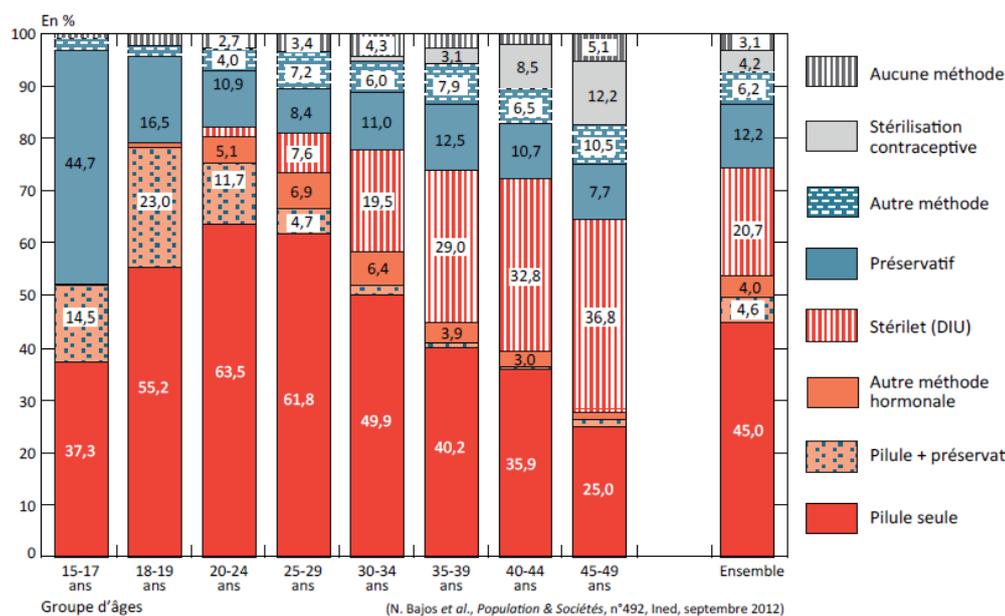
La norme contraceptive française est bien ancrée : recours aux préservatifs en début de vie sexuelle, utilisation de la pilule dès que la vie sexuelle se régularise, puis adoption du DIU après avoir eu des enfants. Ce modèle est peu flexible.

Les enquêtes réalisées par le groupe FECOND en 2010 et 2013 mettent en évidence que l'utilisation du DIU est fortement corrélée à l'âge malgré les recommandations de la Haute Autorité de Santé diffusées en 2004, précisant que les DIU « ne sont pas uniquement destinés aux femmes ayant eu un ou des enfants »¹². La prescription chez les femmes sans enfants n'avait pas évolué entre les années 2000 et 2010, mais on constate un léger progrès entre 2010 et 2013.

En 2010, le DIU est adopté par 21 % des femmes en moyenne (diminution depuis les années 2000), ce qui représente la deuxième méthode utilisée en France. Depuis les années 1970 il n'y a pas eu de réel changement concernant l'âge moyen d'utilisation de cette méthode. Ainsi, moins de 1 % des jeunes femmes (< 25 ans) et seulement 1.3 % des femmes de 15-49 ans sans enfant utilisent ce dispositif en 2010 versus 20 % chez celles qui ont eu un enfant et 40% chez les femmes ayant au moins deux enfants¹³.

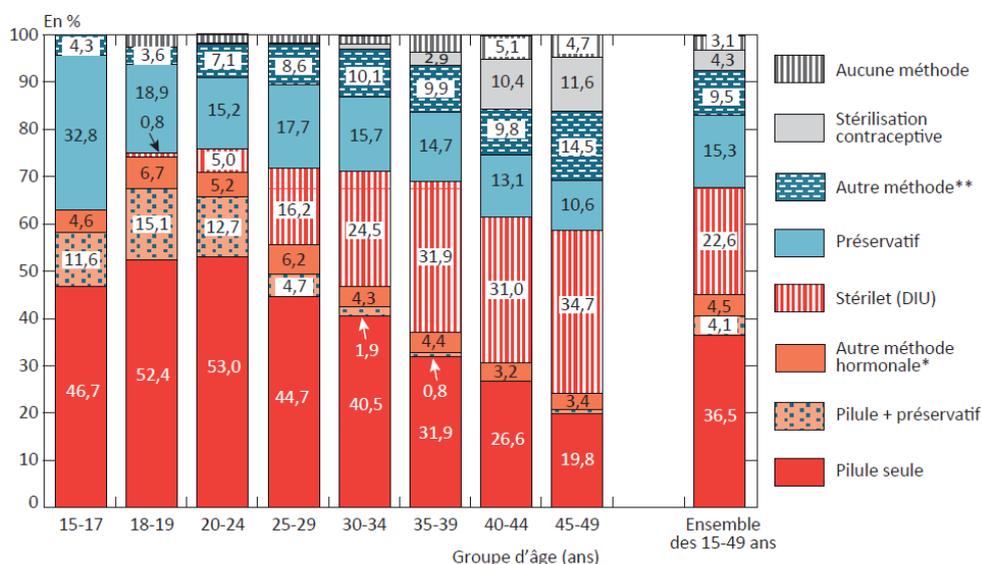
Après le débat médiatique de 2012-2013 sur les pilules de troisième et quatrième générations, le recul du recours à la pilule, observé depuis les années 2000¹¹ s'est renforcé (passage de 50% à 41% entre 2010 et 2013). Ainsi les pratiques contraceptives en France se sont diversifiées : les femmes adoptent d'autres méthodes notamment le DIU (+1.9 points par rapport à 2010)⁴⁴. Il y a pour la première fois une évolution chez les jeunes : le recours passe de 2 % à 5 % chez les femmes de 20 à 24 ans et de 8 à 16 % chez celles de 25 à 29 ans. Il s'agit du premier assouplissement de la norme contraceptive avec un passage de 0.4 % à 8% chez les femmes de 25 à 29 ans nullipares. Il n'y a pas eu, par contre, d'évolution pour les femmes de moins de 20 ans et pour celles de 20 à 24 ans sans enfants. Au total, seulement 3 % des femmes de 15 à 49 ans nullipares utilisent un DIU en 2013.

Figure 10 : Les méthodes de contraception utilisées en 2010 selon l'âge des femmes¹⁰.



Champ : femmes de 15 à 49 ans vivant en France métropolitaine, ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports sexuels et ne voulant pas d'enfant.

Figure 11 : Les méthodes de contraception utilisées en 2013 selon l'âge des femmes¹¹.



* Implant, patch, anneau vaginal

**Retrait, abstinence périodique, méthode locale

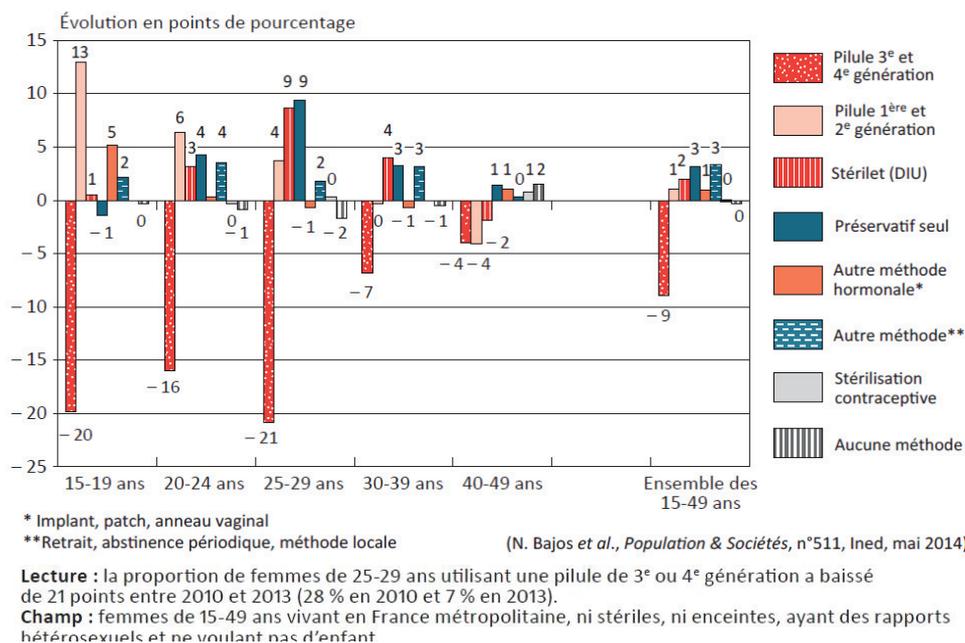
(N. Bajos et al., Population & Sociétés, n° 511, Ined, mai 2014)

Champ : femmes de 15-49 ans vivant en France métropolitaine, ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports hétérosexuels et ne voulant pas d'enfant (soit 75 % de l'ensemble des femmes de 15-49 ans).

¹⁰ Nathalie Bajos et al : La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Population et Sociétés, n° 492, 2012

¹¹ Nathalie Bajos et al : La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Population et Sociétés, n°511,2014

Figure 12 : Les méthodes de contraception utilisées entre 2010 et 2013 selon l'âge des femmes¹².



Malgré un début de changement de la norme contraceptive, la faible utilisation du DIU comme contraception chez les femmes nullipares, est probablement liée aux représentations des femmes et des professionnels de santé sur cette méthode.

4. LES REPRÉSENTATIONS DES MÉDECINS ET DES FEMMES

En France en 2010, 57% des femmes croyaient que le DIU était seulement adapté pour celles ayant eu des enfants, 18% pensaient qu'il altérerait la fertilité future et seulement la moitié pensait que le DIU était confortable à utiliser¹³.

Une enquête qualitative en 2012 sur les freins et les représentations des nullipares en France, montre que les femmes ont de nombreux préjugés vis-à-vis du DIU, engendrant ainsi des craintes, particulièrement sur la stérilité, la douleur lors de la pose, les difficultés pratiques d'utilisation et la gêne ressentie dans la vie quotidienne et pour la sexualité¹⁴. Aussi, ces fausses craintes pourraient disparaître grâce à une meilleure information. Cette même étude mettrait en

¹² Nathalie Bajos et al : *La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ?* Population et Sociétés, n° 511, 2014

évidence un défaut d'information provenant du praticien, alors que les femmes seraient en fait demandeuses d'éclaircissements.

Malgré les recommandations nationales et internationales qui appuient l'utilisation du DIU chez les femmes, indépendamment de l'âge et de l'état de parité^{15, 16, 17, 18}, les fausses idées persisteraient chez les professionnels de santé limitant ainsi son utilisation.

Du côté des médecins, l'étude FECOND 2010 montre que 69% des gynécologues et 85% des généralistes considèrent que le DIU n'est pas indiqué pour une nullipare. Aussi 52 % sont préoccupés par les risques élevés de GEU, 38 % par les risques élevés d'infections pelviennes¹⁴.

Figure 13 : La perception du DIU chez les femmes et praticiens¹³.

Women and Physicians' perceptions about the IUD

		Yes totally	Rather yes	Rather not	Not at all	Don't know
The IUD can alter future fertility	Women	7%	11%	30%	35%	16%
The IUD is only for women who already have children	Women	37%	20%	12%	26%	6%
The IUD is contra-indicated for nulliparous women	Gynecologists	41%	27%	14%	18%	
	GP	43%	42%	8%	8%	
	Total physicians	43%	40%	8%	7%	
The IUD is comfortable to use	Women	30%	20%	17%	15%	16%
	Gynecologists	34%	24%	33%	9%	
	GP	18%	37%	36%	10%	
	Total physicians	19%	35%	36%	9%	
The IUD is very often well tolerated	Gynecologists	36%	50%	14%	0%	
	GP	18%	51%	29%	1%	
	Total physicians	20%	51%	28%	1%	
The IUD is associated with a high risk of pelvic infection	Gynecologists	6%	23%	45%	27%	
	GP	13%	27%	33%	28%	
	Total physicians	12%	26%	34%	27%	
The IUD is the most effective reversible method	Gynecologists	9%	27%	43%	21%	
	GP	7%	23%	50%	20%	
	Total physicians	7%	23%	49%	20%	
The IUD is associated with a high risk of ectopic pregnancy	Gynecologists	10%	33%	42%	15%	
	GP	14%	40%	34%	12%	
	Total physicians	13%	39%	35%	12%	

¹³ Source : Moreau C et al : *IUD use in France : women's and physician's perspectives*, Contraception, 89 ,2014 p. 9–16

Une étude internationale réalisée en 2014 dans huit pays européens et au Canada auprès de médecins ayant vu au moins 20 patientes par mois pour la contraception, expose que les deux principaux obstacles pour proposer le DIU étaient la nulliparité (en France 57% des répondants) et les maladies inflammatoires pelviennes (en France 51% des répondants). Et les quatre principaux obstacles pour le proposer aux femmes nullipares étaient les difficultés d'insertion (en France 61% des répondants), la douleur à l'insertion (en France 39% des répondants), les MIP (en France 64% des répondants) et l'infertilité (en France 29% des répondants)¹⁹. Dans la plupart des pays, les répondants seraient beaucoup plus susceptibles d'inclure de façon proactive le DIU lors du conseil sur la contraception pour une femme pare que pour une nullipare (19% des répondants n'incluent jamais le DIU dans leur discours pour les nullipares en France). Par conséquent, divers obstacles et perceptions erronés persistent chez les professionnels de santé expliquant ainsi le faible taux d'utilisation du DIU chez les nullipares, malgré des recommandations internationales et de l'OMS qui classent l'utilisation du dispositif chez les nullipares en catégorie 2 (les avantages l'emportent sur les risques)¹⁸.

Ainsi les réticences des médecins entraveraient l'information faite aux jeunes femmes considérées comme à haut risque de grossesses non désirées. Une étude aux États-Unis, montre que 55% des jeunes femmes (de 14 à 27 ans) n'ont jamais entendu parler du DIU. Cette étude atteste également que les participantes ayant déjà entendu parler du dispositif par un professionnel de la santé, étaient trois fois plus intéressées à utiliser cette méthode de contraception²⁰.

Une autre étude réalisée dans le même pays, fait ressortir le fait que 60% des nullipares entre 14 et 24 ans ne connaissaient pas le DIU comme méthode contraceptive²¹ (ceci en sachant que le dispositif aux USA conserve une mauvaise réputation, et que seulement 8,9% des femmes l'utilisent comme méthode contraceptive en 2013⁸). L'étude FECOND met en évidence que les chances d'utiliser un DIU sont quatre fois plus élevées chez les femmes suivies par un gynécologue par rapport à celles suivies par un médecin généraliste (c'est-à-dire 10% des utilisatrices).

Les facteurs associés à des recommandations fréquentes sur le DIU sont la formation, l'acquisition de l'information médicale, les paramètres de la pratique professionnelle et des expériences personnelles.

Par conséquent, l'information médicale et la formation sont probablement un véhicule solide pour la promotion de l'utilisation du DIU. La réticence des médecins français à le prescrire aux femmes nullipares ou jeunes, semble avoir diminué pour la première fois depuis 2010, et plus encore après le scandale des pilules de troisième et quatrième générations, également en partie grâce à une demande des femmes elles-mêmes.

5. LES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE

En 2010, l'âge moyen en France du premier rapport sexuel est 17,6 ans pour les filles²². Or les femmes ne sont pas prêtes à débiter une grossesse trop tôt. L'allongement de la durée des études, la place croissante des femmes sur le marché du travail et le souci d'avoir un travail stable avant de fonder une famille retarderaient le désir de grossesse. L'âge moyen auquel les femmes accouchent de leur premier enfant en 2015 est de 28,5 ans²³. C'est quatre ans plus tard par rapport à 1967, où l'âge moyen était de 24,2 ans. Les changements de la condition féminine du dernier siècle contribueraient probablement au report de l'âge moyen à l'accouchement. Il y a donc, à peu près, onze ans de nulliparité.

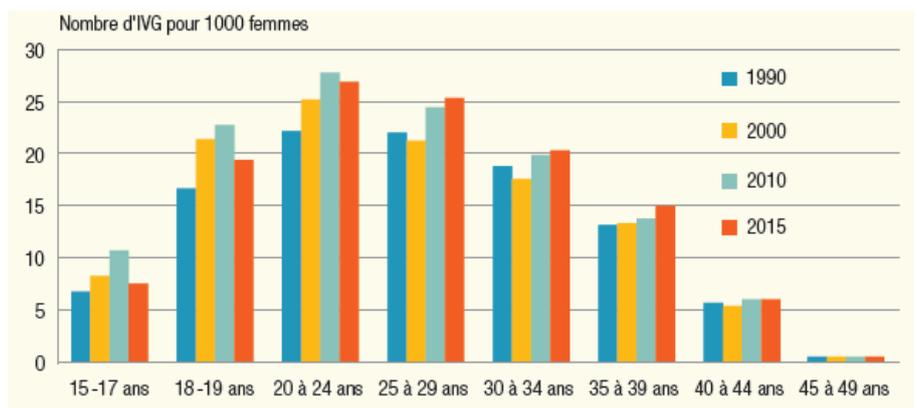
L'adolescence a toujours été associée à un grand potentiel reproducteur. De plus les adolescentes sont considérées comme faisant partie d'un groupe à haut risque de grossesses non désirées¹¹.

Le nombre d'IVG en 2015 selon la DRESS est de 218 100, ce qui correspond à un taux de recours sur l'année de 14,4 sur mille femmes de 15 à 49 ans. En 2015, le nombre d'interventions, selon la même source est de 86 271. On remarque que le nombre d'IVG n'a pas diminué depuis dix ans, on estime que près de 40% des femmes y auront recours dans leur vie. Depuis la loi Veil libéralisant l'avortement et la diffusion de la contraception moderne (politique de prévention, accès gratuit à la contraception dans les plannings) le taux de grossesse non prévue a diminué mais pas le taux d'IVG²⁴: les femmes recourent plus souvent à l'IVG en cas de grossesse non prévue.

Le nombre d'IVG répétées a augmenté : 33% des femmes ayant une IVG en avaient déjà eu au moins une auparavant².

Les femmes de 20 à 24 ans sont les plus concernées avec un taux de recours de 27 IVG pour 1000 femmes. Le taux est de 7,6 pour 1000 femmes parmi les 15- 17 ans et de 19,5 chez les 18-19 ans²⁵ en 2015.

Figure 14 : Evolution des taux de recours à l'IVG selon l'âge de 1990 à 2015¹⁴.



D'après le baromètre santé de 2010, plus d'un tiers des femmes de 15 à 29 ans déclarent une grossesse non prévue au cours des cinq dernières années.

Le taux d'IVG est ainsi prédominant chez les jeunes en dessous de 30 ans : deux tiers des IVG. Il est pratiqué dans 42 % des cas chez des femmes nullipares. Pourtant il y a une réelle augmentation de la couverture contraceptive avec 91,2% des femmes de 15 à 29 ans qui déclarent utiliser une contraception¹. Environ deux tiers des grossesses non désirées surviennent chez des femmes utilisant une contraception au moment de la conception, la pilule pour la plupart (41 % des femmes utilisent la pilule en 2013).

Ce paradoxe entre les taux de grossesse non désirée élevé et une couverture contraceptive étendue surtout chez les 15–30 ans provient probablement de plusieurs mécanismes complexes :

- Complexité dans l'évolution des comportements reproductifs,
- Non reconnaissance sociale de la sexualité chez les jeunes,
- Difficulté dans la gestion quotidienne de la contraception,

¹⁴ DRESS (SAE), ATIH (PMSI), INSEE (ELP), CNAM-TS (DCIR, nombre de forfaits médicamenteux de ville remboursés pour tous les régimes, depuis 2010 selon la date de l'acte. Insee (estimation de la population au 1^{er} janvier 2015).

- Méthodes utilisées mal adaptées aux conditions de vie sociale, affective et sexuelle.

Pour conclure, les femmes nullipares sont un enjeu de santé publique important dans la prévention des IVG. Prévenir des grossesses non désirées dans une population qui veut « prendre son temps » est primordial.

Le DIU est la contraception la plus rentable réversible²⁶ (même dans le contexte américain où son coût est nettement plus élevé qu'ailleurs), et son efficacité a été démontrée (ANNEXE 1). Les idées préconçues de la part des femmes nullipares, et surtout des professionnels de santé limiteraient le recours à une méthode qui pourrait être une réponse adéquate.

Apportons ici un éclairage sur le vrai et le faux concernant le DIU chez les nullipares.

IV. REVUE DE LA LITTÉRATURE : VRAI OU FAUX ?

1. PLUS DE MALADIES INFLAMMATOIRES PELVIENNES CHEZ LES NULLIPARES ?

Les maladies inflammatoires pelviennes regroupent les infections génitales hautes qui comprennent les endométrites, les salpingites et les abcès tubo-ovariens. Il s'agit de l'un des principaux freins à l'utilisation des DIU chez la femme nullipare en France (67% de répondants ont invoqué cette barrière en France dans une étude internationale).

Déjà en 1992, une revue de la littérature publiée dans le journal *The Lancet*, regroupant des données de douze études randomisées par l'OMS (23 000 patientes dont plus de 5000 femmes entre 15 et 24 ans), totalise un taux de MIP de 1,6 cas pour 1000 femmes par année d'utilisation. Si on regarde de plus près, après ajustement des variables confondantes, le taux est en réalité uniquement augmenté dans les 20 premiers jours suivant l'insertion (six fois le risque de base). Puis, le risque est faible et constant pendant les huit années de suivi (retour au risque de référence de MIP dans la population générale sans DIU : 1,4). Cette revue montre que le risque de MIP chez les utilisatrices de DIU est inversement proportionnel à l'âge : constatation probablement liée à une prévalence plus élevée d'IST chez les femmes plus jeunes contrairement à la prévalence du recours au DIU chez les jeunes. Cette grande étude est rassurante en montrant que le DIU ne cause pas de MIP et que le risque élevé est lié uniquement au processus d'insertion associé à une infection²⁷.

En 2001, Hubacher publie une étude cas-témoins regroupant 1 895 femmes utilisatrices de DIU et met en évidence que son utilisation n'est pas associée à un risque plus élevé d'occlusion tubaire chez les nullipares alors que l'infection à *Chlamydia Trachomatis* l'est²⁸.

En 2006 dans une revue systématique entre 1966 et 2005, les auteurs ne trouvent pas d'étude qui met en évidence un lien direct entre MIP et DIU. Pour cela il faudrait étudier une population de femmes ayant une IST et comparer le taux de MIP entre celles ayant eu une pose de DIU et celles sans (ne pas traiter une IST diagnostiquée n'étant pas éthique il est difficile de réaliser ce type d'étude). Ils ont trouvé six études prospectives avec des résultats indirects, analysant les femmes utilisatrices d'un DIU au cuivre, et ils ont comparé le groupe ayant une IST lors de

l'insertion et celui sans. Les femmes atteintes de Chlamydia ou Gonocoque lors de l'insertion du dispositif, ont plus de risques d'avoir une MIP par rapport aux femmes sans infection. Cette augmentation était significative dans seulement deux des études. La taille des échantillons était petite, les incidences et les prévalences étaient faibles ainsi les intervalles de confiance étaient grands et le suivi dans les six études était très court (4 x 1 mois, 2 x 3 mois et 1 x 2 mois et 1 x 4 mois). Le risque absolu de MIP était mince dans les deux groupes : 0-5% dans le groupe avec les IST et 0-2% dans le groupe sans IST. Les femmes porteuses d'une IST ont un risque plus élevé que celles sans IST de développer une MIP si un DIU est inséré, mais ce risque est très faible²⁹.

Une étude finlandaise randomisée multicentrique a suivi deux groupes de femmes à qui on a inséré un DIU : l'un au Lévonorgestrel (1 821) et l'autre au cuivre (927). Après trente-six mois, le taux brut de MIP était de 2% dans le groupe avec celui au cuivre et de 0,5% avec le DIU au Lévonorgestrel ($p < 0.013$). Les DIU hormonaux sembleraient avoir un effet protecteur sur le risque infectieux par rapport à ceux au cuivre ; d'après les auteurs, probablement par le biais de l'épaississement de la glaire cervicale³⁰.

Dans une étude rétrospective publiée en 2012 portant sur 57 728 insertions de DIU effectuées entre 2005 et 2009 en Californie, le risque absolu de MIP dans les 90 jours après l'insertion est de 5,4 pour 1000 insertions, avec aucune différence entre les diverses stratégies de dépistage pour Gonocoque et Chlamydia (pas de dépistage, dépistage avant ou le jour même de l'insertion)³¹.

Plusieurs sociétés de gynécologies obstétriques recommandent d'effectuer un dépistage des IST chez les jeunes femmes de moins de 25 ans ou chez les sujets présentant des facteurs de risques d'IST, avant ou pendant la pose³². Le taux d'infection à Chlamydia et Gonocoque est plus élevé chez les femmes âgées de 15-24 ans³³ (la prévalence du Chlamydia chez les femmes de 18-25 ans est de 3,6 %³⁴, et la majorité des MIP surviennent chez les femmes de moins de 25 ans³⁵.)

Comme le concluent les auteurs d'une revue en 2013³⁶, aucune étude n'a démontré une association entre l'utilisation des DIU et les MIP, sauf pendant les 20 premiers jours après l'insertion. C'est le contact sexuel avec une personne porteuse d'une IST qui est responsable de l'infection, que la femme soit porteuse d'un DIU ou pas et qu'elle soit nullipare ou pas. Ainsi l'examen clinique et un interrogatoire à la recherche de facteurs de risques d'IST : âge inférieur à 25 ans et sexuellement active, partenaires sexuels multiples, faible niveau socio-économique,

IST en cours ou récente, antécédent d'IST ou de MIP, doivent orienter vers un dépistage de Chlamydia et Gonocoque à réaliser avant la pose. Aussi les femmes doivent être averties que les DIU ne protègent pas des IST.

2. LA CRAINTE DE L'INFERTILITÉ

Dans l'étude FECOND de 2010, 18% des femmes interrogées pensent que le DIU altère la fertilité. Nous constatons une diminution de la probabilité de son utilisation chez les femmes qui craignent que le DIU pourrait poser des problèmes de fertilité.

Une étude cas-témoins réalisée au Mexique sur 1 895 femmes (1 311 femmes nullipares avec une infertilité primaire dont 358 avaient une occlusion tubaire et 584 femmes primipares) montre que l'utilisation d'un DIU au cuivre n'est pas associée à un risque accru d'occlusion tubaire chez les femmes nullipares : il y a la même proportion d'utilisation d'un DIU dans le groupe présentant une infertilité primaire avec occlusion tubaire que dans le groupe de femmes enceintes primipares. Par contre, l'infection à Chlamydia Trachomatis est significativement associée à l'occlusion tubaire²⁹.

Une étude norvégienne prospective sur 205 femmes compare une cohorte de 109 femmes ayant retiré leur DIU en vue d'une grossesse, à une cohorte de 96 femmes qui veulent devenir enceintes après avoir eu des complications avec leur DIU. Dans le premier groupe 93,6% (102/109) des femmes sont tombées enceintes dans les 25 mois (quatre ne voulaient plus être enceintes et trois ont débuté des bilans d'infertilité : dans deux cas il s'agissait d'infertilité masculine et le troisième d'endométriose). Dans le second groupe, 94 sur les 96 femmes ont été enceintes (les deux n'ont pas fait de bilan d'infertilité). Il n'y avait pas de différence significative selon la parité, la durée d'utilisation du DIU, et l'âge de son retrait. Ainsi cette étude n'a pas retrouvé de différence dans les taux de grossesse entre le groupe ayant fait retirer le DIU pour être enceinte et le groupe l'ayant retiré à cause de complications³⁷.

Une revue de la littérature, en 2011, a analysé 17 études, et retrouve des taux de grossesse à un an après l'arrêt des contraceptions (pilule, DIU hormonal et au cuivre, implant, injection) similaires à ceux rapportés après l'arrêt des méthodes barrières ou sans méthode contraceptive³⁸.

Une récente étude sortie en 2015 portant sur des femmes sexuellement actives de 18 à 35 ans n'a pas mis en évidence de différence dans les taux de grossesse à 12 mois et le temps pour être enceinte, après le retrait du DIU et l'arrêt des autres méthodes de contraception³⁹.

Les études sur le sujet sont peu nombreuses car difficiles à mener. Lors de la réalisation des recommandations de l'ANAES, aucun risque de stérilité tubaire lié au DIU n'a été démontré, y compris chez les nullipares. Le délai de retour à la fertilité est similaire aux autres méthodes contraceptives, y compris chez les nullipares. Ainsi le terme de « stérilet » doit être banni du langage car il laisse persister des inquiétudes illégitimes.

3. LE RISQUE DE GEU : MYTHES OU RÉALITÉ ?

On reproche fréquemment au DIU d'augmenter le risque de grossesse extra utérine (GEU). Il est nécessaire de bien distinguer le risque absolu de GEU en cas de port de DIU et le risque de GEU en cas de survenue de grossesse sur DIU.

Deux méta-analyses, celle de XU Xiong⁴⁰ et celle de Mol⁴¹ réalisées en 1995, retrouvent des résultats comparables.

Pour résumé, lorsque les témoins sont des femmes non enceintes en âge de procréer, on retrouve que les femmes utilisatrices de DIU n'ont pas plus de risque si on compare aux femmes qui pouvaient avoir une autre contraception, voire moins de risque d'avoir une GEU que celles sans contraception. Ce qui reflète la capacité contraceptive du DIU qui réduit le risque de grossesse qu'elle soit intra ou extra utérine.

Lorsque les témoins sont des femmes enceintes, le risque d'avoir une GEU est dix fois plus élevé chez les patientes avec le DIU que chez les patientes sans contraception. Ces résultats contribuent à l'idée que le DIU est un facteur de risque de GEU. Alors qu'ils ne mettent juste en évidence le fait qu'il prévient mieux des grossesses intra utérines qu'extra utérines (99,5% versus 95%)⁴².

Une étude récente faite à Shanghai en 2014⁴³ analyse les risques des GEU selon la méthode de contraception actuelle ou passée et confirme les résultats sus-jacents. L'utilisation du DIU réduit le risque de GEU par rapport aux femmes sans aucune contraception, mais lorsqu'il y a un échec du DIU et qu'une grossesse arrive le risque d'avoir une grossesse ectopique est 21 fois plus élevé que les femmes sans contraception.

Jean Bouyer a essayé de comprendre pourquoi une grossesse survenant alors que la femme porte un DIU, va être plutôt extra utérine qu'intra utérine. Cette étude a montré que les facteurs de risques sont très différents de ceux d'une GEU survenue sans contraception (tabac, antécédents chirurgicaux et obstétricaux, antécédents infectieux et IST, âge, infertilité). Sept facteurs sont associés au risque de GEU sous DIU : l'antécédent de fausse couche spontanée, de contraception par DIU et de pathologie tubaire, DIU au Lévonorgestrel, pose de DIU inférieur à un mois après l'accouchement, la durée d'utilisation du DIU en place, l'existence de consultations concernant des douleurs pelviennes après la pose⁴⁴.

Selon Guillebaud, si l'on considère que sur 1000 femmes qui ont des relations sexuelles sans contraception, au bout d'un an il y a 800 grossesses (taux de fécondité de la population), et que la fréquence des GEU est spontanément de 2 % en l'absence de contraception : il y aura parmi les 800 grossesses 16 GEU (2% de 800).

Sur 1000 femmes porteuses d'un DIU, il y aura chaque années 20 grossesses. Parmi les 20 grossesses, 10 % seront des GEU, soit 2 grossesses. Attention quand on dit que les « GEU sont plus fréquentes sur DIU », le terme « plus fréquentes » signifie donc « en proportion » et non « en nombre ». Ainsi quand une femme porteuse d'un DIU est enceinte, le pourcentage de GEU est plus élevé (10%) que parmi les femmes enceintes sans contraception (2%) mais le nombre de GEU est beaucoup plus faible parmi les utilisatrices de DIU (2) que parmi les femmes sans contraception (16). Par conséquent, une femme susceptible de souffrir d'une GEU court 8 fois moins de risque en se faisant poser un DIU qu'en ayant pas de contraception (et aussi moins de risque de grossesse ectopique qu'en prenant la pilule, puisqu'elle court moins de risque d'être enceinte en ayant un DIU).

Ainsi pour Guillebaud, l'hypothèse selon laquelle le DIU augmenterait le risque de GEU est un mythe⁴⁵ étant donné l'efficacité du DIU.

Ceci est confirmé par une analyse de 42 essais randomisés réalisée par Sivin montrant que le DIU au cuivre de deuxième génération et celui au Lévonorgestrel réduisaient le taux de grossesse ectopique à 10 % du taux atteint par les femmes sans contraception : par leur efficacité, les DIU exerceraient un effet protecteur. Il retrouvait un taux de GEU particulièrement faible 0,2 pour 1000 femmes par an⁴⁶. L'incidence de GEU chez les utilisatrices de DIU de 0,02 pour 100 femmes par an, alors qu'elle varie de 0,3 à 0,5 pour 100 femmes n'utilisant aucune contraception¹². De même une étude cas-témoins norvégienne

démontre ce fait en comparant 168 cas de GEU à 1169 femmes non enceintes, l'OR ajusté était de 0,09 [0,06 ; 0,13] lorsque le comparateur était les non utilisatrices d'une contraception⁴⁷.

Une étude n'a pas mis en évidence de différence significative de GEU selon que les femmes étaient initialement nulligestes (0,3% à 4 ans) ou non (0,7 % à 4 ans)⁴⁸.

Par conséquent, l'utilisation d'un DIU n'augmente pas le risque global de GEU, comparé au risque des femmes sans contraception : au contraire, une femme qui en porte un, aura 8 fois moins de risque de faire une GEU qu'une femme n'utilisant pas de contraception. Cela grâce à son efficacité supérieure à 99%. Par contre en cas de survenue de grossesse sous DIU, le risque de GEU est alors augmenté ainsi, Guillebaud dit « Toute utilisatrice de DIU avec un retard de règles et une douleur pelvienne est une GEU jusqu'à preuve du contraire ». Ces éléments sont valables indépendamment de la parité. Un antécédent de GEU n'est pas une contre-indication à la pose d'un DIU.

4. LES DIFFICULTÉS DE POSE ET LES EFFETS SECONDAIRES

A. DIFFICULTES DE LA POSE ET DOULEUR

La peur de la douleur lors de l'insertion du DIU est un obstacle à l'utilisation de cette méthode. Plusieurs études mettent en évidence, à l'aide d'échelles analogiques, un score de douleur plus élevé pendant la pose chez les femmes nullipares. Une prémédication antalgique est souvent utilisée pour limiter l'inconfort lié à cette manipulation et faciliter le geste. Cependant les études ne montrent pas leur efficacité.

Une étude chilienne sur 2 019 femmes n'ayant jamais eu de DIU montre que la douleur est plus importante chez les nullipares que chez les multipares. La prise d'ibuprofène 400mg 45 minutes avant la pose ne fait pas de différence significative sur le niveau de la douleur, que ce soit chez les nullipares ou chez les femmes ayant eu des enfants : le niveau moyen de la douleur était de 1 dans le groupe avec ibuprofène et dans le groupe placebo⁴⁹.

Les auteurs d'une étude récente sur 200 femmes confirment les résultats précédents, même après administration de 800mg d'ibuprofène. Les nullipares avaient un score moyen de douleur de 17,5 mm plus élevé que les femmes pères⁵⁰.

Une revue de la littérature de 2012 sur six essais (dont certains n'incluant que des nullipares) comparant la douleur après l'administration de Misoprostol, retrouve que les résultats s'entendent assez uniformément pour indiquer, qu'en plus de ne pas faciliter l'insertion du DIU, cela augmente les effets indésirables : contractions utérines, effets secondaires gastro-intestinaux, douleur. Une seule étude réalisée en 2007 sur les nullipares montre une différence significative entre l'administration de 400ug en sublinguale de Misoprostol associée à 100mg de Diclofénac et l'administration de 100mg de Diclofénac seul : le geste est « facilité » dans 74.4% et 55% respectivement⁵¹.

La diminution de la douleur avec un bloc para-cervical de Lidocaïne n'a pas été démontrée⁵².

Une étude récente sur 788 femmes n'a pas montré de différence des scores de douleur, lors de l'insertion de différents DIU (Mirena/cuivre et framless DIU). Les auteurs mettent en évidence que la nulliparité et les dysménorrhées sont des facteurs de plus fortes douleurs⁵³. Par contre, une étude de phase 2 comparant des DIU expérimentaux de petites tailles contenant du Lévonorgestrel versus le Mirena, montre que la pose d'un dispositif plus petit semble plus facile et moins douloureuse⁵⁴.

Une étude randomisée présentée en 2016 sur 90 femmes pères, a montré une différence statistiquement significative mais pas cliniquement significative de la diminution de la douleur après administration de deux comprimés de Diclofénac 1 heure avant la pose associée à du gel de Lidocaïne 2% au niveau du col 3 minutes avant la pose. Peut-être que les résultats seraient plus pertinents chez les femmes nullipares qui éprouvent plus de douleurs⁵⁵.

Les auteurs d'une revue systématique réalisée en 2015 sur tous les moyens antalgiques résumant que la plupart des méthodes ne réduisent pas la douleur. Certaines formulations Lidocaïne, Tramadol, Naproxène peuvent faire diminuer la douleur dans certaines populations⁵⁶.

Lors de la pose du DIU, pendant la manipulation du col, il peut survenir une bradycardie voire un malaise vagal. Aznar ne trouve pas que l'incidence de ce type d'événement soit plus élevée chez les nullipares⁵⁷.

De nombreuses études mettent en évidence que l'incidence des événements à type de bradycardie et malaises vagues chez les nullipares est plus élevée^{58 59 60}, mais pour certains auteurs la différence n'est pas statistiquement significative⁶¹.

En conclusion, la douleur à la pose est plus élevée chez les patientes nullipares que chez les femmes parées. Probablement de nouvelles techniques de pose vont être étudiées dans l'avenir pour permettre de réduire la douleur : technique de « la torpille », technique associant l'absence d'hystérométrie, échographie en direct impliquant la patiente et vessie pleine⁹³.

B. ÉCHEC DE LA POSE

Les auteurs d'une étude américaine sur 1 177 jeunes femmes et adolescentes n'ont pas montré de différence sur le taux de succès selon la parité lors de la première tentative de pose du DIU: taux de réussite de 95,8% chez les nullipares versus 96,7% chez les femmes parées⁶².

Comme vu ci-dessus, les études n'ont pas montré d'effet facilitateur du Misoprostol lors de la pose.

Dans plusieurs études parlant de l'insertion du DIU, les auteurs insistent sur l'expérience du praticien. Ainsi Harrison Woolrych rapportait 2,5% de problèmes à l'insertion chez les praticiens ayant inséré moins de dix dispositifs, contre 1,3% chez les praticiens en ayant inséré plus de cent⁶³.

Plusieurs études montrent que le taux d'insertion difficile est plus important pour le DIU au Lévonorgestrel ; ce qui est compréhensible étant donné le diamètre de l'inserteur^{64 68}.

C. EXPULSION

L'augmentation du risque d'expulsion chez les nullipares est un sujet controversé. Auparavant les facteurs de risque d'expulsion étaient : l'âge inférieur à 20 ans, la nulliparité, les dysménorrhées, les ménorragies, l'antécédent d'expulsion et la pose post IVG ou post accouchement.

Une revue systématique réalisée en 2007 sur les DIU au cuivre chez les nullipares, trouve que la nulliparité est associée à un risque accru d'expulsion⁶⁵. Plusieurs autres études n'ont pas retrouvé d'augmentation du risque d'expulsion chez les femmes nullipares^{66, 67, 68}.

Une grande étude publiée en 2015, et réalisée à Saint-Louis aux USA, « Contraceptive CHOICE Project », a été menée sur 5 403 femmes (4 219 DIU au Lévonorgestrel et 1 184 DIU au cuivre ; 40 % de nullipares). Pendant la période d'observation, 432 expulsions ont été rapportées, soit un taux cumulé à trois ans de 10,2% sans différence selon le type de DIU. Le taux d'expulsion est moindre chez les femmes nullipares comparé aux femmes ayant eu au moins une grossesse (8,4% versus 11,4% $p < 0,001$). Lorsque l'on compare le taux d'expulsion selon le type de DIU chez les femmes nullipares, le risque est moindre avec le DIU au Lévonorgestrel, mais pas avec celui au cuivre⁶⁹.

Les auteurs d'une étude rétrospective récente sur 2 138 femmes, ont retrouvé un taux global d'expulsion de 6%, après un suivi moyen de trente-sept mois, identique quels que soient l'âge et la parité⁷⁰.

Par conséquent, les études retrouvant des taux d'expulsion augmentés chez les nullipares datent des années 1970 - 1980. Les DIU utilisés à cette époque sont des prototypes qui n'existent plus sur le marché. Il est nécessaire d'utiliser un DIU de taille adaptée chez la nullipare. Deux grandes études récentes sur des grands échantillons sont rassurantes sur l'absence de risque accru d'expulsion chez les nullipares.

D. LE TAUX DE CONTINUATION ET LA TOLERANCE

Plusieurs études ont été menées sur la durée d'utilisation du DIU et les causes de retrait.

Garbers S. n'a pas mis en évidence de différence significative après ajustement des valeurs, entre le taux de continuation à six mois entre les femmes nullipares et multipares dans son étude sur 234 femmes portant un DIU au cuivre⁷¹. Les résultats d'une étude sur 2 138 femmes confirment Garbers après un suivi de 37 mois. Par contre, elle met en évidence que les jeunes femmes étaient plus susceptibles de demander le retrait du DIU sur une période de suivi de trente-sept mois : 49% d'abandon dans le groupe des 13-19 ans versus 37% chez les 25-35ans⁷⁵.

A partir du projet Contraceptive CHOICE (6 206 participantes), M. Abraham montre après une analyse multivariée des facteurs de risque d'arrêt à 12 mois, un risque plus élevé d'abandon chez les femmes nullipares utilisant un DIU au cuivre (il n'existe pas de différence lors du port au Lévonorgestrel). Il met en évidence que l'âge inférieur à 20 ans n'est pas associé à l'arrêt à 12 mois, contrairement aux études citées ci-dessus⁷². Une grande étude sur 90 000 patientes, confirme ce dernier fait, le taux d'abandon précoce ne diffère pas entre les adolescentes et les femmes plus âgées (25-44 ans)⁷³. Par contre tous âges confondus, on note davantage d'abandons lorsqu'il s'agit d'un DIU au cuivre par rapport à un DIU hormonal.

Les facteurs motivant l'arrêt de la contraception par DIU sont essentiellement les douleurs et les saignements anormaux.

Par conséquent, la crainte d'une mauvaise tolérance plus importante chez les nullipares par rapport aux femmes parées, ne doit pas exister. Par contre un abandon plus précoce chez les jeunes filles a été démontré dans plusieurs études.

5. CONCLUSION

L'OMS classe l'utilisation du DIU chez les nullipares en catégorie 2 : état dans lequel les avantages de la méthode contraceptive l'emportent en général sur les risques théoriques ou avérés.

À travers ce travail, nous avons pu remarquer que la plupart des études contredisent les représentations des professionnels de santé.

Concernant le risque infectieux, ce ne sont ni l'âge ni la parité qui sont en cause, mais bien les infections sexuellement transmissibles, qui représentent le premier facteur de risque de maladies inflammatoires pelviennes. Le risque infectieux est comportemental, ce sont les patientes à haut risque d'IST qui sont à risque de MIP, et ce, qu'elles soient nullipares ou non, porteuses d'un DIU ou non. Un dépistage doit être proposé chez les femmes nullipares aux facteurs de risques d'IST.

Concernant le risque d'infertilité, les études ne montrent aucun problème de fertilité chez les anciennes utilisatrices de DIU, nullipares ou non. Il n'existe pas d'augmentation du risque d'occlusions tubaires chez les nullipares, mais une corrélation entre l'occlusion tubaire et la

présence de *Chlamydia Trachomatis*. Les études récentes n'ont pas mis en évidence un retour à la fertilité plus long chez les utilisatrices de DIU par rapport aux autres contraceptions.

L'utilisation du DIU, par son efficacité, réduit le risque de GEU d'un facteur 8 par rapport au risque d'une femme qui n'utilise pas de contraception. Par contre s'il y a un échec du DIU, la grossesse aura plus de risque d'être extra utérine qu'en l'absence de contraception.

Nous pouvons constater qu'en effet, l'incidence de la douleur à la pose est plus élevée chez les femmes nullipares. Les patientes doivent être informées de ce fait et l'administration d'antalgiques doit être proposée même si dans la littérature aucun n'a fait la preuve d'une grande efficacité pour réduire la douleur.

Que disent les femmes nullipares sur le déroulement de la pose ? Comment ont-elles vécu la douleur à la pose ?

Quel est leur expérience avec le DIU ?

Nous nous sommes intéressés dans la seconde partie, au parcours des femmes nullipares portant un DIU : les raisons de ce choix, l'accès au DIU, la douleur à la pose et le vécu avec le DIU.

V. MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. MÉTHODE DE LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

La recherche bibliographique a été réalisée en langue française et anglaise à partir des moteurs de recherche tels que Pub Med, Google Scholar, Sudoc, Cismef, Science Direct, et sur des sites tels que EM Premium (Elsevier Masson Premium), Cairn info, The Cochrane Library, la revue Prescrire, les sites de l'HAS, l'INSEE et l'INPES, ainsi que grâce à des ouvrages sur la contraception et son histoire.

Les mots clés de la recherche sont : Dispositif intra-utérin, femmes nullipares, contraception, médecine générale, méthode qualitative.

2. MÉTHODE EN RECHERCHE QUALITATIVE

A. LE CHOIX DE LA RECHERCHE QUALITATIVE

Nous avons choisi d'adopter une méthode qualitative exploratoire pour répondre à notre question de recherche.

La recherche qualitative permet l'étude, la compréhension et l'interprétation de phénomènes dans leur milieu naturel⁷⁴. Nous nous intéressons au domaine du vécu, du ressenti, des relations ; nous ne pouvons donc pas utiliser une méthode quantitative qui permet de quantifier des données chiffrées pour permettre d'établir une relation causale entre variables mesurables. Nous avons opté pour une recherche qualitative dans laquelle les résultats se présentent sous forme de mots, et les facteurs observés sont subjectifs, donc difficiles à mesurer.

La recherche qualitative ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative. De façon générale la recherche qualitative essaie de répondre aux questions de type « pourquoi » ou « comment ». Cette méthode peut permettre d'explorer les émotions, les sentiments des patients ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles. La recherche qualitative est particulièrement adaptée à la recherche en médecine générale, car elle permet d'élargir la compréhension de la santé et les déterminants de soins⁷⁵.

B. LE CHOIX DES ENTRETIENS INDIVIDUELS SEMI-DIRIGES

Il existe plusieurs types d'entretiens en recherche qualitative :

- Les entretiens de groupes ou focus groupe : il s'agit de groupes de 8 à 10 personnes rassemblées autour d'un sujet avec un animateur et un observateur.
- Les entretiens individuels : la personne est interviewée par un seul chercheur en tête à tête.

L'entretien individuel permet de créer un cadre intime facilitant l'expression. Par sa confidentialité, il permet de recueillir des informations en profondeur sur un thème à l'échelle individuelle et ainsi aborder des sujets plus délicats. Pour aborder le sujet du parcours contraceptif, de la pose du dispositif intra-utérin et de son vécu, l'entretien individuel a été préféré au focus groupe, en raison du caractère intime de nos questions et pour limiter l'autocensure dans la peur d'être jugé par ses pairs.

Les entretiens peuvent être structurés (ou dirigés) en utilisant un guide d'entretien structuré, semi-structuré (ou semi-dirigé) avec des questions à réponses ouvertes, ou approfondis (un ou deux points étudiés de façon très détaillée).

L'enquête par entretiens semi-dirigés à visée exploratoire a été choisie pour permettre aux femmes de s'exprimer le plus librement possible sur leur vécu en respectant une ligne directrice grâce au guide d'entretien et ses questions ouvertes.

C. LE GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-STRUCTURE

Le guide d'entretien a été élaboré à partir des questions de recherche, à l'aide de la revue de la littérature et en comparaison avec d'autres études qualitatives portant sur le DIU et les nullipares.

Le premier guide d'entretien (ANNEXE 2) pose des questions ouvertes de façon chronologique sur les thèmes suivants : le choix du DIU, le déroulement de la pose, le vécu avec le DIU et la satisfaction globale. Il contient des questions de relance, plus précises, permettant d'encourager les patientes dans leur discours et de les faire rebondir si besoin. Ce premier guide a été testé auprès de trois participantes, ce qui a permis par la suite de reformuler certaines questions, pour

qu'il soit plus adapté, en particulier concernant la satisfaction des patientes. Tout entretien peut suggérer des hypothèses dont on cherchera les indices au cours des entretiens suivants, permettant ainsi d'ajuster le guide initial. La deuxième version du guide d'entretien (ANNEXE 3) permet de structurer l'interrogatoire sans diriger le discours, c'est une aide, surtout lorsque l'interviewer débute en recherche qualitative.

L'entretien se terminait par des questions fermées sur les données socio-démographiques telles que l'âge, le niveau socio-économique, la situation familiale, les antécédents et les informations concernant le professionnel qui a posé le DIU. L'objectif est d'établir les différents profils et de rechercher une variation maximale dans leur diversité. C'est cette diversité qui est la source des richesses des données.

D. L'ÉCHANTILLON DES PATIENTES

Dans la recherche qualitative, ce ne sont pas la taille et la représentativité de l'échantillon qui sont recherchées, contrairement aux études quantitatives, mais sa qualité : la sélection des participantes doit permettre la diversification des données.

L'échantillon doit être varié et raisonné concernant les critères socio-démographiques, les professionnels posant le DIU, l'âge à la pose, le temps depuis la pose du DIU, la durée d'utilisation du DIU.

La population étudiée était définie par : les femmes nullipares au moment de la pose, portant ou ayant porté un DIU.

Pour des raisons éthiques et législatives, nous préférons ne pas inclure de personnes mineures. Un autre critère de non inclusion était le refus des patientes de signer le consentement de participation à l'étude après lecture de la note d'information.

Pour recruter les patientes, nous avons demandé à des professionnels de santé posant des DIU de renseigner, par une lettre d'information, leurs patientes nullipares sur l'étude lors des consultations. Les praticiens ont été recrutés par effet dit « boule de neige » c'est-à-dire par réseau de connaissances. Ainsi, si les patientes voulaient participer, elles signaient un consentement (ANNEXE 4) permettant aux professionnels de santé de me transmettre leurs coordonnées.

Les professionnels de santé travaillent soit en libéral (secteur 1 ou 2), soit en centre de santé (Carrefour Santé Jeunes, Centre Mutualiste) en tant que médecin généraliste, gynécologue ou sage-femme. Des gynécologues hommes travaillant en libéral et un médecin hospitalier ont été contactés par mail pour varier les profils des médecins recruteurs, mais nous n'avons eu aucune réponse.

Après avoir reçu les coordonnées des patientes, je les ai contactées par téléphone pour me présenter et obtenir leur consentement à la participation de ce travail après les avoir renseignées sur les modalités de l'entretien. Aucune patiente n'a refusé de participer et ainsi, après avoir décidé d'une date et d'un lieu selon leur convenance, nous nous sommes rencontrées.

La taille de l'échantillon étudié ne fut pas décidée dès le début. En effet, malgré un maximum de diversification, à partir d'un certain nombre d'entretiens les informations recueillies apparaissent redondantes et semblent n'apporter rien de nouveau. Il fut décidé qu'une fois ce point de « saturation » atteint, après deux entretiens supplémentaires pour le confirmer, la campagne d'entretiens serait close⁸⁰. Ainsi nous sommes arrivés à saturation des données au bout de 12 entretiens et nous en avons réalisé deux de plus pour le confirmer.

E. REALISATION DES ENTRETIENS

J'ai réalisé tous les entretiens moi-même. Je me suis présentée comme chercheuse et non comme étudiante en médecine, selon les conseils des tuteurs de la cellule-thèse-qualitative de l'Université de médecine de Nice. Cela permettait aux patientes de s'exprimer en toute liberté concernant les professionnels de santé. J'ai expliqué aux participantes que les entretiens étaient bénévoles, qu'ils étaient enregistrés puis analysés, mais que toutes les données recueillies étaient confidentielles et anonymisées. Les patientes pouvaient avoir accès aux données si elles le désiraient. Je leur ai demandé de signer un formulaire de consentement (ANNEXE 5). Le comité de protection des personnes n'a pas été sollicité, conformément à la loi en vigueur, en l'absence d'intervention de soin.

Les entretiens ont été enregistrés avec un dictaphone numérique.

Les entretiens ont été réalisés à l'aide du guide d'entretien et grâce aux techniques classiques de l'entretien qualitatif (relance, approfondissement, reformulation, encouragement à poursuivre) à travers des signaux verbaux et non verbaux.

Dans l'heure suivant l'entretien, je notais mon impression globale : l'ambiance, mon ressenti, le cadre (lieu, installation), l'histoire de la patiente et les nouvelles idées ressortant de l'entretien. La rédaction de ce mémo « à chaud », appelé « lecture flottante » (ANNEXE 6) comme pré-analyse, permet de faire émerger les idées fortes et éviter la perte d'information concernant l'atmosphère, mon état d'esprit et celui de la patiente.

F. RETRANSCRIPTION ET ANALYSE

Chaque entretien enregistré a été retranscrit dans sa totalité, c'est-à-dire mot pour mot, sur un logiciel de traitement de texte Microsoft World, et anonymisé.

Les émotions, les intonations, les gestes et expressions ont été retranscrits en italique entre parenthèses. Lorsque les patientes insistaient dans leurs propos, l'expression a été écrite en gras. Les hésitations, les silences ont aussi été retranscrits. Ceci ne fait pas l'impasse sur une idée exprimée spontanément ou non. Ainsi nous avons obtenu les verbatims de l'étude (ANNEXE 7).

Les verbatims ont ensuite fait l'objet d'une analyse thématique par théorisation ancrée, c'est-à-dire au fur et à mesure des entretiens. Les informations susceptibles de répondre à la question posée, ont été sélectionnées et extraites du discours permettant leur codage en unités thématiques.

Ces thèmes n'ont pas été prédéfinis à l'avance mais se sont dégagés au fur et à mesure de l'analyse.

Premièrement, une analyse verticale a été réalisée, c'est-à-dire que chaque entretien a été analysé, en faisant abstraction des entretiens précédents, permettant de faire ressortir tous les thèmes et ne laissant aucune idée nouvelle de côté. (ANNEXE 8).

Puis une analyse transversale a permis de regrouper les différents thèmes, nous pouvons ainsi évaluer la récurrence de chaque thème, s'il y a des contradictions tous entretiens confondus (ANNEXE 9).

Les thèmes et sous-thèmes ont été inscrits dans un tableau pour chaque entretien à l'aide d'un logiciel Excel, puis dans un autre tableau regroupant les différents entretiens.

J'ai réalisé moi-même le codage avec l'aide du Docteur Compe, permettant ainsi d'être le plus objective possible.

VI. RÉSULTATS

1. CARACTÉRISTIQUES DEL'ÉCHANTILLON

Les entretiens se sont déroulés d'août 2016 à mai 2017, à l'endroit souhaité par les patientes : au domicile des patientes pour la plupart, au lieu de travail, dans un café, ou chez moi.

La durée des entretiens était comprise entre huit minutes et une heure 18 minutes, avec une durée moyenne de 25 minutes.

Notre échantillon est composé de 14 femmes âgées de 20 à 48 ans avec une moyenne d'âge de 28 ans. Elles étaient toutes en couple, sauf trois qui étaient célibataires. Trois patientes vivent dans un milieu semi-rural, deux dans un milieu rural et les autres dans un milieu urbain (ANNEXE 10).

Concernant le DIU, onze patientes ont eu un DIU au cuivre et quatre ont eu un DIU hormonal. Deux patientes ont eu deux DIU au cuivre, et une a utilisé un DIU au cuivre puis un DIU au lévonorgestrel. Quatre patientes l'ont posé après un IVG.

L'âge à la pose était compris entre 18 ans et 45 ans avec une moyenne d'âge de la première pose à 26 ans. La durée d'utilisation du DIU est comprise entre trois mois et cinq ans avec une durée moyenne de 16.9 mois. Quatre patientes n'avaient plus leur DIU lors de l'entretien.

Sur les 17 poses de DIU dans notre étude, trois avaient été réalisées par un gynécologue en libéral, quatre par un médecin généraliste en libéral, et dix poses dans un centre de santé (une par une sage-femme, quatre par un gynécologue et cinq par un médecin généraliste).

2. RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

A. LE PARCOURS CONTRACEPTIF MENANT AU CHOIX DU DIU

a. LA NORME CONTRACEPTIVE

α. Le monopole de la pilule chez les nullipares

Toutes les patientes ont reçu comme première contraception la pilule, ce qui met en évidence la primauté donnée à cette méthode chez les nullipares :

Patiente 3 : « *Oui, je suis restée à la pilule... LA PILULE ! J'ai toujours eu la pilule !* »

Patiente 8 : « *Alors, en fait, moi, j'ai commencé à prendre la pilule quand j'ai commencé à avoir des rapports* »

Patiente 11 : « *Depuis l'âge de 15 ans, jusqu'à ce que je fasse mon AVC, j'étais sous pilule.* »

β. Le DIU non proposé par les professionnels de santé en première intention

Le DIU n'est, de façon générale, pas présenté spontanément par les professionnels de santé lors de l'information initiale sur la contraception aux nullipares.

Patiente 13 : « *...parce que moi, la première gynéco que j'avais vue, c'était quand j'avais 16 ans... ben voilà, quand on m'a dit "Pilule", ben allez, c'était parti, c'était pilule, quoi ! On ne s'est pas posé la question de comment on peut faire autrement, tu vois !* »

Patient 10 : « *Parce que, en fait, d'eux-mêmes, ils ne me l'ont jamais proposé quoi, parce que quand il parlait du moyen contraceptif pour une femme de mon âge qui n'avait jamais eu d'enfants, c'était forcément pilule ou l'implant quoi, au final.* »

γ. La remise en question de la pilule par les professionnels de santé uniquement en cas d'intolérance ou de contre-indication médicale

Un changement de contraception est amorcé par les médecins lorsqu'il existe une contre-indication médicale à la pilule.

Patiente 11 : « ... j'ai eu un AVC, donc on m'a enlevé la contraception, euh... et l'arrêt du tabac... Donc, je pouvais plus prendre de pilule, donc il fallait que je fasse soit la pose d'un stérilet, soit ligaturer les trompes...Docteur D. me l'a proposé. »

Patiente 8 : « ...elle m'a dit "T'es fumeuse, maintenant, en plus, t'es en surpoids à cause de l'implant, ta mère a fait une rupture d'anévrisme, donc faut que tu mettes un stérilet". C'était le seul moyen de contraception, parce que j'étais une patiente à risque pour la pilule, je prenais trop de risques...moi, j'ai un traitement, ça s'appelle ABILIFY et du coup, je peux pas tomber enceinte avec ; ça peut être risqué pour le bébé. »

Et parfois, la proposition du DIU vient en seconde intention, voire en troisième ou dernière intention par les professionnels de santé devant une intolérance aux autres modes de contraception.

Patiente 1 : « C'est juste qu'à chaque fois, avec chaque pilule, y'avait un souci et du coup, on cherchait un nouveau moyen de contraception et du coup, c'est là qu'elle m'a proposé le stérilet... »

Patiente 6 : « ... (la gynécologue) qui m'a instauré MINESSE comme pilule, et j'avais tout le temps des spotting. Donc, ensuite, on était passé à MINIDRIL, je crois, à l'époque, et y'avait aussi des spotting. Et puis, j'avais aussi des nausées... donc voilà, ça me convenait pas trop ! ... et donc du coup, elle m'a proposé le stérilet. »

δ. Le DIU est plus facilement recommandé par le corps médical après une IVG

Dans le cadre d'une grossesse non désirée sous contraception orale suivie d'une IVG, nous constatons que les professionnels de santé proposent le DIU plus facilement.

Patiente 1 : « *C'est parce que je suis passée par eux, en fait, pour avorter. Et du coup, elle m'a dit que vu que j'étais sous pilule et que j'étais tombée enceinte, qu'ils allaient me mettre le stérilet...c'est elle qui m'a proposé même plusieurs choses, comme l'implant et tout ça, et voilà, j'ai choisi le stérilet.* »

Patiente 2 : « *...donc j'ai arrêté la pilule...Pendant un an, je n'ai pas eu de contraceptif et, euh... forcément : grossesse non désirée. ...Donc après, il a fallu une contraception... Je suis restée un moment sans contraception, et puis j'ai fait trois mois de pilule ou quatre, et puis en fait, j'ai pas supporté, et puis j'ai re-rien fait, et puis... pffffff ! ...Oui, en fait, c'était un an après (la pose du DIU).* »

Patiente 4 : « *...je suis tombée enceinte par hasard ... c'était pas le moment, et du coup, euh... on a fait l'intervention et c'est suite à ça que forcément, elle doit prescrire ou pas une contraception. C'est pour ça qu'on en est arrivé là et que moi, de toute façon, je savais bien que je ne voulais pas les autres contraceptions !* »

b. UNE DEMARCHE ET UNE DEMANDE VENANT DE LA PART DES PATIENTES

a. Les motifs du choix du DIU

Les motifs du choix du DIU sont multiples. Nous avons déjà vu les contre-indications médicales à certaines contraceptions impliquant le professionnel de santé dans la décision, ainsi que l'échec de la contraception permettant une réelle remise en cause de celle-ci par la patiente et le médecin.

Un cheminement personnel de la patiente, en dehors du cadre médical, entraîne une démarche vers le changement de mode de contraception.

α.1. Un retour au naturel

✓ Un refus de la contraception hormonale

Les femmes ont le désir d'une hygiène de vie plus saine, ce qui exclut les hormones exogènes, ressenties comme non naturelles. Elles se représentent ces hormones comme un élément perturbateur de leur physiologie.

Patiente 2 : « *Je VOULAIS PAS reprendre la pilule... Parce que l'idée d'avoir un cycle qui était pas naturel, ça me... c'était devenu insupportable ! Comme je voulais pas d'hormones ensuite, comme contraception... C'était un peu tombé sous le sens, quoi !* »

Patiente 4 : « *Après moi, personnellement, j'ai pas envie d'ingérer... d'avoir des hormones qui gèrent ma physiologie, quoi !* »

Patiente 5 : « *Après, tout ce qui est sans hormones, c'est quand même VACHEMENT MIEUX!* »

Patiente 7 : « *Donc, à un moment donné, je me suis dit qu'on allait arrêter de mettre le corps plus mal que ce qui va, et que peut-être, l'idéal, c'est d'arrêter les hormones...* »

« *Mais c'est vrai qu'au départ, je voulais des hormones..., et le problème, c'est que j'ai tellement souffert à cause de ces hormones, que je me suis dit que je préférerais souffrir à cause du manque d'hormones, de choses que mon corps fait de lui-même, mais pas à cause d'un médicament qu'on me donne et qui me déglingue petit à petit, quoi !* »

Patiente 8 : « *...alors que le stérilet, c'est 100 % naturel...* »

Patiente 13 : « *...ce qui m'intéressait aussi, c'est que moi, j'ai eu un DIU au cuivre, donc sans hormones ! Les hormones, on en bouffe, on en respire, euh... c'est de partout, on le sait ! Après, euh... c'était plutôt dans le sens "J'ai plus trop envie d'avoir des hormones, je préfère que mon corps fonctionne normalement" C'était vraiment pour l'aspect PAS D'HORMONES, QUOI !* »

Patiente 14 : « *Et puis, sensibilisée par tout ce qui est santé, etc., j'ai décidé de ne plus avoir recours aux hormones du tout, mais pour autant, je ne voulais toujours pas d'enfant, voilà ! Solution pas pratique... je me suis dit "Stérilet au cuivre : SUPER !". C'est naturel, etc... Par rapport à ma sensibilité, je suis très portée sur les médecines douces, etc... En grandissant, quand on devient adulte, on fait pas les mêmes choix !... J'étais toujours pas prête à reprendre*

les hormones ; j'avais peur que ça ait un effet quelconque sur mon corps, euh... je sais pas, que je me mette à grossir »

✓ Le mode d'action dit « mécanique » considéré comme plus sain

Le mode d'action dit « mécanique » est représenté comme plus sain pour le corps que l'action dite « chimique ».

Patiente 3 : « Du coup, comme je suis pas pour tout ce qui est... enfin, je préfère ce qui est mécanique à ce qui est chimique. Je trouve ça, peut-être pas plus sain, mais en tout cas, on connaît mieux l'action, et même si ça a aussi des effets pas très sympas, euh... je trouve ça moins malsain sur le long terme, que le chimique, on va dire. »

Patiente 13 : « ...et que ce soit, entre guillemets, une contraception un peu plus MÉCANIQUE qu'hormonale, et du coup, euh... c'est pour ça que j'ai choisi ça et pas le DIU hormonal, quoi! »

Patiente 14 : « Après, on peut penser que le stérilet, c'est agressif d'une certaine manière, parce qu'on introduit quelque chose dans l'utérus, mais moi je pense que chimiquement parlant, euh... c'est moins agressif et on l'oublie... »

✓ Des convictions personnelles

Pour certaines patientes, il s'agirait de se sentir en accord avec leur idéologie : l'idée que la contraception hormonale serait une intervention artificielle non respectueuse du cycle menstruel naturel.

Patiente 4 : « Pour moi, à l'intérieur de moi, c'est quelque chose qui coordonne pas, ça non ! Ça résonne pas ! ...Donc, j'avais arrêté la pilule il y a quelques années et, euh... »

Patiente 14 : « J'étais pas en accord avec moi-même et ça me faisait souci. Je me disais "Qu'est-ce que j'ingurgite, là ? Tous les jours, prendre cette pilule..." Et aussi dans le souci de respecter ma santé, enfin de choisir des méthodes qui soient moins agressives par rapport à mes... j'aime pas le mot conviction, ça fait un peu religieux, mais vous comprenez l'idée. »

✓ Les origines de ce « retour au naturel »

Cette sensibilité au retour au naturel s'est développée à partir d'informations véhiculées par la famille et les médias.

Patiente 2 : « ...un reportage où je me suis rendue compte que mes cycles, ils étaient pas naturels (rires). »

« Ben, pour elle (sa mère), c'était hors de question d'être sous pilule... »

Patiente 14 : « En m'abonnant à toutes les revues que je lis : "Alternative Santé Naturelle", etc., euh... c'était plus possible pour moi ! »

α.2. L'intolérance à la pilule

✓ Les effets indésirables de la pilule

Une mauvaise tolérance des effets indésirables, ressentis comme liés à la pilule, a déclenché une remise en question de cette méthode contraceptive chez ces femmes.

Patiente 1 : « Et puis, je trouve qu'il y a quand même beaucoup d'effets secondaires : des fois, je grossissais du ventre, j'étais pas bien, j'étais fatiguée, euh... j'avais la pigmentation qui ressortait à fond ! Enfin, plein de choses vraiment négatives et du coup, je me suis dit qu'il fallait que je change... »

Patiente 4 : « ...Donc, la pilule : c'était NON ! J'avais pris dix kg surtout ! Donc ça ne m'a ABSOLUMENT PAS CONVENU, comme je suis quelqu'un qui fait beaucoup de sport, beaucoup de haute-montagne et tout ça... »

Patiente 5 : « Niveau émotion : sous pilule, j'avais des pics et là, rien ! »

Patiente 3 : « Hormonalement, y'a quand même des effets où la libido, j'avais l'impression d'en avoir moins sous pilule, quand même, un tout petit peu moins. »

Patiente 7 : « ...j'ai très très mal supporté tout ça, donc j'ai eu de gros problèmes de santé, on va dire... Alors, j'ai eu une acné, mais alors VIRULENTE sur les épaules, j'ai perdu mes cheveux (mais... en poignées...), euh... j'ai eu une sécheresse vaginale qui, petit à petit, a entraîné une

destruction de toute ma flore, ce qui a développé, en fait, des mycoses, des bactéries, enfin toute la flore mauvaise qui s'est développée, donc ça a été douloureux ! »

Patiente 10 : *« Et aussi parce que je ne supportais plus ma pilule. En fait, j'ai des problèmes de migraines. Et la pilule... euh... ça m'amplifiait en fait les migraines. »*

Patiente 12 : *« Et en fait, bon j'ai pas eu de saignements pendant trois mois, donc c'était trop cool et après, genre pendant presque un an, j'ai eu des spotting... et c'est TRÈS CHIANT ! (rires)... Du coup, ben, entre le fait que j'étais sous progestatifs, je devais réfléchir quoi prendre, et je me suis dit "Ben, je vais mettre un stérilet !", vu que j'ai pas de désir d'enfant immédiat. »*

✓ La pilule : une contrainte au quotidien

Le mode de prise, vécu comme une contrainte dans la vie quotidienne, joue un rôle dans l'abandon de la pilule. La peur de l'oubli et donc, de la grossesse devient un stress journalier.

Patiente 8 : *« ...j'étais en panique de tomber enceinte vu que je la prenais pas tout le temps à heures fixes. J'avais 17-18 ans, j'étais tout le temps dehors, donc je l'avais pas tout le temps sur moi. C'était la galère ! ... J'étais tout le temps en panique, je voulais pas d'enfant ! Et puis c'est vrai que d'avoir le réveil, tout le temps à tel heure, tout ça, pour pas l'oublier... Mince, finalement, j'ai dormi chez une copine, j'ai oublié ma pilule dans mon autre sac... du coup, avant, j'allais souvent faire des prises de sang... »*

Patiente 10 : *« ... ça devenait un peu une angoisse pour moi parce que, ... c'est quand même une angoisse d'avoir un bébé maintenant... Donc comme j'oubliais souvent, je me suis dit : faut vraiment que je trouve un moyen contraceptif que j'ai pas besoin de penser, disons. »*

La prise quotidienne à heure fixe n'est pas pratique pour certaines patientes qui voyagent.

Patiente 2 : *« ... je partais six mois en Australie et je voulais pas me trimbaler avec mes plaquettes... »*

Patiente 5 : *« Je voyage beaucoup ! Maintenant que j'ai mon magasin, beaucoup moins, mais on voyage énormément avec mon copain et le décalage horaire, quand on prend une pilule,*

c'est L'HORREUR ! Il faut se lever à cinq heures du matin pour prendre sa pilule... enfin... c'est galère ! »

α.3. Les autres moyens de contraception : représentations et vécu

Devant les inconvénients ressentis par les patientes avec la pilule, elles ont envisagé d'autres méthodes contraceptives et parfois les ont essayées.

Toujours dans un esprit « anti-hormones » :

- ✓ Le préservatif est vécu comme une contraception non fiable donc comme un facteur de stress et non pratique dans la vie sexuelle.

Patiente 4 : « Euh... les préservatifs : c'est pas très confortable... avec mon compagnon, en plus on a eu deux ou trois soucis, donc c'était un peu trop risqué et stressant à chaque fois. »

Patiente 14 : « Parce que le préservatif, on sait tous le risque que c'est, que ça peut craquer... C'est pas pratique, c'est vraiment "tue-l'amour", quand même, surtout quand on débute une relation. »

- ✓ Les méthodes alternatives sont représentées comme non pratiques au quotidien, non adaptées à la vie actuelle et non fiables.

Patiente 4 : « Après, j'avais éventuellement observé les autres moyens de contraception, mais bon... pffffouuuuu... Les températures, les choses comme ça, ça me convenait bien au niveau de mon éthique, hein ! Un peu Bio et compagnie... ça me paraissait compliqué, parce qu'avec mes changements... je voyageais beaucoup aussi à un moment donné, donc moi, ça me paraissait pas PRATIQUE, enfin... on peut s'adapter, au début pour la mise en route, mais... c'est pas une question de fiabilité, car je pense que ça peut être fiable, mais je pense que comme j'ai déjà des cycles complètement à l'envers, euh... pour moi, je pense que c'était pas assez PRÉCIS, voilà ! C'est trop de calculs, de machins... Moi, je me plante dans les calculs ! Pour moi, ça aurait été plus un stress à gérer... il faut être TRÈS VIGILANT ! Bon après, si c'est pour jouer à la roulette russe... C'est un petit peu risqué, donc voilà ! »

✓ Les spermicides sont perçus comme non efficaces.

Patiente 7 : « ...parce que les spermicides, les trucs comme ça, j'ai pas confiance. »

Toujours dans un esprit de praticité sans oubli ou de contraception de longue durée :

✓ L'implant est considéré comme ayant des effets indésirables tels que la prise de poids.

Patiente 8 : « J'ai mis l'implant et j'ai pris 20 Kg. Donc je l'ai gardé deux ans ; j'ai mis du temps à me rendre compte que ça venait de là ... L'implant, moi, j'ai pris du poids, donc je le déconseille, c'est CATÉGORIQUE ! »

Patiente 9 : « ... j'en avais discuté avec ma mère et elle trouvait pas ça normal qu'on ait pas ses règles. Donc elle était pas forcément pour... »

✓ L'anneau vaginal est apprécié mais non remboursé et donc représente une dépense financière conséquente pour les patientes.

Patiente 6 : « C'est vrai que l'anneau, franchement, moi je trouve que c'est... un moyen de contraception super ! Le problème, c'est que c'est pas remboursé ! Je crois que c'était 50 euros, ou quelque chose comme ça ! Donc, je me suis dit que financièrement, je vais pas pouvoir suivre tous les mois, même si j'ai plus de nausées. »

✓ La stérilisation tubaire nécessite une intervention.

Patiente 11 : « ...donc il fallait que je fasse soit la pose d'un stérilet, soit ligaturer les trompes... j'ai choisi le stérilet, parce que je voulais pas avoir une opération, être endormie, etc... J'avais un peu la trouille de ça, quoi ! »

α.4. La première approche concernant le DIU : une idée venue de l'extérieur

La plupart du temps, l'idée d'utiliser le DIU vient des patientes. La majorité d'entre elles ont connu le DIU, en dehors d'un cadre médical, à travers leur entourage, leur scolarité, les médias. C'est la famille, les amis qui leur ont fait penser à adopter ce moyen de contraception.

Patiente 3 : « *Je savais que ça existait, d'abord parce que ma mère et ma tante en avaient eu un...* »

Patiente 5 : « *C'est une cliente qui m'en a parlé, qui m'a dit qu'elle s'était faite poser ça... Et elle m'a dit "Mais non, moi j'ai pas eu d'enfant, tout ça, tout ça !", et j'ai dit "Bon ben, allez, moi aussi !"* »

Patiente 9 : « *Alors, moi j'avais mes colocataires Aurélie et Margaux qui m'en avaient parlé, parce ce qu'elles s'en étaient fait poser un toutes les deux...* »

Patiente 10 : « *C'est mes amies.... je dirais peut-être pas la moitié de mes potes qui ont mis le stérilet mais, euh... beaucoup ouais, ouais, ouais! Au final, ça, c'est venu de là, hein. C'est mes potes qui m'ont dit mais faudrait peut-être que t'essayes ça ...* »

Patiente 14 : « *... je pense que j'avais fait des recherches sur internet sur les moyens de contraception et j'avais entendu parler de ça.* »

α.5. L'auto documentation

Par la suite, elles se sont renseignées sur le sujet, les effets secondaires, la tolérance parce qu'elles se méfiaient aussi des idées reçues. Les patientes ont été confrontées parfois à des informations erronées à travers les forums, internet, les amies.

Patiente 4 : « *Donc du coup, je suis partie sur ce biais là, euh... en me renseignant, si c'était possible quand on n'a pas d'enfant parce qu'on entend des discours ou des informations qui sont peut-être un peu anciennes, ou qui n'ont pas évolué...* »

Patiente 11 : « *Ben oui, j'avais demandé à des amies : l'employée qui travaille avec ma sœur, j'avais une autre collègue qui avait aussi... et qui trouvait ça génial... Donc voilà, le bouche à oreille, on va dire, par connaissance. »*

Patiente 13 : « *... et je savais aussi un peu les effets en regardant un peu sur les forums et sur internet. »*

« *Après, ouais, c'était plus sur internet que je m'étais renseignée. Mais bon, après, ce qui ressortait surtout sur internet, c'est que chaque personne est différente et qu'on peut très bien réagir, comme très mal réagir... »*

α.6. Le DIU : seule solution

Devant les inconvénients et, finalement, un choix limité des moyens de contraception, le DIU devient donc la solution de premier et dernier recours.

- ✓ Pour les patientes ne désirant pas une contraception hormonale, le choix est réduit et le DIU est ainsi la seule solution.

Patiente 4 : « *Par contre, j'ai eu un petit stress la première fois (premier essai de pose), quand ça c'est pas fait, parce que c'était pas assez détendu ou quoi... et je me suis dit "Mince, si même ça, ça marche pas, qu'est-ce que je fais ?" »*

Patiente 7 : « *Donc, j'ai dit "On va arrêter les hormones, euh... on va peut-être mettre un stérilet, histoire quand même d'avoir un contraceptif..." »*

- ✓ Les patientes ne tolérant pas les autres contraceptions n'ont finalement pas le choix.

Patiente 6 : « *Après, c'était quand même un peu le deal, en disant qu'il fallait quand même que je me protège, et y'avait pas d'autres moyens de contraception qui fonctionnaient. »*

Patiente 8 : « *De toute façon, j'ai pas le choix... »*

β. La détermination des patientes face aux obstacles

Elles font preuve d'une volonté et d'une détermination pour pouvoir accéder au DIU :

β.1. Face aux préjugés de l'entourage

Patiente 4 : « ... parce qu'on disait que les femmes sans enfant, euh... moi, de ce que j'avais entendu, il fallait pas mettre de stérilet parce que ça pouvait créer des infections, si après on veut des enfants, donc ça pouvait abîmer l'appareil génital. »

Patiente 5 : « Moi, je sais que mon copain, il voulait pas ! Le truc d'avoir quelque chose à l'intérieur, euh... il s'est dit que pendant les rapports, ça va me gêner et que lui, il va le sentir. »

Patiente 12 : « Parce que, dans l'idée des gens, quand on met un stérilet, on risque d'être stérile! »

β.2. Face aux mauvaises expériences rapportées

Patiente 10 : « C'est pour ça que, moi j'ai plein d'amies qui ont eu des expériences ... qui ont dû poser en deux-trois fois parce qu'au final elles faisaient des malaises vagues, elles tombaient dans les pommes, ça rentrait pas et cætera... je savais que ça m'arriverait pas en fait. »

Patiente 3 : « Et pour ma mère et ma tante, ça a été pour les deux HORRIBLE, le fait d'enlever le stérilet... »

Patiente 5 : « ...ma tante en avait eu un, d'ailleurs, elle était tombée enceinte avec ! Donc, c'était plutôt connu pour ne pas être fiable, pour être BOF, plutôt que pour être positif. »

β.3. Face aux réticences des professionnels de santé

Patiente 2 : « Là, j'ai une copine, y'a pas longtemps, qui a voulu s'en faire poser un, et sa gynéco, la résistance qu'elle a faite !!! »

Patiente 3 : « *Je voulais un stérilet depuis longtemps déjà, depuis 15-16 ans. Et donc, quand je suis allée voir le gynéco de ma mère pour lui demander, il m'a vraiment regardée avec des yeux ronds, il m'a traitée de folle...* »

Patiente 14 : « *... " Ça se fait PAS TROP, de poser des stérilets sur une jeune femme qui n'a pas eu d'enfant", sans plus d'explications...* »

Patiente 10 : « *... j'avais l'impression que même quand j'en parlais à certains médecins qui étaient euh... peut-être un peu de la vieille génération comme on va dire... Pour eux c'était... c'est pas possible de me proposer ça vu que j'avais pas eu encore d'enfant quoi...* »

Patiente 7 : « *... c'est que tous les ostéo m'avaient dit "Ah, vous avez une symphyse pubienne qui est très inclinée, euh... ça va être compliqué si vous mettez un jour un stérilet"... destrucs comme ça !* »

β.4. Face à la peur de la douleur

Patiente 6 : « *Mais c'est vrai que moi, j'avais vraiment envie d'en reposer un et je lui disais "Non, c'est bon, on peut essayer, c'est bon, je vais supporter".* »

Patiente 7 : « *... enfin, tout le monde m'avait dit "C'est très douloureux, machin, tout ça..." Le résultat : c'est vrai que j'étais TRÈS TRÈS angoissée avant d'y aller.* »

γ. Le DIU : une demande des patientes

Dans la majorité des cas, il s'agit donc d'un choix personnel. Le cheminement et la réflexion ont déjà eu lieu avant la consultation. Les patientes, souvent, consultent les professionnels de santé pour demander la pose du DIU.

Patiente 5 : « *... j'ai dit "Bon ben, allez, moi aussi !". J'ai pris rendez-vous chez le gynécologue pour contrôle et tout et tout, et euh... je lui en ai parlé et elle m'a dit OK.* »

Patiente 7 : « *Non, en fait, j'ai pris la décision de mettre le stérilet avant même d'aller la voir, et donc j'avais déjà arrêté la pilule avant d'aller la voir !* »

Patiente 12 : « *Du coup, c'est moi qui ai réfléchi, mais c'est un de la vieille école, genre frottis tous les ans, machin... Lui, le stérilet, il me le mettra pas ! (rires)... Et en fait, j'en suis arrivée à aller voir le Dr D. et lui dire "Est-ce que je peux avoir un stérilet ?".* »

Patiente 13 : « *...quand j'ai pris mon rendez-vous, moi, j'étais décidée, je suis allée voir le Docteur et je lui ai dit "Ben, voilà, j'aimerais bien le DIU. Comment ça se passe et comment on peut le mettre en place ?".* »

δ. Le choix du professionnel de santé

Les patientes ont donné beaucoup d'importance à la qualité de la prise en charge des professionnels de santé. Elles expriment fortement la nécessité de se sentir en confiance tout au long de la procédure. Elles ont témoigné de ce qui est essentiel pour elle dans une relation patient-médecin pour accéder au DIU : se sentir informées, rassurées, accompagnées et surtout comprises dans leur démarche.

Patiente 2 : « *...moi elle m'a bien accompagnée...* »

Patiente 4 : « *... étant rassurée par le discours de Docteur D... je suis venue la voir ELLE, parce qu'au niveau relationnel, humain, euh... ça passait bien... Fallait que j'ai quelqu'un en face de moi qui soit dans mon énergie et dans le respect de ce que j'apporte, quoi !* »

Patiente 6 : « *...c'est vrai que le médecin m'avait vraiment mise en confiance ! Je voulais pas d'homme, mais voilà ! Il est TRÈS DOUX, tout se passe très bien ! Super, il explique tout ! Il met vraiment les choses à plat, il est franc.* »

Patiente 14 : « *Là, vraiment, c'est une personne qui donne tous les renseignements, hyper attentionnée, à l'écoute... on sent qu'elle est vraiment intéressée par ses patients, et elle m'a rassurée, en fait !... J'ai trouvé que c'était appréciable, comme discours, parce que ça prouvait qu'elle était à l'écoute, aussi, du respect de mes choix, en quelque sorte. Et du coup... ben, on a pris rendez-vous.* »

Elles ne veulent pas se sentir jugées dans leurs choix concernant leur vie et leur idéologie.

Patiente 4 : « *Ils sont peut-être PLUS arrêtés sur quelque chose, parce que moi, quand je l'avais vu, c'était " Ah mais, vous avez 40 ans, vous avez pas d'enfant, vous avez pas ceci, vous avez*

pas cela ! ". Moi, ce discours-là, JE PEUX PAS !!! J'ai déjà changé deux fois de gynéco à ce sujet-là, donc moi, ça me saoule, quoi !»

« ... Si on est un peu reçu en se faisant engueuler ou quoi que ce soit, euh... C'est pas forcément le moment de réagir comme ça, quoi ! Puis on sait jamais dans quel cas c'est arrivé (grossesse), donc faut pas juger la personne, quoi ! »

Patiente 14 : « Les "qu'en dira-t-on", moi j'en fais l'objet souvent, parce qu'à mon âge, le fait de ne pas avoir d'enfant, je sais ce que ça peut impliquer comme regard de la part d'autres personnes... La gynécologue qui m'a retiré le premier DIU était anti-DIU et pro-pilule, et ne voulait pas que j'en remette un à mon âge car elle sous-entendait qu'il était temps de ne pas trop tarder pour avoir des enfants. »

L'aspect financier est pris en compte dans le choix du professionnel de santé. Les consultations de gynécologie en ville sont considérées comme plus onéreuses aussi certaines patientes ont recours à des consultations dans des structures médicales.

Patiente 4 : « ... "est-ce que vous avez quelqu'un à me conseiller ? Que ce soit pas un gynéco, euh...", parce qu'en plus, mon amie, elle avait pas forcément beaucoup d'argent à avancer... »

Patiente 6 : « ...et mon médecin traitant m'a dit : "Ecoutez, je connais un gynécologue qui est pas mal, au centre médical", parce que c'est vrai que financièrement, ben, je pouvais pas me payer un gynécologue à 60 euros en ville... »

Certaines patientes étaient ravies de savoir que leur médecin généraliste, qui s'occupe de leur suivi y compris de la contraception et de l'IVG, pouvait poser un DIU.

Patiente 4 : « Du coup, comme elle fait le suivi gynéco et tout ça, je lui ai posé la question "Est-ce que vous, vous me le poseriez ?", et elle m'a dit "Oui, complètement !". Donc, c'est pour ça que c'est elle qui me suit, elle m'a dit que c'était pas la peine que j'aille chez le gynéco. »

« ...on découvre qu'elle peut faire le suivi, qu'elle peut faire la pose et tout, donc voilà ! Et puis, s'il faut tout RE-raconter... NON !... Elle a eu tout le dossier depuis le début. »

B. LE VECU DE LA POSE DU DIU

a. LA DOULEUR LORS DE LA POSE

La douleur a été décrite par les patientes :

a. Selon l'intensité

La plupart des patientes ont décrit la douleur ressentie lors de la pose comme une grosse contraction.

Patiente 1 : « ... ça m'avait fait un peu mal ... j'aurais dit peut-être quatre sur dix »

Patiente 4 : « ...donc ça m'a fait un petit peu mal..., c'était pas une partie de plaisir ! (éclat de rire)... Mais bon, après, ça a été ! Je dirais comme une grosse contraction, des règles bien douloureuses, quoi ! ... »

Patiente 5 : « Ça fait mal, hein ! C'est une GROSSE CONTRACTION ! Alors moi, j'ai rigolé de nerfs ! C'est supportable. C'est comme le premier jour des règles... Ça tire, ça fait mal, comme si on avait un gros pic de douleur. C'est tout ! »

Patiente 7 : « ...si je devais la placer sur une échelle de un à dix, je dirais six et demi, quoi !... Après, c'est pas INSUPPORTABLE ! Y'a pire, comme douleur ; la grippe est plus douloureuse ! (rires) »

Patiente 13 : « Après, effectivement, j'avais mal au ventre, mais comme on peut avoir mal au ventre pour une gastro ou un truc dans le genre, tu vois ? C'était loin d'être insupportable ! »

Rares sont celles pour lesquelles la pose était quasi indolore.

Patiente 9 : « Et là du coup, on a réussi et euh... sans soucis, j'ai pas eu mal... rien... Moi j'ai vraiment ...enfin un petit picotement quoi, normal, mais sans plus... »

Patiente 11 : « Ça pique, en fait, un petit peu. Ça fait un pincement...C'est un petit peu gênant, mais bon, c'est supportable, hein ! »

De même, quelques-unes ont décrit une douleur insupportable.

Patiente 3 : « ...elle a dilaté, donc à ce moment-là, ça fait comme une sorte de malaise, de douleur diffuse... Mais ensuite, la pose, c'est une douleur très vive et après, je suis tombée dans les pommes ! »

Patiente 8 : « ...j'ai fait des coliques néphrétiques... Ben, c'est ressemblant... ça fait mal ! »

Patiente 12 : « ...ÇA FAIT SUPER MAL !!! ÇA FAIT SUPER MAL !!!... J'ai vomi pendant quatre heures, j'ai eu des contractions de malade... Honnêtement, sept-huit facilement »

β. Selon la durée

La durée de la douleur est décrite comme brève. Même si elle est ressentie comme intense, la courte durée semble, pour les patientes, lui donner un caractère supportable et donc acceptable.

Patiente 1 : « ...après ça dure pas cent ans non plus, hein ! Ça allait, quoi ! »

Patiente 2 : « C'est supportable parce que c'est court, donc voilà, c'est une mauvaise seconde à passer ! »

Patiente 5 : « Ça dure quoi... deux minutes, même pas !... Comme si on avait un gros pic de douleur... »

Patiente 10 : « ...J'ai jamais connu une douleur comme ça euh... Mais au final, ça dure pas longtemps »

Patiente 13 : « ...trois secondes après, on sent plus rien, quoi ! »

Patiente 14 : « De mémoire, ça a été "One shoot" et après rien ! »

γ. Les raisons expliquant la douleur pour les patientes

γ.1. Le geste technique

Les patientes identifient des actes plus douloureux.

Patiente 2 : « Ben, c'est l'entrée, le passage... c'est pas agréable ! »

Patiente 3 : « ...déjà, le spéculum... Et rien qu'à la pose de ça, ça m'a fait MAL en fait, donc... Voilà !... Oui, en tout cas, déjà les premières manipulations, j'ai eu quelques douleurs à l'entrée... elle a dilaté, donc à ce moment-là, ça fait comme une sorte de malaise, de douleur diffuse... »

« Ben, au niveau du col, car quand on dilate, on sent que ça force, quoi ! »

Patiente 4 : « ... donc ça m'a fait un petit peu mal quand elle m'a envoyé, euh... le guide ? Une fois qu'elle avait passé le guide, après ça allait ! Je pense que c'était le passage... »

Patiente 12 : « ...j'ai l'utérus rétroversé de base donc déjà, quand elle chope le col, c'est pas agréable, mais bon, ça va... et en fait, quand elle a mis l'hystéromètre, j'ai cru mourir !!! »

Patiente 13 : « ...ben, y'a déjà la première étape où elle mesure, euh... le col de l'utérus, donc ça, en soi, on sent juste quand le truc, il passe... l'espèce de... je sais pas comment on appelle ça, mais... l'instrument, il passe ! Après, moi, j'ai vraiment eu une douleur vive quand le stérilet a passé le col de l'utérus, mais après, trois secondes après, on sent plus rien, quoi ! »

γ.2. Les facteurs psychologiques et physiologiques

Les patientes attribuent leur douleur à des facteurs de stress et émotionnels.

Patiente 1 : « Et ben, la première fois, oui, ça m'avait fait un peu mal ; elle m'avait même donné du Spasfon sur le moment, mais c'est parce que je devais être stressée ! (rires)...Mais ça, c'était parce que j'étais stressée »

Patiente 4 : « Mais bon, après, ça a été...Y'avait pas de soucis mais bon, voilà, peut-être le stress, peut-être plein de choses ... »

Patiente 13 : « Non, après, j'étais quand même pas mal stressée ! C'était en septembre, il faisait encore chaud, et je m'emballe vite pour un rien, aussi ! »

« Après, je pense que le premier, c'était surtout de l'appréhension ! Et le deuxième, j'y suis allée vraiment tranquille, ... A l'aise, quoi ! »

Patiente 14 : « *Alors du coup, est-ce que c'était parce que j'étais relaxée, parce que je savais à quoi j'allais m'attendre et que je suis pas une douillette... je sais pas, on n'aura jamais la réponse ! En tout cas, ça s'est très bien passé et rapidement, j'ai eu l'impression !* »

Et aussi à des facteurs liés à leur physiologie.

Patiente 4 : « *Par contre, pour moi, je pense que j'ai un col un peu serré, donc ça m'a fait un petit peu mal... puis bon, j'avais mes règles aussi à ce moment-là.* »

Patiente 3 : « *... j'ai eu quelques douleurs à l'entrée, parce que je suis assez sensible.* »

δ. L'acceptation de la douleur

De façon rétrospective, les patientes, ayant eu une pose douloureuse, semblent dans la plupart des cas finir par accepter la douleur, voir la positiver par rapport à la douleur relatée.

Patiente 4 : « *Ouais, une grosse contraction, on va dire !... / ...Mais sinon, la pose : rien du tout! ... Je pense que c'est des douleurs normales, quoi !* »

Patiente 6 : « *...c'est vrai que j'ai ressenti une vive douleur.../... Je suis rentrée en bus, voilà ! Quoi, même en scooter, à l'époque ! ça s'est très bien passé...* »

Patiente 8 : « *... ça fait mal ! Mais après, on est tranquille !* »

Patiente 10 : « *... je crois que j'ai jamais eu autant mal de ma vie... /...Donc, au final c'est pour ça que je pense que pour moi ça s'est bien passé, j'ai eu mal mais euh...Mais voilà je savais que ça allait passer vite quoi !* »

b. LES FACTEURS DIMINUANT LA DOULEUR A LA POSE

L'acceptabilité de la douleur semble meilleure grâce à différents facteurs.

a. Des patientes averties des effets secondaires de la pose

Une meilleure information préliminaire sur le déroulement de la pose et les effets possibles de celle-ci, permettrait une meilleure tolérance. Ainsi les patientes prévenues, savent à quoi s'attendre et ne sont pas prises au dépourvu.

Patiente 2 : « ... elle m'a expliqué que ça allait être douloureux à l'entrée, peut-être dans les jours qui allaient suivre... »

« ...ça faisait une douleur de règles TRÈS FORTE, ensuite j'étais au courant. »

Patiente 4 : « Après, elle m'avait bien mise en garde que parfois aussi, au niveau de la physiologie du corps ... justement, chez une femme qui n'a pas d'enfant, ça peut être plus difficile à poser, selon la configuration intérieure, et voilà ! »

Patiente 6 : « Par contre, le médecin m'avait expliqué : "Voilà, tu vas ressentir une petite douleur pendant à peu près une bonne minute, comme si on te pinçait la peau pendant une bonne minute. Il faut pas que tu bouges, voilà ! Ça va vite passer et après, tu vas sentir un peu comme des douleurs de règles qui vont arriver". Donc, c'est vrai qu'elle m'avait un peu préparé avant de le poser. »

Patiente 13 : « ...pour le deuxième, comme je savais à quoi m'attendre, j'y suis allée un peu les mains dans les poches, parce que je me suis dit, euh... "Ça va te faire un peu mal sur le coup, mais après, ça ira !" »

Au contraire les patientes ont été contrariées lorsqu'elles ont été surprises de la douleur dont elles n'étaient pas averties.

Patiente 3 : « Parce que, pour moi, c'est important d'en parler, parce que je trouve qu'il y a peu d'informations, justement : on m'a pas dit que je risquais de tomber dans les pommes (je crois pas qu'on me l'ai dit), on m'a pas dit que ça risquait de faire TRÈS MAL au moment vraiment où on le met... Donc, ça a été assez sommaire, je trouve ! C'est dommage ! »

« Non après, elle m'a expliqué que c'était normal, mais bon, j'aurais bien aimé savoir... »

Patiente 14 : « ... je me rappelle que ça a pincé très fort, très fort, euh... Ouais, on n'est pas très bien quand même... On respire un bon coup ! Moi, j'ai géré ça toute seule, parce qu'elle ne m'accompagnait pas particulièrement ; elle me donnait le minimum d'informations. »

β. La relation de confiance avec le professionnel de santé

La relation de confiance avec le professionnel de santé est indispensable pour permettre aux patientes de se détendre et éviter d'être angoissée.

Patiente 3 : « Oui, et en fait c'était le relationnel avec le professionnel qui me bloquait, quoi ! »

« En plus, y'a eu un problème (je sais pas si ça peut vous servir), y'a eu un problème parce que j'ai eu l'entretien avec le gynéco et j'ai eu la pose avec une autre, donc j'ai constaté qu'il y avait eu un problème de communication par rapport à mon dossier, parce que quand je suis arrivée, la personne ne savait pas du tout que c'était la pose qui était prévue ! ... Donc, ça donne pas confiance, quoi ! »

Patiente 13 : « ... j'avais abandonné et j'avais pas eu forcément un super bon contact avec la gynéco que j'avais vue, donc voilà ! »

Surtout si les patientes viennent à la consultation avec une grande appréhension, le rôle du professionnel de santé dans l'accompagnement et la mise en confiance prend tout son sens :

Patiente 7 : « Le résultat : c'est vrai que j'étais TRÈS TRÈS angoissée avant d'y aller, puis le Dr D. m'a mise complètement à l'aise et je suis repartie en vélo ! (rires) »

γ. L'explication des gestes

Certaines patientes se sentent plus tranquillisées par l'explication de tous les gestes lors de la pose.

Patiente 2 : « Elle m'a dit que là, elle le mettait, que c'était bien en place, qu'elle allait vérifier la mèche... »

Patiente 14 : « *En même temps, y'avait le Dr D. qui m'expliquait ce qu'elle faisait à chaque pas: "Donc voilà, là, j'introduis tel instrument, euh... là, ça va faire un peu mal alors attention... respirez un bon coup !" »*

δ. Le détournement d'attention, respiration, hypnose

D'autres préfèrent le détournement d'attention :

Patiente 14 : « *...il a commencé à me dire "Voilà, maintenant, je vais vous accompagner, si vous le voulez bien, pour une séance d'hypnose, pour vous aider à vous relaxer. On va se concentrer sur votre respiration.... Il m'a demandé de penser à des choses agréables, de me projeter dans un lieu agréable, de respirer calmement, de me concentrer sur ma respiration, et cætera. et puis du coup, je suis rentrée dans une certaine zénitude. " »*

« *Ne pas ressentir tout ça, euh... se concentrer sur autre chose, en tout cas. Donc oui, j'ai eu l'impression que ça s'est passé très vite et ça s'est terminé... »*

ε. La prémédication

Nous constatons que la prémédication prescrite n'a pas été prise la plupart du temps.

Patiente 5 : « *Ah si, pardon, elle m'avait dit de prendre du Spasfon, d'ailleurs, je l'ai pas pris, parce que je m'en rappelais plus, mais il me semble qu'elle avait parlé du Spasfon, pour calmer un peu. De toute manière, Spasfon ou pas, ça fait mal ! (rires)... »*

Patiente 9 : « *Elle me les avait donnés mais je ne les avais pas pris. J'avais rien pris non plus. Mais j'ai pas eu mal pour autant quoi. »*

Les patientes semblent peu se souvenir si elles ont pris un traitement ou pas avant la pose, ce qui met en évidence qu'elles n'identifient pas cela comme un facteur essentiel diminuant la douleur.

Patiente 2 : « *Elle m'avait donné un antalgique avant, que je devais prendre, pour la douleur...Je sais plus... un antalgique et puis, quelque chose pour ouvrir le col, un truc comme ça. »*

Patiente 12 : « *Non, j'avais rien pris, je crois... Il me semble pas...* »

Patiente 13 : « *Je crois qu'une heure avant, j'avais pris deux Spasfon, euh... voilà, pour éviter les douleurs. Ouais, qu'elle m'avait prescrit, du coup : deux Spasfon à prendre avant pour éviter que l'utérus... que ça me fasse trop mal.* »

C. LE VECU AVEC LE DIU

a. LES EFFETS INDESIRABLES CHEZ NOS PATIENTES

Comme toute contraception, les patientes ont ressenti des changements, des effets secondaires avec le DIU.

a. Sur le cycle menstruel

Certaines patientes ont eu des règles plus abondantes ou plus longues voire plus douloureuses ou une absence de règles en fonction du DIU utilisé.

Patiente 3 : « *Ensuite, les règles sont arrivées... donc EXTRÊMEMENT, euh... VRAIMENT VRAIMENT abondantes...Donc, c'est pas évident parce que quand on gère pas, ben on peut avoir des fuites, enfin c'est vraiment pas pratique...* »

Patiente 6 : « *...les douleurs de règles étaient BEAUCOUP plus importantes et j'étais même plus calmée par ANTADYS.* »

Patiente 14 : « *...avec l'autre stérilet, j'avais tendance à avoir des règles qui durent dix jours. J'étais, comme on dit, en carence de fer ou tout ce que vous voulez, enfin fatigue, couplée à des cycles courts, donc, pour la faire simple, j'avais l'impression d'avoir des règles 50 % du temps! Donc, j'étais épuisée, en plus !* »

Patiente 13 : « *Et là, en fait, ça a été complètement l'inverse : si tu veux, je l'ai gardé cinq mois et pendant cinq mois, ben, j'ai eu mes règles tout le temps ! Tous les jours, voilà !* »

Patientes 12 : « *...ben en général, j'en ai pas ! C'est des spottings, vraiment ! Donc là, en deux mois, c'est de temps en temps... après, j'en ai plus pendant six mois.* »

Pour certaines il n'y a pas eu de changement dans les cycles ou parfois cela s'est régulé après quelques mois.

Patiente 2 : « *Après, mon cycle, il a un peu changé : les six premiers mois, j'ai eu des règles qui étaient plus abondantes et plus longues, et puis après, ça s'est régulé et puis voilà, maintenant, quand je suis réglée, ça dure trois jours ... Les règles que j'avais sous pilule, quoi! Trois jours, euh... normal !* »

Patiente 3 : « *...elles m'ont fait mal normalement, je veux dire pas plus mal que ça... Enfin, moi j'ai mal pendant mes règles, donc rien de plus, quoi !* »

Patiente 5 : « *... mais je me souviens que, avant, quand j'avais mes règles, je me tordais de douleur ! J'étais obligée de m'allonger. Là non, ça fait mal, mais ça va.* »

Patiente 9 : « *Ça n'a rien changé chez moi. Ouais, rien du tout.* »

Patiente 13 : « *Pareil : AUCUNE DOULEUR, mais quand je dis AUCUNE DOULEUR, c'est AUCUNE DOULEUR ! Ça ne m'était vraiment jamais arrivé ! Et des règles relativement courtes et pas spécialement abondantes, enfin... j'arrivais largement à gérer !* »

β. Les douleurs

Certaines ont ressenties des douleurs pelviennes récurrentes et parfois intenses nécessitant le retrait.

Patiente 1 : « *...deux-trois mois après, j'étais au travail et j'ai eu des contractions et j'ai pleuré et ma directrice m'a emmenée d'urgence aux urgences, où il me l'ont enlevé même si il était bien placé ! Et voilà, ils me l'ont enlevé et puis pffffff ! PLUS AUCUNE DOULEUR !* »

Patiente 3 : « *Mais le problème, c'est que là, je vois que depuis quelques mois, en fait, j'ai des spasmes – surtout le soir, à partir du moment où j'ovule (j'ai l'impression), jusqu'aux règles, j'ai des spasmes le soir... C'est fatigant.* »

γ. Les infections et la responsabilisation

Patiente 2 : « ... j'ai commencé à avoir un staphylo qui s'est logé sur le stérilet, donc pour le faire partir, y'a eu besoin de deux-trois traitements, et c'est revenu cette année ! Je viens de m'en débarrasser... »

Patiente 6 : « ...donc on m'avait donné un traitement à base de PYOSTACINE, qui m'a déclenché une mycose. Et depuis, j'ai non-stop des mycoses régulièrement, avec des prélèvements pour savoir si y'a traitement ou pas de traitement. »

Certaines patientes pensent qu'il y a un risque infectieux surajouté avec le DIU et donc, qu'il faut être encore plus vigilant. Le DIU, pour elles, nécessite une responsabilisation liée à la présence du dispositif.

Patiente 2 : « Ben, le changement qu'il y a eu, c'est que je suis pas très, euh... je suis pas très vigilante ! (rires)... Donc, je me protège pas vraiment et c'est aussi pour ça que j'ai eu le staphylo (doré) ! (rires)...Donc, voilà, ça a changé ça, c'est que je suis obligée d'être HYPER VIGILANTE, si je veux pas me choper d'infections, comme ça, ... Mais sinon, non, ça a rien changé (à ma vie sexuelle) ! ... Ben, c'est sûr que ça demande d'être rigoureux, en fait, au niveau de la protection... Mais en même temps, c'est pour le mieux, quoi ! »

Patiente 6 : « Après, il faut quand même avoir une hygiène de vie, c'est-à-dire voilà, pas aller à droite et à gauche, et... être quand même responsable ! Voilà, je pense que ça responsabilise... »

δ. L'expulsion

Quelques patientes ont eu une expulsion spontanée, ou due à l'utilisation de la cup menstruelle. Pour certaines, cela devenait une inquiétude.

Patiente 6 : « Ça faisait à peu près trois ans que je l'avais et là, un matin... déjà, la veille, j'avais très mal au ventre, ça n'allait pas du tout, et le matin, j'étais pliée de douleur et je pouvais plus bouger ! ... Elle m'a dit "Écoutez, il est à moitié sorti, donc il est semi-expulsé. Je vais vous le retirer, il faut juste une manipulation !" »

Patiente 13 : « ... y'avait pas de soucis, mais du coup, il s'est un petit peu barré, sur ce coup... parce qu'en fait, j'utilisais la cup, et je crois que j'ai du mal l'enlever et du coup, voilà ! Il est parti en même temps ! ... parce que la cup, c'était aussi la première fois que je testais... »

Patiente 4 : « La seule question, c'est... j'avais lu et même Docteur D., elle me l'avait dit aussi, euh... parfois, y'en a qui le perdent ! Et je me suis dit "Mon Dieu, si je le perds !". Après, ma foi... pfffff ! Je sais pas si ça arrive tant que ça ? Et puis moi, je me mets pas dans cette inquiétude là ! »

ε. Les effets sur la vie sexuelle

Les ménorragies peuvent avoir un retentissement sur la vie sexuelle. Rares ont été les compagnons ayant senti les fils du DIU lors des rapports sexuels.

Patiente 6 : « Pendant les rapports, y'avait quand même des douleurs, mon copain sentait les fils, euh... enfin, je sais pas s'il sentait les fils, mais en tout cas, voilà, il y avait une gêne de sa part. Et par rapport aux rapports, ben des fois, voilà, on pouvait sentir, euh... apparemment... ben moi, je sentais rien, y'avait pas de soucis, mais mon partenaire sentait des petits picotements... »

Patiente 13 : « ...il le sentait pas, y'avait aucune sensation qui était différente par rapport à avant, quoi ! A ce niveau là, aucun souci ! » Voilà ! D'avoir des pertes non-stop pendant des mois, que à ce niveau-là, au niveau des rapports sexuels, c'était plus possible ! Enfin voilà, clairement après, ça réduit notre activité sexuelle ! Après, j'ai pas compté, mais je pense qu'on a fait deux ou trois fois moins l'amour qu'en temps normal, quoi ! Et ce qui, au final, pèse quand même sur le couple, quoi ! »

Patiente 3 : « Je sens pas spécifiquement le stérilet, mais je me sens moins sensible à ce niveau là. MOINS !!! Ben, plus à la douleur, mais MOINS dans mes sensations naturelles de femme, quoi ! »

b. LA TOLERANCE DES EFFETS INDESIRABLES

a. L'information par les professionnels de santé : l'enjeu primordial

Ces effets indésirables ont été décrits par nos patientes. Ils semblent être mieux tolérés lorsque les patientes ont été prévenues de ces effets. Elles s'y attendaient et donc elles ont pu élaborer une réflexion avant la pose. Elles ont pu réfléchir sur ces effets et sur le probable impact dans leur vie, ceci même si les effets sont différents de ceux annoncés.

De plus, l'information sur la nécessité d'un temps d'adaptation encourage les patientes à accepter les inconvénients qui se révéleront n'être que temporaires. Elles seront ainsi contentes d'avoir « patienté ».

Patiente 4 : *« Après, elle m'a prévenue des effets, ben... différents par rapport au cycle, hein ! »*

Patiente 13 : *« ... je me suis dit "On va tester ce que ça fait sous stérilet", et elle m'avait dit "De toute façon, vous verrez bien ! Y'a une période d'adaptation qui est à peu près de six mois et si ça va pas, ben on l'enlève !" »*

« Quand on le fait, faut vraiment être clair et si aux premières règles, ça se passe mal, enfin... ce serait dommage de l'enlever tout de suite, car ça peut se régulariser. »

« Donc, elle m'a expliqué, elle m'a montré et elle m'a bien dit au niveau des effets secondaires: les douleurs, les règles plus longues et plus abondantes, le fait que ça pouvait revenir aussi à un cycle que j'avais quand j'étais ado, euh... Voilà ça, après, elle m'avait bien expliqué. »

Patiente 10 : *« ...et qui m'a apporté, en fait, un peu les pous, les contres, et c'est moi après qui ai dit bon bah ouais, essayons quoi ! »*

Patiente 12 : *« Donc, on avait dit "On se laisse deux, trois mois" et au final, non, ça a été très bien après. »*

L'information permet d'anticiper sur des situations inhabituelles.

Patiente 7 : *« ... je me suis dit que même si j'ai mal au ventre, j'arriverais quand même à supporter et je prendrais un anti-inflammatoire ... »*

Patiente 13 : « *J'ai eu mes règles pendant trois jours, alors qu'elle m'avait dit que ça pouvait durer jusqu'à dix ! Elle m'avait dit que ça pouvait me tuer le ventre, que j'allais être pliée en quatre : je n'ai ABSOLUMENT PAS EU MAL !* »

Elles ont déployé des méthodes d'adaptation face à ces effets.

Patiente 3 : « *Ben, faut que je m'adapte mais à la limite, c'est un détail ; faut que je change plus souvent de serviettes et puis voilà ! C'est un détail.* »

Patiente 4 : « *On s'adapte, hein, je veux dire !* »

Ainsi à l'inverse, un manque d'informations peut entraîner une incompréhension de ce qui se passe et ainsi une mauvaise acceptabilité des effets secondaires.

Patiente 3 : « *... on m'a pas du tout dit les symptômes que ça risquait d'entraîner ensuite ... on m'a juste dit que ça pouvait juste faire plus abondant que les règles un petit peu, c'est tout! ... Après, je sais pas, souvent ils disent pas pour pas faire peur. Je trouve que ça fait incompétent, en fait, de pas dire les choses !* »

« *Ensuite, les règles sont arrivées... donc EXTRÊMEMENT, euh... VRAIMENT VRAIMENT abondantes... Je savais pas que ça allait être autant... on m'a pas dit ça non plus...* »

« *Et les risques que ça peut entraîner : la douleur, et cætera. Pour moi, c'est EXTRÊMEMENT IMPORTANT ! En tant que médecin, c'est normal d'informer le patient, enfin... je sais pas, ça me semble être des valeurs de médecin...* »

Patiente 14 : « *... je jette pas la pierre, mais j'ai pas eu le sentiment de recevoir l'information sur les inconvénients qui allaient s'en suivre, à savoir, euh... Bon, alors, j'avais lu moi-même les règles plus longues ; elle, elle m'a RIEN DIT !* »

β. Les patientes actrices de leur décision : inconvénients mieux tolérés

Lorsque le choix de cette contraception est un choix personnel et que pour y accéder, le parcours a été compliqué, les effets semblent minimisés par les patientes ou mieux acceptés.

Patiente 3 : « *Oui, c'est ça ! Parce que ça faisait des années que je le voulais et j'ai essayé... (rires)... qui ne tente rien n'a rien !* »

Patiente 12 : « *Je le garde jusqu'au bout ! (rires)...* »

De plus, lorsque la demande s'inscrit dans une démarche de retour vers le naturel, les effets indésirables sont mieux acceptés car ils sont vécus comme une réaction naturelle du corps : ces douleurs, ces hyperménorrhées sont représentées comme naturelles.

Patiente 2 : « *... les effets que j'ai, ben, j'imagine que ce sont les effets normaux, quoi ! La poitrine qui gonfle, et vu que c'est douloureux, je suis épuisée mais voilà, quoi ! C'est les règles! (rires)...* »

Patiente 5 : « *Ah, c'est naturel, hein ! Donc, on sent qu'on les a : bien plus de fatigue !... Après, c'est selon ce qu'on supporte ou pas, hein !* »

Patiente 7 : « *... je préfère des douleurs qui sont NATURELLES.* »

γ. La tolérance des effets secondaires comparée aux avantages apportés par le DIU

Les avantages sur la vie quotidienne et la vie sexuelle apportés par le DIU permettent de minimiser les effets néfastes, si effets il y a.

Les patientes y trouvent plus d'avantages que d'inconvénients.

γ.1. Ne plus penser à sa contraception

Beaucoup de patientes ont exprimé le confort que peut apporter le DIU dans la vie quotidienne. Elles se libèrent de l'idée de devoir penser à sa contraception quotidiennement. Elle y trouve une facilité d'utilisation. Elles se sentent tranquilles et non stressées, pour un mode de vie plus serein.

Patiente 5 : « *Moi, je trouve que c'est vraiment l'idéal ! On l'oublie pas ! Pendant cinq ans, TRANQUILLE ! Vous n'avez pas à penser à prendre votre pilule, machin... Non, c'est bien !* »

Patiente 6 : « *Mais je le recommanderais quand même, parce que de 18 à... ben, pendant les cinq ans, ça a été quand même une liberté pour moi.* »

Patiente 8 : « *Donc, on est tranquille pendant cinq ans, on n'a pas de pilule, c'est naturel, euh... ouais ouais, pour moi, c'est le mieux, c'est le top, hein !* »

Patiente 10 : « *Parce que franchement c'est tellement agréable d'avoir un stérilet ! Moi je revis depuis que j'ai le stérilet...Donc voilà mais sinon c'est vrai que c'est agréable parce que ... on vit comme ça, on a plus besoin de penser...* »

Patiente 11 : « *...après, la pose, franchement, c'est très agréable d'avoir le stérilet, hein ! On se sent protégée, on se sent bien. Enfin, quand tout se passe bien, c'est pratique. On ne se dit pas "Mince, j'ai oublié ma pilule !" On n'a plus à s'occuper de rien.* »

Patiente 14 « *On l'oublie, et du coup, quand on oublie sa contraception, c'est aussi un confort psychologique. Moi, je préfère l'oublier.* »

Patiente 4 : « *Pour moi, ça aurait été plus un stress à gérer (en parlant des méthodes naturelles), alors que là, c'est plus un stress. Y'a un confort par rapport à ça.* »

Patiente 6 : « *Après, j'étais quand même libérée, parce que c'est vrai que j'avais très peur pour la pilule, je me réveillais en pleine nuit pour savoir si je l'avais bien prise. A l'époque, sur MINESSE, c'était des ronds jaunes, il fallait mettre l'opercule pour dire... donc, je comptais pour savoir : un, deux, trois, quatre, c'est bon, c'est mercredi... c'est pas ça ! Donc, c'était très angoissant pour moi, la pilule. Ça a été une source, un petit peu, de liberté, y'a rien à dire ! ... Oui, je le conseillerais, parce que plutôt que d'oublier sa pilule et d'être angoissée et stressée...* »

γ.2. Une contraception adaptée au rythme de vie actuelle

Les femmes trouvent que le DIU est pratique et correspond à leur mode de vie et à leurs attentes.

Patiente 4 : « *... Moi, je vois, je fais énormément de sport, que ce soit en altitude, ou je fais aussi de la plongée, ... des choses quand même un peu extrêmes, et je veux dire... j'ai aucune gêne, hein ! Quand je fais six heures de rando, j'ai pas mal, je sens rien, et voilà !* »

« J'ai une amie qui est à St-Martin, aux Antilles, et elle l'a mis (un DIU hormonal). Elle a plus de règles depuis six ou sept ans !!!... Elle trouve que c'est génial, euh... voilà, après, c'est chacune. Elle, elle vit aux Antilles, il fait chaud, ils vont à la mer tout le temps... (rires)... C'est sûr, c'est confortable, c'est plus pratique ! »

Patiente 14 : « Je sais, c'est un peu contre nature, je devrais pas dire ça, mais sincèrement, vous savez, quand vous voulez pas d'enfant (pour le moment, j'en veux toujours pas et je sais pas si j'en voudrais un jour !), donc quand vous voulez pas d'enfant et qu'on vous dit "Oui, mais le cycle, les règles...", je leur dis "Mais vous comprenez pas ce que je dis, moi ça me saoule, les règles ! Je veux pas d'enfant donc les règles, ça me saoule tout court, en fait !" ... (rires)... Voyez, c'est un point de vue ! Bon, je le prends avec humour, mais bon... Du coup, quand elle m'a dit "Pas de règles", ça a fait tilt dans ma tête et je me suis dit "Ah, c'est bien ça !". (rires)... En plus, mon conjoint, je le vois à distance, donc on se voit pas souvent... donc, quand on se voit et que j'ai mes règles, c'est pas drôle, donc bon... Bref, donc GRAND CONFORT par rapport à mon rythme de vie ! »

γ.3. Pas d'effets indésirables

Pour certaines le DIU n'a eu aucun effet indésirable.

Patiente 4 : « Ah ben oui, complètement, parce que y'a pas de, enfin... y'a pas d'effets secondaires, y'a pas de gêne... Et puis oui, moi je le conseillerais ! »

Patiente 6 : « Non ! J'allais une fois par an faire mes frottis, y'avait pas de soucis... NON ! Y'avait AUCUN SOUCI, la première fois... Ouais, le jour-même ! On a fait un relai. Ça faisait pas tout à fait cinq ans, à quelques jours près, pour pouvoir reposer le deuxième... »

Patiente 8 : « Nickel ! Moi, j'ai eu vraiment aucun souci.... Ouais, aucun souci ! »

γ.4. Une vie sexuelle facilitée

Le DIU a permis à certaines femmes de se sentir mieux dans leur corps et de ne pas avoir l'angoisse d'une grossesse lors des rapports ce qui permet de faciliter la relation à deux.

Patiente 4 : « *Non, même, il est plus à l'aise, parce que les préservatifs, euh... c'est pas extraordinaire et puis... c'est confortable pour les deux, hein !* »

Patiente 5 : « *Mais sinon, euh... c'est vachement bien, surtout pour eux, hein ! Non, il le sent pas !* »

Patiente 7 : « *Ben lui, il a connu les problèmes hormonaux que j'avais eu AVANT de mettre le stérilet : les problèmes de sécheresse, les problèmes comme ça, donc tout revenait à la norme, euh... entre guillemets, à ce moment-là, quoi !* »

Patiente 14 : « *J'ai aussi une relation plus confortable avec mon conjoint, c'est important quand on débute une relation, en plus ! Et surtout sans inquiétude, et ça, c'est hyper important aussi, parce que s'il faut stresser à chaque fois, merci !* »

« Je suis ravie ! Je me sens bien dans mon corps, comme ça. Ouais, c'est ça, en fait, je me sens bien dans mon corps ! Je trouve ça important quand on est une jeune femme (34 ans, mais je me trouve quand même encore un peu jeune !) et qu'on débute une nouvelle relation après 15 ans, qui avait commencé à l'adolescence, donc euh... là, c'est première relation à l'âge adulte, en quelque sorte, vous voyez ? Et donc, vous avez à vous poser des questions que vous vous seriez jamais posées étant adulte. Et du coup, c'est important de se sentir bien dans son corps aussi, à ce moment-là ! On veut pas avoir des contrariétés inutiles, euh... »

γ.5. Avantage financier

Des patientes ont trouvé un avantage financier au DIU.

Patiente 13 : « *Et après, au niveau tarifs, c'est aussi plus économique d'avoir un stérilet que de prendre la pilule ! ... je sais que j'ai des copines qui payaient 45 ou 50 euros pour un mois, parce qu'elles avaient des pilules spécifiques. Là, je me dis que faut y réfléchir à deux fois, parce que le stérilet, moi je crois que c'était 30 et l'autre, il est à 100, donc...* »

γ.6. Libérées des effets indésirables des autres contraceptions

Les patientes parlent de libération des inconvénients des autres méthodes de contraception.

Patiente 5 : « *J'ai beaucoup moins de cellulite, j'ai bien dégonflé parce qu'on peut dire ce qu'on veut, mais la pilule, ça fait gonfler, niveau rétention d'eau et tout ça ! Niveau émotion : sous pilule, j'avais des pics et là, rien !* »

Patiente 10 : « *Ben ça se passe bien.... Mes migraines euh... c'est magique parce que j'en ai peut-être maintenant euh... une fois par mois alors qu'avant j'avais des crises au moins quatre fois par mois. Donc là, je, pour moi c'est, c'est, c'est, je revis.* »

Patiente 1 : « *Même par rapport à tout, je trouve que c'est quand même le stérilet le mieux mais bon, au risque de me retrouver encore à l'hôpital, ça me fait un peu peur, hein ! Après, je dis pas PLUS JAMAIS, mais pour le moment...* »

Patiente 6 : « *Très très abondantes, très mal au ventre (pendant cinq ans) ... Après, c'était le deal par rapport aux effets secondaires que j'avais avec la pilule...* »

Patiente 10 : « *Moi j'ai pas mal de potes qui se sont rendu compte que même elles, elles trouvaient qu'elles avaient vachement de changements d'humeur, qu'elles se sentaient avec la pilule, sous la pilule, un peu, tout le temps, un peu énervée, un peu euh... et trouvent que justement avec le cuivre, elles avaient perdu tout ça, en gros elles étaient un peu libérées de ça.*»

c. SATISFAITE OU INSATISFAITE ?

a. Les patientes satisfaites

Au final, la plupart des patientes sont satisfaites d'avoir choisi le DIU comme contraception malgré les inconvénients de la pose et parfois des effets indésirables.

Patiente 2 : « *Le stérilet, si c'était à refaire, je le referais ! Et puis, quand celui-là arrivera à... péremption. (rires) ... A la fin, voilà ! Ben, j'en referais poser un ! Non, c'est clair que je continue là-dessus ! Oui. Ouais ouais ouais* »

Patiente 4 : « *Ah ben oui, complètement, parce que y'a pas de, enfin... y'a pas d'effets secondaires, y'a pas de gêne...Et puis oui, moi je le conseillerais !* »

Patiente 5 : « *Ah oui, c'est vachement bien, franchement !! Mais moi, je le conseille. Moi, je trouve que c'est vraiment l'idéal ! Franchement, c'est le top ! Je suis contente. »*

Patiente 6 : « *Mais le stérilet, c'est vrai que je pourrais le conseiller, en disant "Voilà, j'ai eu une bonne expérience, même si j'avais pas d'enfants". »*

Patiente 7 : « *Si je veux pas avoir d'enfant, oui ! Pour moi, c'est l'un des meilleurs contraceptifs, donc y'a pas de raisons. »*

Patiente 8 : « *... j'en suis plutôt contente, donc je vois pas pourquoi j'en mettrais pas, quoi ! »*

Patiente 9 : « *Je pense oui, si d'ici là, parce ce qu'après c'est, c'est ma première année donc ... on peut le garder cinq ans, donc ... je pense que je vais le garder un moment mais... d'ici là, si j'ai pas envie d'avoir d'enfants, j'en mettrais un autre, ouais. »*

Patiente 10 : « *Moi je me dis que, euh... euh... la douleur vaut la peine ! Parce que franchement c'est tellement agréable d'avoir un stérilet !... Je sais pas je pense que j'en remettrais un, ouais. Après, on verra peut-être ce sera le moment de... mais oui, moi c'est sûr je continuerais au stérilet, là. Moi je suis plutôt contente du stérilet, donc c'est sûr ce sera mon moyen de contraceptif pour la suite. »*

Patiente 14 : « *Donc non, expérience, euh... réussie ! Moi, si c'était à refaire, je le referais ! Je trouve ça confortable, ça correspond à mon rythme de vie, à mes besoins. Donc moi, je trouve que c'est extrêmement soft comme méthode et proportionnée. Ouais, je valide ! »*

Les patientes en sont tellement contentes qu'elles ont fait la promotion dans leur entourage.

Patiente 2 : « *... moi, j'en parle souvent avec mes copines, hein ! »*

Patiente 9 : « *... mais ma colocataire, on était que deux à l'avoir, on l'a conseillé à la troisième, enfin voilà quoi. En général, quand on parle de contraception et tout ça, je conseille le stérilet.»*

Patiente 10 : « *Oui, moi j'en ai fait grave la propagande. (rires) »*

Patiente 14 : « *Moi je le recommanderai, parce que je pense qu'aujourd'hui, les stérilets qui existent sont bien adaptés, notamment pour les jeunes femmes qui ont pas eu d'enfants. C'est*

pas quelque chose qui vous empêche d'en avoir un, un jour. Alors, je peux comprendre qu'il y ait une réticence parce qu'il y a une petite intervention, peut-être ? Je peux comprendre que ça leur fasse peur, mais c'est tellement indolore, euh... »

β. Les patientes insatisfaites

Patiente 1 : « ... j'ai choisi le stérilet et c'était « quitte ou double », hein, parce que, soit ça va TRÈS TRÈS BIEN, soit on se roule par terre de douleur... Et du coup, j'avais quand même testé et pareil, je l'ai pas supporté. »

Patiente 3 : « En plus, à cause des symptômes que ça me donne, je vais l'enlever. Mais, du coup, ça me sert pas à grand-chose finalement, pour les désagréments que ça a, quoi !! ...On (avec son compagnon) pourra pas se voir, donc ça sert à rien ! C'est pas rentable, on va dire... »

Patiente 11 : « C'est moi qui ai commencé à avoir des maux de ventre ou... et des maux de tête, j'avais des maux de tête fréquents et parce que mon conjoint était embêté, aussi. j'ai rappelé le docteur, j'ai repris rendez-vous et là, ça fait un peu plus mal, quand même, quand on l'enlève! »

Patiente 12 : « Je me tâterais... parce que c'est franchement SUPER BIEN, c'est l'idéal une fois que c'est posé, c'est vraiment top ! Ça dépendrait de comment se passe le retrait, je pense, aussi! C'est juste ça (la douleur à la pose), parce qu'après, si elle me dit vraiment "On voit plus les fils, ben, on vous endort et on l'enlève", ben, mettez-en un autre, hein ! Honnêtement... Même si en me réveillant, j'aurais mal au ventre, ben ça, je les aurais pareil, je pense, les douleurs. Mais c'est vraiment à la pose ; c'était vraiment costaud ! (rires) ... »

Patiente 13 : « Moi j'ai eu la très bonne expérience... et la TRÈS TRÈS MAUVAISE ! Donc, je pense qu'il faut vraiment essayer, hein ! Alors, je sais pas ce qu'il se serait passé si je l'avais gardé (le premier stérilet), hein ! Peut-être que je l'aurais toujours et que ça se passerait super bien et que, je sais pas, peut-être que y'avait quelque chose dans le deuxième et pas dans le premier que mon corps n'a pas supporté. Après, je pense qu'il faut essayer ! Mais FAUT ESSAYER, il faut trouver la contraception qui va à son corps, quoi, et qui nous va aussi à notre esprit... »

VII. ANALYSE

1. LES LIMITES DEL'ÉTUDE

Durant la réalisation de ce travail, les règles de la recherche qualitative ont été respectées le plus strictement possible, mais certaines limites ont été rencontrées.

A. LIEES AU RECRUTEMENT DES PATIENTES

Les praticiens recrutant les patientes sont volontaires. Ils ont tout de suite répondu positivement. Ce sont des médecins généralistes, gynécologues et des sages-femmes particulièrement sensibilisés sur le sujet, et formés sur la pose du DIU ; ce qui crée un biais dans le sens où le parcours des patientes et leurs prises en charge ont pu être facilités.

B. LIEES AUX PATIENTES

De même, les patientes ayant accepté de participer à ce travail, se sentent concernées et motivées par ce sujet, ce qui crée un biais de diversité. Nous pouvons nous demander pourquoi elles ont accepté de participer : la politesse, aider la recherche, envie de parler, envie d'exprimer des mécontentements, des convictions. L'argument premier retrouvé dans notre étude comme motif de choix du DIU est le retour au naturel sans hormones, ainsi le DIU hormonal est peu représenté dans notre échantillon.

C. LIEES AU CHERCHEUR ET A LA CONDUITE DES ENTRETIENS

Il s'agissait pour moi de mon premier travail de recherche qualitative, ainsi j'ai choisi d'effectuer des entretiens semi-dirigés pour m'aider, mais, mon expérience pour les entretiens était limitée. Les patientes n'étaient pas informées de mon statut de médecin en formation, je me suis présentée en tant que chercheuse pour éviter qu'elles ne s'autocensurent dans leur discours. Pour des raisons similaires, les entretiens se sont déroulés hors d'un cabinet médical mais plutôt chez les patientes, dans un café ou chez moi. Malgré cela, le fait même de réaliser un entretien enregistré est un biais en soi : devoir s'exprimer devant une autre personne peut entraîner une peur du jugement et ainsi modifier le discours. J'ai essayé d'être la plus neutre possible et de poser des questions ouvertes pour ne pas influencer les réponses.

D. LIEES A L'ANALYSE DE L'ENTRETIEN

Dans une recherche qualitative, nous sélectionnons les indices pertinents dans le discours sans traiter exhaustivement toutes les informations, ainsi il est possible de ne pas sélectionner certains indices importants ou au contraire choisir des éléments non significatifs. Pour éviter la subjectivité et augmenter la pertinence des indices retenus, l'analyse des données peut être réalisée par plusieurs chercheurs (« triangulation des données »).

J'ai réalisé ma thèse seule et non en binôme, et avec les moyens et le temps d'une thèse de médecine : la triangulation des données fut limitée. L'analyse des entretiens fut relue par ma directrice de thèse pour éviter ces biais d'analyse et ainsi avoir un second regard sur celle-ci.

2. DISCUSSION

Nous avons constaté dans notre étude que les femmes désirent être actrices dans leur décision concernant la contraception. Une réflexion personnelle sur leur mode de contraception aboutit à écarter, pour plusieurs motifs, les autres contraceptifs et crée un cheminement vers l'utilisation du DIU. Pour une meilleure acceptation de la douleur à la pose et des effets indésirables, les patientes ont insisté sur le rôle des professionnels de santé. Une contraception choisie et voulue sera une contraception mieux tolérée par la suite avec un taux de continuation plus important. Pour nos patientes, le DIU est synonyme de liberté.

A. UNE REMISE EN CAUSE DE LEUR CONTRACEPTION

Nous remarquons, chez nos patientes qu'elles se sont tournées vers le dispositif pour deux principales raisons : le désir de retour vers le naturel, et donc sans hormones exogènes, et l'intolérance aux effets indésirables de la contraception hormonale.

Pour certaines patientes, le DIU au cuivre est synonyme de naturel. Nos résultats s'inscrivent dans la polémique de la crise des pilules de troisième et quatrième génération de 2012. L'utilisation du DIU a augmenté de 1.9 points en 2013 par rapport à 2010⁴, et les ventes de DIU au cuivre ont connu la plus forte augmentation : + 45 % d'avril 2012 à avril 2014⁷⁶ comparées aux autres méthodes de contraception.

Nos résultats recourent ceux d'une étude canadienne sur les motivations et l'expérience de patientes nullipares utilisant un DIU. Dans cette recherche, le facteur motivant les nullipares à choisir le dispositif, est d'éviter les effets indésirables potentiels ou réels de la contraception hormonale⁷⁷.

B. QUELS SONT LES CRITERES D'UNE CONTRACEPTION IDEALE POUR LES NULLIPARES ?

Nos résultats ont mis en évidence que les femmes nullipares recherchent, à travers leur contraception, une liberté quotidienne et une amélioration de leur santé sexuelle.

Dans notre étude, les patientes souhaitent une contraception facile d'utilisation, que « l'on oublie », pour ainsi ressentir une certaine « liberté ». Une contraception pratique est recherchée que ce soit dans la vie quotidienne ou pour les voyages et les sports extrêmes. Elles ne veulent plus se réveiller en pleine nuit avec l'angoisse d'avoir oublié leur pilule. Les jeunes patientes avec une mobilité importante, un rythme de vie effréné (sorties, loisirs, les amies, les petit-amis, changements fréquents de lieu pour dormir) ne veulent pas avoir cette préoccupation et arrière-pensée continuelles. Elles recherchent dans leur quotidien une tranquillité dans leur contraception et non une contrainte. La facilité d'utilisation, demandée par les patientes, permet une observance idéale et ainsi une efficacité optimale, évitant le risque de grossesse non désirée.

Dans une étude française réalisée en 2014 concernant la sexualité et le choix de la contraception chez 153 patientes, la méthode contraceptive choisie était la plus facile d'utilisation pour 48 % des femmes, 37% la plus adaptée au mode de vie, 27% celle en laquelle elles avaient confiance, 21% celle avec le moins d'effets secondaires, 15% la méthode la plus adaptée à leur sexualité, 13 % celle permettant des rapports plus sereins et finalement 9% pour l'efficacité de la contraception⁷⁸. Donc la facilité d'utilisation est le premier critère de choix du moyen de contraception.

De même dans l'étude de Hooper sur 5 120 femmes prenant la pilule dans huit pays différents, 81% envisageraient de changer de contraception pour faciliter la prise, en raison de la difficulté de la prise quotidienne⁷⁹.

De plus, elles désirent une contraception facilitant la santé sexuelle, d'une part par un certain confort, et d'autre part grâce à l'efficacité ; le fait qu'elle ne nécessite pas une observance particulière évite le stress du risque d'une grossesse au moment du rapport sexuel ; le risque d'oubli peut venir parasiter la sérénité dans les rapports. Donc, l'efficacité ressentie dans sa contraception permet un sentiment de sécurité recherché par les femmes, et limite leur peur de la grossesse, ce qui permet ainsi un meilleur "laisser aller".

Les patientes ont exprimé le désir d'une contraception ne limitant pas la libido.

Sur ce sujet, les patientes ont ressenti une baisse de libido et des difficultés dans les rapports dues à une sécheresse vaginale lors de la prise de la pilule. Dans l'étude qualitative de Duchêne-Paton, la diminution de la satisfaction sous contraception orale correspondait à une baisse de désir sexuel, une altération de la lubrification, l'existence de dyspareunies ou spottings⁸³. Une étude sur 1 101 femmes montre que les femmes sous contraceptions hormonales ont une moindre fréquence d'activité sexuelle, moins d'excitation, moins de plaisir, des orgasmes difficiles à obtenir et une lubrification insatisfaisante⁸⁰.

Concernant le préservatif, elles l'ont décrit comme une méthode imposant des contraintes, altérant la spontanéité des rapports, un « tue-l'amour ». Une étude a mis en évidence que les femmes utilisatrices de préservatifs masculins ont un plaisir diminué⁸¹. Elles pensent qu'il s'agit d'une contraception non fiable et donc anxiogène.

Ainsi, toujours dans l'étude de Duchêne-Paton, 53 % des femmes interrogées estimaient que la santé sexuelle guide le choix du contraceptif.

C. LE DIU : UNE DEMARCHE PERSONNELLE

Notre étude fait ressortir le constat que le DIU est un choix personnel. La décision a été prise en dehors du cadre médical, surtout lorsqu'il s'agit d'une démarche vers un retour au naturel. Le rôle du professionnel de santé est ici minimisé dans la prise de décision, il ne se situe pas dans une démarche diagnostique puis thérapeutique, mais plutôt dans une démarche informative, il permet d'informer ou de rassurer sur la possibilité de pose chez une nullipare parfois même, il a "juste" le rôle d'exécutant. Certaines de nos patientes avaient déjà pris la décision du choix du DIU, et sont venues en consultation uniquement pour la pose. En cas de refus attendu de la part de leur médecin, elles sont allées consulter un autre professionnel de

santé. La plupart de nos patientes ont eu accès à ce mode contraceptif, suite à une demande de leur part.

D'après l'étude Fécond de Nathalie Bajos, après la « Pills Scare » de 2012-2013, ce sont les femmes plus âgées qui se sont tournées vers le DIU, 25 à 29 ans plutôt que les 15-19 ans. Les inégalités sociales ont aussi joué un rôle à ce moment-là : les femmes qui ont rejeté la contraception hormonale se sont tournées : vers les méthodes les moins efficaces (date et retrait) pour les femmes sans aucun diplôme ; vers le préservatif pour celles avec un CAP ou BEP et vers le DIU pour les plus diplômées (BAC +4). Donc les patientes qui choisissent le DIU, sont des femmes diplômées, plus âgées et peut être plus « sûres d'elles », ce que nous avons retrouvé dans notre étude.

Il semble que les femmes choisissant le DIU, savent ce qu'elles veulent et qu'elles n'y renonceront pas face aux préjugés de l'entourage et aux refus des médecins. Elles ne veulent plus qu'on leur impose une contraception non choisie et jugée la plus efficace par le médecin, sans prendre en compte son parcours contraceptif. Les femmes expriment le souhait de reprendre la main sur les questions de contraception.

D. UNE INFORMATION LIBRE ET ECLAIREE PERMETTANT LA DECISION D'UNE CONTRACEPTION CHOISIE

a. LE DIU : UNE CONTRACEPTION NON PROPOSEE

Le DIU en tant que contraception de longue durée d'action, doit être proposé au même statut que les autres contraceptions, lors d'une consultation dédiée. Ceci pour permettre aux patientes de choisir leur contraception et ainsi d'avoir une meilleure adhésion.

Nos patientes ont bien exprimé le fait que les professionnels de santé ne leur avaient jamais proposé le DIU. La pilule est la contraception de première intention, ainsi elles l'ont ressentie comme un non-choix, « c'est comme cela et puis voilà ! ». Peut-on parler de choix libre et éclairé?

D'après l'INSEE, la pilule est la méthode la plus prescrite chez les jeunes femmes de 15 à 25 ans : sept femmes sur dix⁸².

Pourtant dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé, le DIU au cuivre peut être proposé en première intention, y compris chez les nullipares.

Ainsi dans la thèse d'Elise Reynier, sur 100 médecins généralistes, 76 % ne proposent pas spontanément le DIU aux nullipares en première intention, 46% le proposent, parfois spontanément, en seconde intention⁸³.

Ceci confirme nos résultats : le DIU est proposé par les professionnels de santé lors d'une contre-indication à la pilule ou en dernière intention, après avoir essayé de nombreuses contraceptions.

Pour nos patientes, après un IVG, le DIU est plus facilement proposé. Il semble que lors de l'échec de la contraception, une contraception réversible de longue durée d'action soit plus envisagée. D'autant plus que les médecins pratiquant les IVG sont peut-être plus sensibilisés et motivés à l'utilisation du DIU. Nos patientes ont apprécié le fait de ne pas changer de médecin pour la pose du DIU après avoir vécu l'IVG avec son professionnel de santé. La prise en charge globale, de l'IVG à la réflexion sur la contraception puis à la pose, a été considérée comme positive par nos patientes.

Le parcours contraceptif précédant le DIU, est donc bien le plus souvent le seul reflet de la prescription des professionnels de santé.

b. APRES UNE INFORMATION : LE DIU CHOIX DES PATIENTES

Pourtant si nous laissons choisir les nullipares, la pilule ne serait pas la première contraception choisie.

Dans notre étude, les professionnels de santé ayant proposé le DIU à nos patientes ont eu une réponse favorable même chez les jeunes patientes et même après une première mauvaise expérience.

Dans l'étude CHOICE américaine réalisée auprès de 9 000 femmes dont 57 % sont nullipares, après un counseling standard lors du choix de la contraception portant sur l'efficacité, le mode d'action, la fréquence d'utilisation, les risques, les bénéfices, les effets indésirables fréquents pour tous les modes de contraception, 75% choisissent une des trois méthodes contraceptives

réversibles de longue durée d'action (46% le DIU au lévonorgestrel, 12% le DIU au cuivre , 17% l'implant) versus 9% qui choisissent la pilule. Chez les jeunes de 14 à 17 ans, l'implant est choisi à 64.5%, chez les 18-20 ans le DIU est choisi à 61.4 % ⁷².

Dans l'étude de Fleming, la variable qui augmente significativement le fait d'être intéressé par cette méthode, est le fait d'avoir reçu une information (2.7 fois plus de chances d'être intéressé par le DIU)⁸⁹.

Nous savons qu'en pratique quotidienne, lors des consultations, le temps est notre principal ennemi. La première consultation sur la contraception avec une information exhaustive et adaptée sur tous les modes contraceptifs, dure longtemps : après avoir éliminé les contre-indications à certains modes de contraception, elle doit concerner l'efficacité, le mode d'action, le mode de prise, les risques fréquents ou graves, les effets indésirables, les avantages, les aspects pratiques et les modalités d'utilisation de chaque méthode de contraception. Mais il est important de prendre ce temps pour permettre une meilleure adhésion à la contraception et ainsi éviter des échecs.

D'ailleurs, pour encourager les médecins à prendre le temps nécessaire à informer sur la contraception, les autorités vont augmenter la cotation de la première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles pour les jeunes filles de 15 à 18 ans à partir du premier novembre 2017, à 46 euros (prise en charge à 100 %).

Une information neutre et égale sur toutes les contraceptions (après avoir éliminé les contre-indications) permet aux patientes d'être pro-actives dans leur choix et ainsi de décider en connaissance de cause leur contraception. Dans ce cas, souvent le DIU devient un choix envisageable même chez la nullipare.

c. UNE INFORMATION EXHAUSTIVE POUR UNE MEILLEURE TOLERANCE

Les quelques patientes actrices de leur décision dans le choix de la contraception, dans notre étude, semblent avoir mieux accepté la pose et les effets indésirables. Elles déclarent être averties de ces effets et elles ont pu élaborer une réflexion à ce sujet avant de décider. Au final ces femmes averties nous affirment "juste s'adapter " aux effets indésirables et donc les accepter.

Les patientes, dans notre étude, informées de la douleur à la pose et des effets indésirables du DIU, s'avèrent plus tolérantes par la suite que les patientes non informées et donc surprises voire inquiètes de ces effets. Elles nous ont confié : « j'ai eu mal à la pose mais j'étais au courant, j'ai tels effets mais on m'avait prévenue », elles l'ont choisi donc elles savaient à quoi s'attendre ; les effets semblaient être mieux tolérés et acceptés. Les femmes nullipares peu informées ont signalé leur mécontentement envers les professionnels de santé, elles auraient aimé être averties.

Ces résultats s'inscrivent dans l'actualité médicale concernant le DIU Mirena. Des utilisatrices du dispositif Mirena ont témoigné sur internet à propos des effets indésirables dont elles ne connaissaient pas l'existence (dont certains non connus et non inscrits sur la notice) ; elles reprochent aux professionnels de santé de « minimiser les effets secondaires », de ne pas leur permettre d'accéder à l'information délivrée sur la notice, que le médecin jette directement après la pose ; elles se sentent mal renseignées. Les utilisatrices réclament une meilleure information sur les effets indésirables lors de la consultation et lors de la pose⁸⁴. L'utilisation des médias, d'internet et des réseaux sociaux amplifie le phénomène, et rappelons que ce sont en majorité les personnes qui ont un souci avec un produit qui s'expriment sur les réseaux sociaux (et non celles qui sont satisfaites), et que cela crée un « effet loupe » sur les effets indésirables. L'augmentation et la nature des déclarations d'effets indésirables ne remettent, cependant, pas en cause la balance bénéfice-risque du Mirena d'après l'ANSM⁸⁵.

Dans une étude française sortie en 2015 sur la tolérance du DIU au cuivre chez les femmes nullipares, les auteurs expliquent, leur fort taux de continuation à 1 an (90%) par rapport aux taux de continuation retrouvés dans la littérature (de 78% à 87%), par l'influence favorable d'un bon counseling⁸⁶. Ceci est aussi retrouvé dans l'étude de Suhonen, qui montre le rôle positif d'une information adaptée portant sur les symptômes potentiels, sur le taux de continuation, donnée par une équipe de planification⁶⁹.

De même, l'étude de Mimoum met en évidence que les ménorragies sous DIU sont ressenties comme plus inconfortables pour les patientes qui jugent « insuffisantes » les explications fournies par le prescripteur⁸⁷.

La thèse d'Elise Reynier retrouve que 57 % des médecins généralistes pensent que la mauvaise tolérance est l'inconvénient principal chez les nullipares.

Il ne faut donc pas que la crainte excessive du praticien concernant la mauvaise tolérance, devienne un frein. L'information, l'accompagnement et l'écoute du soignant lui-même, jouent un grand rôle sur la tolérance même.

Il est nécessaire de bien reprendre l'histoire contraceptive de la patiente pour adapter la contraception : les raisons de son échec, les effets indésirables non supportés, la vie sexuelle sous contraceptif. Nos patientes ont insisté sur le caractère appréciable de l'écoute du professionnel de santé sur les raisons de la remise en question de leur précédente contraception : connaître ces raisons permettra de proposer une contraception mieux adaptée et ainsi, mieux tolérée.

d. LES FAUSSES REPRESENTATIONS : FACTEUR LIMITANT D'UNE BONNE INFORMATION

En 2010, 69 % des gynécologues et 89 % des généralistes considéreraient que le DIU n'est pas une méthode indiquée chez les femmes nullipares¹⁰.

Pour que les professionnels de santé donnent une information exhaustive sur toutes les contraceptions possibles et adaptées à la patiente, il est nécessaire de se libérer des préjugés. Comment pouvoir prescrire à une patiente nullipare un DIU si en tant que professionnel de santé je pense que ce mode contraceptif n'est pas adapté, à tel point que je prescris une contraception moins efficace comme la pilule à mes patientes ?

Nos patientes ont été parfois confrontées à des médecins refusant de leur poser le DIU. Les professionnels de santé ne leur auraient pas donné d'explications réellement scientifiques mais plutôt leur auraient annoncé que ce n'est pas dans les habitudes. Elles nous ont signalés des réflexions venant d'ostéopathes, de radiologues, de médecins généralistes, de gynécologues et parfois même une désinformation de leur part. Elles associent ce refus souvent avec « l'ancienne génération » de médecins et que les médecins des pays nordiques ont plus facilement accepté la pose du DIU au temps de leurs mères, et voient donc la France comme un pays « arriéré » sur ce sujet. Effectivement, la prévalence du DIU chez les femmes de 15 à 49 ans est plus élevée en Finlande (25.8%) et en Norvège (23.3%) d'après les données de l'OMS en 2017⁸.

Nos résultats recourent ceux de la thèse de Chloé Rieu et Marie Sibel sur le véritable parcours du combattant des nullipares pour accéder au DIU face aux professionnels de santé⁸⁸.

La crainte des professionnels de santé de poser un DIU chez une nullipare, est justifié pour 64 % des médecins français par la peur des MIP, 61% par les difficultés d'insertion, 39% par la douleur à la pose et 29% par l'infertilité¹⁹. Face aux multiples réticences et aux refus fréquents des médecins, les patientes ressentent les craintes des professionnels de santé et sont donc dans une recherche active d'un soignant les réassurant.

e. LE CHOIX DU PROFESSIONNEL DE SANTE

Pour pouvoir accéder au DIU, les patientes ne sont pas allées voir forcément leur médecin habituel : soit parce qu'elles pensaient qu'il refuserait la pose, soit par mauvaise expérience.

D'après nos résultats, certaines patientes auraient eu parfois un sentiment de jugement, d'incompréhension en regard de ce choix et ont décidé de s'informer par elles-mêmes et se sont tournées vers internet. Là, elles ont pu être confrontées à une information erronée et à un effet loupe sur les idées reçues et les craintes. Ceci mettant encore plus en exergue leurs propres doutes et créant ainsi une certaine ambivalence. Malgré leur volonté d'utilisation du dispositif et même après le dispositif en place, les patientes nous ont fait part de leurs propres craintes car il est tout de même inscrit dans leur imaginaire profond que le DIU est réservé aux femmes multipares et qu'il existe la possibilité de stérilité et d'infections. Pour elles, le DIU est la contraception de leurs mères et de leurs tantes. Il est difficile de s'affranchir de ses propres représentations face aux influences de l'extérieur et aux doutes des médecins. Dans leur dilemme intérieur, certaines ont trouvé des explications validées chez leurs professionnels de santé les rassurant ainsi dans leur choix.

Nos patientes ont insisté sur les qualités requises du soignant lors de la prise en charge. Nos résultats font ressortir une réelle décision de choix du professionnel de santé. Face aux préjugés de l'entourage, de certains soignants, elles ressentent doublement le besoin de consulter un praticien qui comprennent leur démarche et qui ne soit pas dans le jugement.

E. LA TOLERANCE A LA POSE

Un des principaux freins aux choix du DIU comme contraception chez les patientes nullipares, est l'appréhension de la douleur à la pose. Dans son étude, Fleming interroge avec un questionnaire des patientes de 14 à 27 ans dont 84% sont nullipares, sur la connaissance, les motivations et les réticences sur le DIU. Il retrouve que les principaux freins sont la peur d'un corps étranger (46%) et la peur de la pose (25%)⁸⁹. Ces résultats sont retrouvés dans la thèse de Anne -Laure Chanzy Waroquet intitulée « Pourquoi les nullipares ne choisissent pas plus le DIU ? Enquête auprès de femmes », sur 189 femmes 59 % ont peur du « corps étranger » que représente les DIU et 51% ont peur de la pose⁹⁰.

Toutes nos patientes ont eu une douleur à la pose. La douleur a entraîné chez une de nos patientes un malaise vagal. Chez une autre, la douleur à la pose est l'obstacle principal pour lequel elle ne reposera pas un DIU après (sauf si la pose est sous anesthésie générale car elle est très satisfaite de ce mode de contraception).

Dans une étude de 2015 sur 109 femmes nullipares de 18 à 30 ans, les auteurs trouvent que 75% des patientes déclarent que la procédure s'est « très bien » passée, alors même que 78% décrivent la douleur à l'insertion comme modérée à sévère et que 46 % ont eu des symptômes d'ordre vasovagal (étourdissements, nausées, transpiration)⁹¹.

Nous avons identifié comme facteurs de meilleure acceptabilité de la douleur : la brièveté du geste et le rôle du médecin : l'information préalable sur la pose et l'accompagnement lors de la pose.

Nous n'avons pas retrouvé que la prémédication soit un facteur diminuant la douleur, elle n'était pas identifiée comme telle par les patientes : certaines ont pris du phlorogucinol plus ou moins associé à du paracétamol, d'autres des anti-inflammatoires non stéroïdiens, une a pris de la codéine, d'autres patientes n'ont rien pris.

Par contre, une patiente anxieuse de la pose non mise en confiance par les soignants semble avoir eu une pose vécue plus difficilement, ce fut le cas pour notre patiente dont le médecin n'était pas informé du motif de la consultation dû à un problème d'organisation dans le centre médical. Les patientes nous ont fait part de leur angoisse de la pose avant d'arriver à la consultation et donc du rôle essentiel des praticiens à travers leur discours, pour les rassurer, pour les mettre « à l'aise ». L'accompagnement lors de la consultation est ressorti comme

essentiel dans le vécu de la pose, ainsi la mise en place d'une atmosphère de confiance est importante. Pour cela l'expérience du professionnel de santé est nécessaire.

Ceci est retrouvé dans la revue de la littérature de Gemzell de 2013 dans laquelle 17 études ont été analysées. Il conclut qu'aucun protocole de prémédication n'a été démontré pour réduire significativement la douleur. Par contre il met en évidence que l'intervention non pharmacologique permet de mieux réduire la douleur : le counseling avant et pendant la pose, la réassurance et la distraction durant la pose permettent de réduire l'anxiété, car celle-ci est un facteur d'augmentation de la perception de la douleur. Il parle de « verbal anesthésia »⁹².

Certaines de nos patientes ont eu recours à des techniques de respiration et à l'hypnose durant la pose. Une d'entre elle ayant eu une séance d'hypnose a identifié le fait de « se concentrer sur autre chose, de rentrer dans une certaine zénitude » comme un vecteur facilitant, alors même que le praticien lui a exprimé ses difficultés d'insertion.

Aucune étude n'a été retrouvée sur PubMed concernant l'insertion de DIU sous hypnose ou associée à des techniques de relaxation.

Voici un exemple de détournement d'attention dans l'article de Philippe Desseignet de 2017 sur une nouvelle technique de pose. Il arrive à diminuer la douleur grâce à l'absence d'utilisation de la pince de Pozzi (amélioration de l'axe utéro-vaginal grâce à une vessie pleine et une contre pression sus pubienne avec la sonde de l'échographe), pas de contact avec le fond utérin par l'hystéromètre et l'inserteur car introduits sous contrôle de la vue, et surtout, la patiente maintient elle-même la sonde de l'échographe en place, ce qui polarise son attention sur le geste et moins sur la douleur. De plus la patiente peut suivre la procédure en direct, qui peut être expliquée, ainsi la douleur et la sensibilité à la douleur diminuent⁹³.

Les patientes informées des différentes étapes de la procédure de pose, semblent, dans notre étude, avoir mieux accepté le geste. L'indication sur la brièveté du geste paraît importante. Certaines patientes nous ont expliqué qu'elles étaient averties que la douleur ne durerait pas longtemps et ainsi elles paraissaient moins anxieuses.

Dans un article sur les conseils pratiques pour éviter la douleur lors de l'insertion, les auteurs insistent sur la nécessité d'une information réaliste concernant le moment de la pose et les jours suivants pour savoir à quoi s'attendre. Il est nécessaire d'expliquer aux patientes, qu'il est

parfois difficile de prévoir l'inconfort ressenti car le niveau de douleur est très variable selon les femmes⁹⁴.

Finalement, comme dirait notre patiente : « Alors, je peux comprendre qu'il y ait une réticence parce qu'il y a une petite intervention, peut-être ? Je peux comprendre que ça leur fasse peur, mais c'est tellement indolore... ». La douleur ressentie à la pose dépendra, aussi, de l'anxiété de la patiente et ainsi le professionnel de santé a un grand rôle à jouer sur le vécu de la patiente à travers une information préalable franche et raisonnée sur le déroulement de la pose et un accompagnement bienveillant parfois accompagné d'un détournement d'attention.

F. LA SATISFACTION DES PATIENTES

La plupart de nos patientes sont satisfaites du DIU malgré une pose douloureuse et des effets indésirables.

Dans notre étude, certaines patientes ont décidé de le retirer pour différentes raisons : DIU non toléré entraînant une douleur intense aiguë nécessitant le retrait ; compagnon gêné lors des rapports et céphalées importantes ; spottings mal tolérés. Même si cette méthode contraceptive n'est pas parfaite et que quelques patientes ont nécessité un retrait, certaines d'entre elles y ont de nouveau recours devant la pauvreté des méthodes contraceptives existantes. Ainsi malgré la décision du retrait, certaines femmes ont choisi de renouveler l'expérience en utilisant un type de DIU différent. Nous pouvons en conclure qu'elles en étaient tout de même satisfaites ou du moins non rebutées par la pose.

Mais, même les patientes l'ayant retiré recommandent le DIU à leur entourage car elles y ont trouvé des avantages et parfois elles ont vécu une bonne première ou seconde expérience avec un DIU (dispositif similaire ou différent).

La plupart des patientes voudront réutiliser un DIU comme contraception après celui actuellement en place. Ceci même si les patientes ont des effets indésirables à type de dysménorrhées, ménorragies et douleurs pelviennes. Ces effets semblent peu gênants pour les patientes étant donné qu'elles se déclarent satisfaites du DIU. Nous avons mis en évidence certains facteurs permettant une meilleure acceptation des effets indésirables telle que l'information au préalable par les professionnels de santé (cf. ci-dessus), des patientes actrices dans leur décision et des avantages primant sur les effets secondaires. Une patiente souhaiterait

réutiliser le DIU à la condition que la pose se déroule sous anesthésie générale car elle avait ressenti celle-ci comme trop douloureuse.

Dans l'étude de Guicheteau sur 72 patientes nullipares portant un DIU au cuivre, le taux de satisfaction est de 94 % à un an. Une augmentation de l'abondance des règles est retrouvée chez 84% des patientes dont 75 % se disent peu ou pas gênées. Une augmentation des dysménorrhées est retrouvée chez 80% des patientes dont 58% se disent peu ou pas gênées par ce symptôme.

Dans l'étude de Suhonen, sur 200 femmes nullipares, dont 94 utilisent le DIU au lévonorgestrel et les autres la pilule, le taux de continuation à un an est de 80 % pour les porteuses du dispositif comparé à 73% pour les utilisatrices de la contraception orale. La douleur est la raison de l'arrêt dans 31% des cas.

Dans une étude en 2016 réalisée sur 279 femmes de 18 à 29 ans dont 75% étaient nullipares, le taux de satisfaction à 18 mois d'utilisation du DIU au lévonorgestrel et de la pilule oestro-progestative est égal (respectivement 82.1% et 81.9% des femmes se disent être « très satisfaites » ou « satisfaites »). Par contre les utilisatrices du DIU hormonal étaient beaucoup plus susceptibles de continuer leur méthode contraceptive après l'étude (66.2 % versus 48.8%)⁹⁵.

Dans une revue de la littérature sur 3 597 articles récupérés, neuf études ont satisfait aux critères de bonne qualité. La continuation à 12 mois chez les patientes âgées de moins de 25 ans, était significativement plus élevée chez les utilisatrices de DIU (86.5%) comparée aux utilisatrices de l'anneau vaginal (48.9%), de la contraception orale (39.6%), du patch transdermique (39.8%) et de l'injection de Depo-Provera (39.8%). Il n'existe pas de différence significative entre le DIU et l'implant (85.3%)⁹⁶.

Les effets secondaires du DIU au cuivre sont perçus par les patientes comme naturels et sains car résultant d'un cycle menstruel sans hormones exogènes. Ainsi les ménorragies et les dysménorrhées sont considérées, par certaines, comme des « effets normaux », « c'est les règles! ». Cette perception permet une meilleure tolérance. Elles ne semblent pas gênées par ces effets et disent devoir s'adapter et être plus prévoyantes.

L'aménorrhée entraînée par le dispositif au lévonorgestrel semble être vécue comme pratique pour la vie quotidienne et la vie sexuelle. Le fait de ne pas avoir ses menstruations n'a pas été décrit comme « non naturel » par les patientes, alors que cet argument est fréquemment entendu

en consultations par les médecins. L'aménorrhée a même été ressentie comme très positive par une patiente ne désirant pas d'enfant, comme si le cycle et les règles lui renvoyaient une image ne lui correspondant pas.

Les céphalées sous DIU hormonal, associées à une gêne ressentie lors des rapports par le partenaire, ont été un motif de retrait chez une patiente.

Quelques patientes nous ont informés sur la responsabilisation ressentie due au port du DIU. Elles sentent qu'elles doivent redoubler de vigilance envers les infections sexuellement transmissibles et donc qu'une protection par préservatif est de surcroît nécessaire.

Malgré les ménorragies, dysménorrhées, douleurs pelviennes éprouvées, les patientes ont recommandé le DIU à leur entourage. Elles en font « la propagande » à leur amie, leur colocataire. Quand elles discutent de contraception, elles conseillent le DIU.

Nos patientes ont eu un sentiment positif envers le DIU, elles décrivent une sensation de liberté, tranquillité, agréabilité, confort et protection.

Les patientes disent être libérées de l'angoisse du risque de grossesse que ce soit dans la vie quotidienne ou sexuelle. Elles n'ont plus cette crainte d'oublier leur contraception et ainsi acquièrent un certain confort psychologique. Elles se sentent protégées ce qui facilite les rapports sexuels.

Dans l'étude sur la sexualité et le choix de la contraception, 11% des femmes portant un DIU au cuivre trouvent leur sexualité moins satisfaisante alors que 25 % plus satisfaisante. L'évaluation faite par le test BISF-W (test relatif à la satisfaction sexuelle féminine) retrouve des scores de sexualité plutôt bons. Dans leur partie qualitative, les femmes notent la sérénité et la liberté des rapports sexuels moins contraints par l'usage du préservatif ou la prise de la contraception orale. Elles s'expriment beaucoup par rapport à leurs contraceptions antérieures, ce que nous avons retrouvé dans notre étude également. Avec le DIU au lévonorgestrel, 19 % des femmes étaient moins satisfaites sexuellement alors que 14 % étaient plus satisfaites. L'aménorrhée a permis à certaines femmes une plus grande liberté, par contre, celles avec des spotting avaient une diminution de la fréquence des rapports⁸³.

Elles ressentent un confort physique, aussi elles ne décrivent pas de gêne même lors d'activités sportives extrêmes. La facilité d'utilisation est prônée par les patientes car cela correspond à

leurs attentes face à leur rythme de vie. Dans leur discours elles comparent beaucoup aux autres modes de contraceptions testés auparavant et elles se sentent libérées de leurs effets par rapport aux DIU.

Ainsi dans l'étude CHOICE, toutes les patientes ont choisi leur contraception après une information neutre, le taux de continuation à un an et à deux ans est élevé : pour le DIU hormonal le taux est de 88% à un an et 79% à deux ans, pour le DIU au cuivre 85% à un an et 77% à deux ans, comparés à la pilule les taux de continuation sont de 59 % à un an et 43 % à deux ans ⁷².

Dans l'étude de Alexandra M. Hall, sur 109 femmes nullipares, la satisfaction globale est élevée, 83 % étaient « heureuses » voire « très heureuses » avec leur DIU (utilisation moyenne de 13,4 mois)⁹⁶.

Globalement les patientes de notre étude ont été satisfaites de leur DIU, elles en remettront probablement un par la suite, et le recommandent à leur entourage malgré les possibles métrorragies, dysménorrhées et douleurs pelviennes.

G. POUR UNE MEILLEURE ACCESSIBILITE AU DIU

Les femmes nullipares ont exprimé aux professionnels de santé leur demande pour obtenir un DIU comme contraception. Certaines ont regretté que ces derniers ne le leur aient pas proposé plus tôt dans leur parcours contraceptif. Elles auraient aimé avoir l'information avant d'être confrontées aux préjugés et aux fausses idées existant dans notre société. Quelques patientes n'avaient jamais entendu parlé du DIU, même lors de leur scolarité. Aussi, une de nos patientes nous a fait remarquer qu'elle n'avait pas eu (ou peut être manqué) les séances d'éducation à la sexualité au collège-lycée et que dans sa famille ils ne parlaient pas de contraception, donc elle a connu le DIU âgée. Les séances d'éducation à la sexualité dans les collèges et lycées peuvent être un bon vecteur d'information chez les jeunes pour contrer l'idée que le DIU est contre-indiqué chez les nullipares et ainsi pouvoir faire la distinction entre mythes et réalité.

Face à l'augmentation de la demande, les professionnels de santé vont probablement devoir changer leurs habitudes de prescription. Avec la nouvelle génération de médecins généralistes impliqués en gynécologie, la possibilité de pose pour les sages-femmes depuis juillet 2012, le DIU deviendra probablement une contraception plus proposée.

Depuis l'instauration d'un troisième cycle et d'un internat de médecine générale, les jeunes médecins reçoivent une formation en gynécologie. De plus avec la féminisation des médecins, l'attrait pour la gynécologie augmente. Nous pouvons remarquer le fort intérêt de la nouvelle génération de médecins généralistes pour les « Ateliers gestes techniques-contraception » reconduits chaque année au congrès de médecine générale. De même que le succès de la session « Questions ouvertes des médecins généralistes » au congrès GynAzur 2017. Ce sont aussi les jeunes médecins et les femmes qui proposent le DIU plus facilement aux patientes nullipares⁸³. La formation initiale et continue est un des leviers d'action contre les croyances erronées sur le DIU chez les nullipares.

Actuellement le déplacement des compétences dans le monde médical entraîne la nécessité de se former à certains gestes techniques par exemple la réalisation de spirométrie, la pose de DIU en cabinet de médecine générale. Pour favoriser cela, la cotation de la pose du DIU devrait être réévaluée, comme l'a été celle du frottis cervico vaginal qui, à partir du premier juillet 2017 est augmentée à 37.46 euros, alors que la pose du DIU reste à 38.40 euros. Les conditions actuelles d'exercice et de paiement à l'acte se prêtent mal à une consultation de pose de DIU, le geste et donc la cotation devraient être revalorisés pour encourager les médecins à aller au bout de leur prise en charge car il s'agit d'un geste compliqué et chronophage potentiellement source de malaise. De plus, les questions de contraception sont de plus en plus traitées par les médecins généralistes devant l'évolution du système de soins et de la démographie médicale, d'après l'HAS : diminution du nombre de gynécologues et leur répartition inégale sur le territoire, et la féminisation des médecins généralistes⁹⁷.

Pour les médecins ne pratiquant pas le geste de la pose du DIU, il serait intéressant d'avoir une liste de contacts établie pour connaître les professionnels impliqués et posant le DIU aux nullipares, comme un réseau de soins. Ceci permettrait d'augmenter l'accessibilité aux patientes. Et par ailleurs la prise en charge par le médecin réalisant le geste se déroulerait dans les meilleures conditions grâce à une première consultation d'information, de prescription, de réalisation du dépistage du Chlamydia, puis dans un second temps, la consultation de la pose. Ceci favoriserait un bon counseling et une meilleure relation de confiance médecin-patiente.

De plus, face à une demande importante et un moindre recours à la pilule, les industriels ont multiplié les formes de DIU adaptées aux nullipares. Il existe maintenant une dizaine de marques différentes.

Le changement de la norme contraceptive sera probablement bousculé par les patientes elles-mêmes en accord avec l'HAS qui, depuis 2004, précise que les DIU « ne sont pas uniquement destinés aux femmes ayant eu un ou des enfants »¹², et ceci malgré les freins des médecins. Pour répondre justement à cette demande, l'attrait pour la gynécologie et les gestes techniques permettra d'augmenter le nombre d'intervenants sensibilisés et formés, afin que le DIU soit une contraception proposée, acceptée et reconnue pour les nullipares.

H. TENDANCE SOCIETALE

Jusque dans les années 60 les méthodes de contraception demeurent interdites en France par une loi créée en 1920. Les femmes n'ont d'autres recours que l'abstinence ou l'avortement clandestin pour éviter les grossesses à répétition. Le 28 décembre 1967, après avoir repoussé onze propositions de loi en dix ans, l'assemblée nationale adopte la loi proposée par le député Lucien Neuwirth, qui autorise la contraception. Il faudra attendre encore cinq ans pour qu'en 1972, un décret règlemente la fabrication et la prescription des contraceptifs. Les débats ont été violents entre partisans et adversaires de l'usage de la pilule. La contraception dont la pilule, a permis une liberté sexuelle et un début de reconnaissance de la sexualité féminine en séparant le rôle reproductif du rôle récréatif de la sexualité.

Puis, les femmes se sont battues pour avoir accès à l'avortement grâce : au Mouvement de libération des femmes, à l'appel des 343 femmes dans *Le Nouvel Observateur*, déclarant avoir avorté dans l'illégalité, à l'avocate féministe Gisèle Halimi au procès de Bobigny⁹⁸. En 1975 Simone Veil a le courage de proposer une loi sur la légalisation de l'IVG. Cette loi permet aux femmes d'avoir le choix, mais aussi de sauver des vies de personnes en détresse.

Les lois de 1967 et 1975 ont donc rendu possible les relations sexuelles sans risque de grossesse et ainsi débiter une libération sexuelle des femmes.

Grace à cette dissociation de la sexualité et de la reproduction, nous avons assisté à l'évolution de la sexualité féminine comme l'atteste certains marqueurs : augmentation du nombre de partenaires chez les femmes, amélioration de la satisfaction sexuelle et de l'orgasme, et une plus grande variabilité des pratiques sexuelles⁹⁹.

De manière contemporaine, nous observons une plus grande divortialité avec une augmentation du recours au divorce depuis les années 1970 jusqu'à atteindre 44% des mariages de l'année en

2014¹⁰⁰, et donc un parcours contraceptif plus compliqué à gérer et plus diversifié avec de nouvelles logiques préventives (plus de ruptures, plus de partenaires sexuels).

Certaines femmes revendiquent ne pas vouloir d'enfants. Certaines de nos patientes ont eu un refus de pose de DIU de la part des professionnels de santé en raison de leur âge et de l'absence d'enfants. Des médecins ont préféré les informer sur la nécessité de « se dépêcher » et malgré le désir de la patiente de ne pas avoir d'enfants, leur ont refusé la pose du DIU car « elles changeront probablement d'avis » : il existe donc aussi, une réelle norme procréative. Pourtant la tendance à l'infécondité chez les femmes augmente, jusqu'à une femme sur quatre nées dans les années 1970 qui pourront rester sans enfant¹⁰¹.

La durée de la nulliparité s'allonge avec un âge moyen du premier rapport sexuel à 17 ans et l'âge moyen de la première grossesse à 28.5 ans²³, ce qui fait 11 ans de nulliparité en moyenne, donc 11 années à ne pas oublier sa pilule quotidiennement selon la norme contraceptive française. L'augmentation du recours répété à l'IVG¹⁰² met en évidence les difficultés de gérer un parcours contraceptif sans faille dans le cadre de trajectoires affectives et sexuelles de plus en plus diversifiées.

Ainsi, selon la norme contraceptive, nous ne proposons pas le DIU mais la pilule aux jeunes filles, et selon la norme procréative nous le refusons aux femmes à partir d'un certain âge sans enfant.

Les médecins doivent s'adapter à ces nouveaux parcours de vie. Et les pratiques et l'évolution sociétale doivent permettre aux médecins d'adapter leur discours.

Les problématiques sociétales sont en continuelle évolution. Nous pouvons supposer que le choix contraceptif est fortement guidé par la société et par nos pairs.

Notre société actuelle tend à être « anti-hormones », « anti-Essure », « anti-tampons », « anti-vaccins » et maintenant « anti-Mirena » pour un retour vers le naturel et par peur des effets indésirables à court et long termes. Cette tendance est aussi encadrée par « un mouvement écologique » plus global (anti lactose, anti gluten).

Nous avons remarqué que nos patientes sont nombreuses à être dans une démarche « anti-hormones » pour un retour vers un fonctionnement physiologique naturel. Cette tendance est confirmée dans une grande enquête Belge réalisée en février 2017 via internet sur 4 607 personnes comparant les données actuelles sur la contraception par rapport à 2010¹⁰³. Une

évolution impressionnante est à noter sur le fait que les contraceptifs ont des effets secondaires (+24 points par rapports à 2010), sont nocifs pour la santé (+16 points) et « ce n'est pas naturel » (+10 points). Proportionnellement, les moins diplômées sont les plus nombreuses à citer (38%) le fait que les contraceptifs peuvent faire grossir comme désagréments alors que les plus diplômées citent plus volontiers le fait que ces moyens soient non naturels et nocifs pour la santé (41% contre 26% des moins diplômées). Une répondante sur deux exprime que la composition hormonale de certains contraceptifs les inquiète.

Elles désirent un retour au naturel en éliminant les hormones pour certaines, et pour d'autres le DIU est vu comme un corps étranger non naturel inséré dans l'utérus et néfaste pour la physiologie féminine, comme l'attestent les patientes interrogées par Dorothé Denant dans sa thèse sur les réticences des nullipares à l'utilisation du DIU¹⁰⁴. Donc la dichotomie entre les contraceptions hormonales et non-hormonales, naturelles et non naturelles dans les représentations n'est pas si évidente et semblable pour toutes les patientes. Par exemple l'anneau vaginal est souvent représenté comme une contraception plus d'ordre mécanique qu'hormonale par les patientes : 91% de patientes pensent, ou ne savent pas si l'effet contraceptif de l'anneau, ne peut être assuré quelle que soit sa position dans le vagin, d'après la thèse de Screve Olivia sur les représentations des patientes sur les contraceptions¹⁰⁵. Dans tous les cas, pour les patientes dans une démarche vers le naturel, nous pouvons allier des médecines dites « douces » telles que la sophrologie, l'hypnothérapie aux problématiques gynécologiques comme les effets secondaires des méthodes de contraception. Les professionnels de santé doivent s'ouvrir sur les projections des patientes et leur vision de la contraception idéale pour permettre une meilleure communication.

Les parcours de vie actuels avec les nouvelles conceptions doivent être considérés et pris en compte dans la discussion sur la contraception afin d'obtenir un objectif commun partagé entre le praticien et la patiente pour permettre une meilleure adhésion à une contraception la plus adaptée possible.

VIII. CONCLUSION

Le DIU est un moyen contraceptif efficace de longue durée d'action. Malgré son autorisation de mise sur le marché en 2004 pour les nullipares, seulement 3% de celles-ci utilisent un DIU comme contraception. Pourtant pour éviter les grossesses non désirées si nombreuses, avec un recours à l'IVG s'élevant à 218 100 en 2015, les contraceptions de longue durée d'action réversibles seraient peut-être une solution adéquate à ce problème de santé publique. La littérature a montré que les fausses représentations sur le DIU chez les nullipares concernant les MIP, les risques d'infertilité, les GEU sont bien ancrées dans les esprits des patientes et des professionnels de santé.

Or les données scientifiques contredisent les principaux freins des praticiens.

Notre étude s'est intéressée aux vécus des femmes nullipares, leurs points de vue concernant leur parcours, la pose et leur satisfaction ou insatisfaction vis-à-vis du DIU, ceci étant peu décrit dans la littérature.

Nous avons pour cela recueilli le témoignage de 14 femmes nullipares, ayant fait le choix du DIU.

Les résultats de notre étude ont mis en évidence que les patientes nullipares se tournent vers le DIU essentiellement pour deux raisons : un retour vers le naturel, sous-entendant sans hormones exogènes, et afin d'éviter les effets secondaires des autres contraceptions. Le DIU leur avait été peu proposé par les praticiens. Dans leur démarche pour accéder à cette contraception, elles ont été confrontées aux idées reçues de l'entourage et parfois à une désinformation voire aux refus des professionnels de santé : il s'agit donc, en 2017, toujours d'un parcours complexe. Après la recherche d'un professionnel comprenant leur démarche, elles décrivent la pose comme une « grosse contraction brève ». Le fait d'avoir reçu une information franche et raisonnée sur les effets de la pose et surtout sur la brièveté de la douleur, permet une meilleure tolérance de celle-ci. La mise en confiance et le détournement d'attention ont été décrits comme des facteurs aidants. Les patientes ont vécu le DIU comme une contraception pratique dans la vie quotidienne, sans contrainte et donc synonyme de liberté, et de plus, améliorant leur santé sexuelle. Les effets secondaires sont acceptés et le plus souvent considérés comme minimes. Les ménorragies, les dysménorrhées et les douleurs pelviennes

semblent mieux tolérées lorsque les patientes sont informées de ces effets au préalable et que cette contraception a été choisie et voulue. La satisfaction globale est bonne, les patientes le recommandent dans leur entourage et la plupart voudront continuer avec cette contraception par la suite. Les patientes ont souhaité un suivi médical « bienveillant », favorable à la décision de la patiente et intégrant son parcours de vie. Ces témoignages peuvent, à nos yeux, aider les médecins à progresser dans l'accompagnement des patientes demandeuses de cette contraception.

Pour que la prise en charge soit optimale pour le médecin et la patiente, il semble important de réaliser une première consultation pour éliminer les contre-indications, et donner une information juste et adaptée sur le déroulement de la pose et les effets secondaires du DIU. Il est nécessaire d'évaluer et d'écarter un risque infectieux (présence d'IST, d'infection génitale haute en cours ou récente, âge <25 ans, partenaires multiples) par la réalisation d'un test de dépistage du *Chlamydia Trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae* comme le recommande la HAS³². Cette première consultation permet de créer une relation de confiance médecin-patient pour que, dans un second temps, la pose soit réalisée dans les meilleures conditions.

L'appréhension de la pose ne doit pas être un frein à l'utilisation du DIU, car une « verbal anesthesia », un détournement d'attention, des nouvelles techniques de pose peuvent permettre de réduire la sensibilité à la douleur.

Pour une meilleure tolérance à la pose et aux effets indésirables, il semble essentiel de prendre le temps d'effectuer un bon counseling adapté au parcours de vie de la patiente.

Afin d'augmenter l'accessibilité au DIU, les fausses idées doivent être écartées grâce à la diffusion d'une information juste dans la société, par exemple lors des séances d'éducation à la sexualité pendant l'enseignement secondaire, et auprès des professionnels de santé grâce aux formations initiales et continues.

L'implication de la nouvelle génération de médecins généralistes en gynécologie, la féminisation de la profession, la participation des sages-femmes, l'intérêt à la formation des gestes techniques ne peuvent qu'augmenter l'accessibilité aux DIU pour les patientes nullipares.

Le DIU est une contraception hautement efficace, choisie, adaptée au mode de vie actuel et bien tolérée : il peut et devrait donc être proposée aux femmes nullipares au même titre que les autres contraceptions, après une information éclairée.

BIBLIOGRAPHIE

- ¹ Beck F, Richard JB. Enquête INPES : Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010.
- ² Vilain A, Dress. Les interruptions volontaires de grossesse en 2015. *Études et Résultats*. 2016;968.
- ³ Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N et le groupe COCON. Contraception : from accessibility to efficiency. *Human Reproduction*. 2003;18:994-9.
- ⁴ Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C et l'équipe FECOND. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? *Population et Sociétés*. 2014;511.
- ⁵ Blanc B. La contraception par stérilet : en France et dans le monde. Paris : Arnette ; 1986.
- ⁶ Saferty D. Contraception. 4^{ème} éd. Paris : Elsevier Masson France ; 2011.
- ⁷ Peltier G. Dispositif intra-utérin et nulliparité : revue de la littérature. Thèse de médecine générale. Nantes ; 2005.
- ⁸ Nations Unis, département de l'économie et des affaires sociales, Population division, Section Fertilité et planning familial. *World Contraceptive Patterns 2017*. New-York; 2017.
Nations Unis. *Trends in contraceptive use worldwide 2015*. New-York; 2015.
- ⁹ Sonfield A. Popularity disparity: Attitudes about the IUD in Europe and the United States. *Guttmacher Policy Review*. 2007;10:19-24.
- ¹⁰ Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C et l'équipe de l'enquête FECOND. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? *Population et Sociétés*. 2012;492.
- ¹¹ Bajos N, Leridon H, Job-spira N. La contraception et le recours à l'avortement en France dans les années 2000. Présentation et premiers résultats de l'enquête COCON. *Population*. 2004;59:409-418.
- ¹² HAS. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations pour la pratique clinique. 2004.
- ¹³ Moreau C, Bohet A. IUD use in France : women's and physician's perspectives. *Contraception*. 2014;89:9–16.
- ¹⁴ Denand D. Freins et réticences à l'utilisation du dispositif intra-utérin chez les nullipares en médecine générale. Thèse de médecine générale. Paris Ile de France Ouest ; 2012.
- ¹⁵ Faculté du Collège royal d'Obstétrique et de Gynécologie du Royaume-Unis. *Medical eligibility for contraceptive use*. 2013.

- ¹⁶ Centers for Disease Control and Prevention. U.S. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 2010.
- ¹⁷ ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists). Long-acting reversible contraception : implants and intrauterine devices. *Obstet Gynecol.* 2015;121.
- ¹⁸ OMS. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5^{ième} éd. 2015.
- ¹⁹ Buhling KJ et al. Understanding the barriers and myths limiting the use of intrauterine contraception in nulliparous women: results of a survey of European / Canadian healthcare providers. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.* 2014; 183:146–154.
- ²⁰ Fleming KL et al. Attitudes and beliefs about the intrauterine device among teenagers and young women. *Contraception.* 2010; 82:178–182.
- ²¹ Whitaker AK et al. Adolescent and young adult women's knowledge of and attitudes toward the intrauterine device. *Contraception.* 2008;78:211–217.
- ²² Institut national d'études démographique : enquête INPES. 2010.
- ²³ Volant S et al. Un premier enfant à 28.5 ans en 2015 : 4.5 ans plus tard qu'en 1974. *Insee Première.* 2017;1642.
- ²⁴ Bajos N, Moreau C. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? *Population et sociétés.* 2004;407.
- ²⁵ Vilain A, Mouquet MC. Les interruptions volontaires de grossesse en 2013, *Études et Résultats.* 2015;924.
- ²⁶ Trussell J et al. Cost effectiveness of contraceptives in the United States. *Contraception.* 2009;79:5–14.
- ²⁷ Farley TM et al. Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease : an international perspective. *The Lancet.* 1992;339.
- ²⁸ Hubacher D et al. Use of copper intrauterine devices and the risk of tubal infertility among nulligravidic women. *The New England Journal of Medicine.* 2001;345.
- ²⁹ Anshu P et al. Does insertion and use of an intrauterine device increase the risk of pelvic inflammatory disease among women with sexually transmitted infection ? A systematic review. *Contraception.* 2006;73:145-153.
- ³⁰ Toivonen J et al. Protective effect of intrauterine release of levonorgestrel on pelvic infection: three years comparative experience of levonorgestrel- and copper-releasing intrauterine devices. *Obstet Gynecol.* 1991;77:261-4.
- ³¹ Sufrin CB et al. Neisseria gonorrhoea and Chlamydia trachomatis screening at intrauterine device insertion and pelvic inflammatory disease. *Obstet Gynecol.* 2012;120:1314-21.

- ³² HAS. Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. 2015.
- ³³ INVS. Chlamydioses : Distribution par classe d'âge selon le sexe, réseau Rénachla, 2013.
- ³⁴ Plan national de lutte contre le VIH 2010/2014.
www.sante.gouv.fr/plan-national-lutte-contre-le-vih
- ³⁵ Sutton MY et al. Trends in pelvic inflammatory disease hospital discharges and ambulatory visits, United States. 1985-2001. *Sex Transm Dis.* 2005;32:778-84.
- ³⁶ Carr S et al. Intrauterine Devices and Pelvic Inflammatory Disease Among Adolescents. *Journal of Adolescent Health.* 2013;52:22-28.
- ³⁷ Gunhild Garmo Hov et al. Use of IUD and subsequent fertility : follow-up after participation in a randomized clinical trial. *Contraception.* 2007;75:88– 92.
- ³⁸ Mansour D et al. Fertility after discontinuation of contraception : a comprehensive review of the literature. *Contraception.* 2011;84:465-477.
- ³⁹ Stoddard AM et al. Fertility after intrauterine device removal: a pilot study. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2015;20:223-30.
- ⁴⁰ Xu Xiong et al. IUD Use and the Risk of Ectopic Pregnancy: A Meta-Analysis of Case-Control Studies. *Contraception.* 1995;52:23-34.
- ⁴¹ Mol BW et al. Contraception and the risk of ectopic pregnancy : a meta-analysis. *Contraception.* 1995;52:337-41.
- ⁴² Bouyer J et al. Epidémiologie de la grossesse extra-utérine : incidence, facteurs de risque et conséquence ; Recommandations pour la pratique clinique. *J Gynecol obstet Biol Reprod.* 2003;32.
- ⁴³ Cheng Li1 et al. Contraceptive Use and the Risk of Ectopic Pregnancy : A Multi-Center Case-Control Study. *PLoS One.* 2014;10.
- ⁴⁴ Bouyer J et al. Risk factors for extrauterine pregnancy in women using an intrauterine device. *Fertil Steril.* 2000;74:899-908.
- ⁴⁵ Guillebaud. J. Intrauterine devices in : *Contraception, your questions answered.* 6^{ième} éd. Churchill livingstone ; 2013.
- ⁴⁶ Sivin I et al. Dose- and age-dependent ectopic pregnancy risks with intrauterine contraception. *Obstet Gyneco.* 1991;78:291-8.
- ⁴⁷ Skjeldestad FE et al. How effectively do copper intrauterine devices prevent ectopic pregnancy ? *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1997;76:684-90.

- ⁴⁸ Wilson JC et al. A prospective New Zealand study of fertility after removal of copper intrauterine contraceptive devices for conception and because of complications : a four-year study. *Am J Obstet Gynecol.* 1989;160:391-6.
- ⁴⁹ Hubacher D et al. Pain from copper intrauterine device insertion : Randomized trial of prophylactic ibuprofen. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2006;195:1272–7.
- ⁵⁰ Bednarek PH et al. Prophylactic ibuprofen does not improve pain with IUD insertion : a randomized trial. *Contraception.* 2015;91:193–197.
- ⁵¹ Waddington A et al. More Harm Than Good : The Lack of Evidence for Administering Misoprostol Prior to IUD Insertion. *J Obstet Gynaecol Can.* 2012;34:1177–1179.
- ⁵² Mody S et al. Pain control for intrauterine device insertion : a randomized trial of 1% lidocaine paracervical block. *Contraception.* 2012;86:704–709.
- ⁵³ Wiebe H et al. A comparison of the insertion pain associated with three different types of intrauterine device. *International Journal of Gynecology and Obstetrics.* 2015;129:169–177.
- ⁵⁴ Gemzell-Danielsson K et al. A randomized, phase II study describing the efficacy, bleeding profile, and safety of two low-dose levonorgestrel-releasing intrauterine contraceptive systems and Mirena. *Fertil Steril.* 2012;97:616–22.
- ⁵⁵ Fouda U et al. Diclofenac plus lidocaine gel for pain relief during intrauterine device insertion. A randomized, double-blinded, placebo-controlled study. *Contraception.* 2016;93:513–518.
- ⁵⁶ Lopez LM et al. Interventions for pain with intrauterine device insertion. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;29.
- ⁵⁷ Aznar R et al. Electrocardiographic changes induced by insertion of an intrauterine device and other uterine manipulations. *Fertil Steril.* 1976;27:92-6.
- ⁵⁸ Farmer M et al. Intrauterine device insertion-related complications : can they be predicted? *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care.* 2003;29:227–231.
- ⁵⁹ Graham S et al. A review of the use of intrauterine devices in nulliparous women. *Contraception.* 1982;26:323-46.
- ⁶⁰ Smith RP et al. Five years private practice experience of nulliparous women using copper IUD's. *Contraception.* 1980;21:335-42.
- ⁶¹ Harrison-Woolrych M et al. Insertion of the Multiload Cu375 intrauterine device; experience in over 16,000 New Zealand women. *Contraception.* 2002;66:387-91.
- ⁶² Stephanie B. et al. Insertion characteristics of intrauterine devices in adolescents and young women : success, ancillary measures, and complications. *Am J Obstet Gynecol.* 2015.

- ⁶³ Harrison-Woolrych M et al. Insertion of intrauterine devices : a comparison of experience with Mirena and Multiload Cu 375 during post-marketing monitoring in New Zealand. *N Z Med J.* 2003;8.
- ⁶⁴ Suhonen S et al. Clinical performance of a levonorgestrel-releasing intrauterine system and oral contraceptives in young nulliparous women: a comparative study. *Contraception.* 2004;69:407–412.
- ⁶⁵ Hubacher D et al. Copper intrauterine device use by nulliparous women: review of side effects. *Contraception.* 2007;75:8–11.
- ⁶⁶ Duenas JL et al. Intrauterine contraception in nulligravid vs parous women. *Contraception.* 1996;53:23–24.
- ⁶⁷ Bahamondes MV et al. Ease of insertion and clinical performance of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in nulligravidas. *Contraception.* 2011;84:11–16.
- ⁶⁸ Behringer T et al. Duration of use of a levonorgestrel IUS amongst nulliparous and adolescent women. *Contraception.* 2011;84:5-10.
- ⁶⁹ Madden T et al. Association of Age and Parity With Intrauterine Device Expulsion. *Obstet Gynecol.* 2014;124:718-726.
- ⁷⁰ Aoun J et al. Effects of age,parity, and device type on complications and discontinuation of intrauterine devices. *Obstet Gynecol.* 2014;123:585-92.
- ⁷¹ Garbers S et al. Continuation of copper-containing intrauterine devices at 6 months. *Contraception.* 2013;87:101-106.
- ⁷² Projet CHOICE :
Abraham M et al. Young Age, Nulliparity, and Continuation of Long-Acting Reversible Contraceptive Methods. *Obstet Gynecol.* 2015;126:823-9.
Birgisson N et al. Preventing Unintended Pregnancy : The Contraceptive CHOICE Project in Review. *Journal of women health.* 2015;24:349-353.
- ⁷³ Abbey B et al. Complications and Continuation of Intrauterine Device Use Among Commercially Insured Teenagers. *Obstet Gynecol.* 2013;121:951–958.
- ⁷⁴ Touboul P. Recherche qualitative 2011. Collège national des médecins généralistes de Nice.
- ⁷⁵ Aubin-Auger I et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer, la revue française de médecine générale.* 2008;19:142–145.
- ⁷⁶ ASNM. Evolution récente de l'utilisation en France des contraceptifs oraux combinés (COC) et autres contraceptifs. Communiqué juin 2014.
- ⁷⁷ Wiebe ER et al. Motivation and Experience of Nulliparous Women Using Intrauterine Contraceptive Devices. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada.* 2010.
- ⁷⁸ Duchêne-Paton et al. Sexualité et choix du mode contraceptif. *Sexologies.* 2015;24:69-81.

- ⁷⁹ Hooper DJ et al. Attitudes, awareness, compliance and preferences among hormonal contraception users : a global, cross-sectional, self-administered, online survey. *Clin Drug Investig.* 2010;30:749-63.
- ⁸⁰ Smith NK et al. Hormonal contraception and female pain, orgasm and sexual pleasure. *J Sex Med.* 2013;11:462-70.
- ⁸¹ Randolph et al. Sexual Pleasure and Condom Use. *Arch Sex Behav.* 2007;36:844–848.
- ⁸² INSEE. Femmes et hommes, l'égalité en question. Livre édition. 2017.
- ⁸³ Reynier E. Dispositif intra utérin chez les nullipares : enquête sur les pratiques des médecins généralistes. Thèse médecine générale. Nantes ; 2011.
- ⁸⁴ Association Stérilet Vigilance Hormones présidée par Marie Le Boiteux site web.
- ⁸⁵ ANSM. Information sur le dispositif intra-utérin Mirena-Point d'information du 12/05/2017.
- ⁸⁶ Guicheteau C et al. Tolérance du dispositif intra-utérin au cuivre chez les patientes nullipares: étude prospective uni centrique. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité.* 2015;43:144-150.
- ⁸⁷ Mimoun S et al. Le vécu des règles et de leurs troubles chez 603 femmes sous contraception en 1999. *Gynécol Obstét Fertil.* 2000;28:904-12.
- ⁸⁸ Rieu C et Sibel M. L'accès au DIU comme contraception pour les nullipares : un parcours du combattant ? Thèse médecine générale. Toulouse ; 2015.
- ⁸⁹ Fleming K et al. Attitudes and beliefs about the intrauterine device among teenagers and young women. *Contraception.* 2010;82:178-182.
- ⁹⁰ Chanzy Waroquet AL. Pourquoi les nullipares ne choisissent pas plus le DIU ? Enquête auprès de femmes. Thèse de médecine générale. Grenoble ; 2013.
- ⁹¹ Hall MH et al. Intrauterine contraception in nulliparous women: a prospective survey. *J Fam Plann Reprod Health Care.* 2016;42:36-42.
- ⁹² Gemzell-Danielsson K et al. Management of pain associated with the insertion of intrauterine contraceptives. *Human Reproduction Update.* 2013;19:419–427.
- ⁹³ Desseignet P. Pose d'un dispositif intra-utérin sans douleur. *Revue gynécologie et obstétrique pratique.* 2017.
- ⁹⁴ Bahamondes L et al. Practical advice for avoidance of pain associated with insertion of intrauterine contraceptives. *JFamPlannReprodHealthCare.* 2014;40:54–60.
- ⁹⁵ Borgatta L et al. A multicentre, open-label, randomised phase III study comparing a new levonorgestrel intrauterine contraceptive system (LNG-IUS 8) with combined oral

contraception in young women of reproductive age. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2016;21:372-9.

⁹⁶ Usinger KM et al. Intrauterine Contraception Continuation in Adolescents and Young Women: A Systematic Review, *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 2016;29:659-667.

⁹⁷ HAS. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. 2013.

⁹⁸ Giami A et al. Révolutions sexuelles. Paris : La musardine Edition; 2015.

⁹⁹ Bajos N et al. La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine. In *sciences sociales et santé*. 2004;22:117-142.

¹⁰⁰ Bellamy V, INSEE. 123 500 divorces en 2014 : Des divorces en légère baisse depuis 2010. 2016.

¹⁰¹ Beaujouan E et al. La proportion de femmes sans enfant a-t-elle atteint un pic en Europe. *Population et Sociétés*. 2017;540.

¹⁰² Bajos N et al. L'augmentation du recours répété à l'IVG en France : des enjeux contraceptifs au report de l'âge de la maternité. *Revue d'Epidémiologie et de santé publique*. 2013;61:291-298.

¹⁰³ Solidaritis Institut. Grande enquête-Contraception 2017. Belgique 2017.

¹⁰⁴ Denant D. Freins et réticences à l'utilisation du dispositif intra-utérin chez les nullipares en médecine générale. Thèse de médecine générale. Paris Ile de France-Ouest; 2012.

¹⁰⁵ Screve O. Les alternatives à la pilule : implant sous cutané, patch contraceptif et anneau vaginal. Mémoire de sage-femme. Lyon; 2012.

ANNEXE 1 : EFFICACITE DES METHODES CONTRACEPTIVES SELON L'OMS

Efficacité des méthodes contraceptives selon l'OMS 2011 (1)

Méthode de planification familiale	Taux de grossesses de la première année		Taux de grossesses sur 12 mois
	Utilisation correcte et régulière	Telle qu'utilisée couramment	Telle qu'utilisée couramment
Implants	0,05	0,05	
Vasectomie	0,1	0,15	
DIU au lévonorgestrel	0,2	0,2	
Stérilisation féminine	0,5	0,5	
DIU au cuivre	0,6	0,8	2
MAMA (pendant 6 mois)	0,9	2	
Injectables mensuels	0,05	3	
Injectables progestatifs	0,3	3	2
Contraceptifs oraux combinés	0,3	8	7
Pilules progestatives	0,3	8	
Patch combiné	0,3	8	
Anneau vaginal combiné	0,3	8	
Préservatifs masculins	2	15	10
Méthode d'ovulation	3		
Méthodes des Deux Jours	4		
Méthode des Jours Fixes	5		
Diaphragmes avec spermicides	6	16	
Préservatifs féminins	5	21	
Autres méthodes de connaissance de la fécondité		25	24
Retrait	4	27	21
Spermicides	18	29	
Capes cervicales	26*, 9**	32*, 16**	
Pas de méthode	85	85	85

* Taux de grossesses pour les femmes qui ont accouché.
 ** Taux de grossesses pour les femmes qui n'ont jamais accouché.

Clé :

0-0,9	1-9	10-25	26-32
Très efficace	Efficace	Modérément efficace	Moins efficace

HAS : Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. Mars 2013. Mise à jour janvier 2015.

L'indice de Pearl : indice théorique égal au pourcentage de grossesses "accidentelles" sur un an d'utilisation optimale de la méthode.

ANNEXE 2 : PREMIER GUIDE D'ENTRETIEN

Premier guide d'entretien :

1. Racontez-moi comment vous est venu l'idée d'utiliser le DIU comme méthode de contraception.
(Où avez-vous entendu parler du DIU ? Quelles ont été les motivations de ce choix ? Qui vous a informé sur cette méthode contraceptive ? Et quelles informations avez-vous reçues ?)
2. Décrivez-moi le déroulement de la pose du DIU ?
(Prémédications ? Ressenti ? Douleur ?)
3. Comment vous sentez-vous depuis la pose ?
(Effets secondaires ? Avantages / inconvénients ? Par rapport aux autres modes de contraception ? Vie sexuelle, remarques du compagnon ? Satisfaite ? Retrait ? Pourquoi ?)
4. Est-ce que vous recommanderiez le DIU à une amie nullipare ?
5. Aimeriez-vous ajouter des remarques ?

Caractéristiques de la patiente :

- Âge.
- Profession/étudiant/sans emploi (niveau d'études : primaire, CAP/BEP, BAC, études supérieures, étudiante, travailleuse).
- Niveau socio-économique.
- Situation familiale (célibataire/couple/ mariée, enfants).
- Milieu de vie : urbain, semi-rural, rural.
- Antécédents personnels, familiaux (les contre-indications à la contraception hormonale) et gynécologiques (IVG, fausse couche, antécédents).
- Type de DIU, durée d'utilisation (date de la pose), médecin (sexe, spécialité, cabinet de ville, hôpital, secteur ½, sage-femme).

ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN CORRIGE

Deuxième guide d'entretien :

1. Racontez-moi comment vous est venu l'idée d'utiliser le DIU comme méthode de contraception.
(Où avez-vous entendu parler du DIU ? Quelles ont été les motivations de ce choix ? Qui vous a informé sur cette méthode contraceptive ? Et quelles informations avez-vous reçues ?)
2. Décrivez-moi le déroulement de la pose du DIU ?
(Prémédications ? Ressenti ? Douleur ?)
3. Comment vous sentez-vous depuis la pose ?
(Effets secondaires ? Avantages / inconvénients ? Par rapport aux autres modes de contraception ? Vie sexuelle, remarques du compagnon ? Satisfaite ? Retrait ? Pourquoi ?)
4. Est-ce que vous recommanderiez le DIU à une amie nullipare ?
5. Allez-vous utiliser un DIU comme prochaine contraception ? Pourquoi ?
6. Aimerez-vous ajouter des remarques ?

Caractéristiques de la patiente :

- Âge.
- Profession/étudiant/sans emploi (niveau d'études : primaire, CAP/BEP, BAC, études supérieures, étudiante, travailleuse).
- Niveau socio-économique.
- Situation familiale (célibataire/couple/mariée, enfants).
- Milieu de vie : urbain, semi-rural, rural.
- Antécédents personnels, familiaux, tabac, traitements (les contre-indications à la contraception hormonale) et gynécologiques (IVG, fausse couche, antécédents).
- Type de DIU, durée d'utilisation (date de la pose), médecin (sexe, spécialité, cabinet de ville, hôpital, secteur ½, sage-femme).

ANNEXE 4 : FICHE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT POUR LE TRANSFERT DES COORDONNEES

Madame, Mademoiselle,

Je m'appelle Sofia GALLI, je suis actuellement à la fin de mes études et, dans le cadre de ma thèse je m'intéresse au vécu des femmes nullipares (femmes qui n'ont pas d'enfants) portant un Dispositif Intra-Utérin (stérilet).

Pour cela, je souhaite réaliser des entretiens bénévoles qui devront être enregistrés pour être ensuite analysés. Les informations recueillies seront anonymisées pour garantir toute confidentialité.

La durée de l'entretien sera d'environ une heure, il se déroulera au lieu de votre choix (domicile, lieu de travail, ou autre) au jour et à l'heure que nous aurons fixés ensemble.

Acceptez-vous que votre médecin me transmette vos coordonnées pour que je puisse vous joindre dans le cadre de ce projet ?

Votre expérience concernant le DIU m'intéresse et j'ai besoin de vous pour réaliser mon travail.

En espérant vous rencontrer, je vous remercie par avance de votre intérêt pour ma recherche.

Je vous prie d'agréer, Madame, Mademoiselle, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Je, soussignée, accepte que mon médecin, Docteur....., transfère mes coordonnées à Mlle Galli Sofia dans le cadre de son travail sur le vécu des nullipares portant un DIU.

Mme/Mlle :

N° de téléphone :

Ville :

Date :

Signature (mentionner « lu et approuvé ») :

ANNEXE 6 : LECTURE FLOTTANTE DE L'ENTRETIEN DE LA PATIENTE 2

Le cadre et la patiente :

L'entretien se déroule dans la chambre de la patiente qui vit en colocation.

Le lieu est calme, aucun bruit, nous n'avons pas été dérangées.

Nous sommes assis autour de son bureau, non en vis-à-vis mais en position ³/₄.

La patiente est très sympathique, enthousiaste de participer au projet car elle devra faire le même travail pour son mémoire. Elle est calme et souriante et ne souhaite pas que je lui envoie l'entretien écrit.

Il s'agit de mon deuxième entretien.

L'atmosphère est détendue, on a beaucoup ri, bon contact.

L'entretien en quelques lignes :

-Connaissance du DIU par sa mère l'ayant eu quand elle était nullipare par un gynécologue Norvégien.

-Une IVG chirurgicale sous anesthésie locale pour « se punir ».

-Un an après, reprise et échec de la pilule, demande de sa part du DIU à sa gynéco qui a tout de suite acceptée.

-Ne voulait plus d'hormones et de cycles « pas naturels ». Sous pilule : fibroadénome.

-Bien informée sur la pose et les effets secondaires.

-Pose douloureuse supportable.

-Règles abondantes mais pas plus douloureuses pendant six mois, puis maintenant règles normales.

-Pas de problème vie sexuelle mais ne se protège pas toujours avec ses compagnons car « génération pas trop sensible au SIDA ». Notion de responsabilisation accrue avec le DIU.

-Traitée à deux reprises pour un staphylocoque.

-Satisfaite de son DIU, en remettra un par la suite.

Discours forme et fond :

Discours apaisé calme.

Satisfaite du DIU, marquée par son IVG.

Idées nouvelles :

Connaissance de ce mode de contraception par sa mère.

Idées sur hormones par les médias.

Douleur tolérable, complications infectieuses mais satisfaite.

Accès facile au DIU.

DIU = responsabilisation de la patiente.

ANNEXE 7 : EXTRAIT DE LA RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN DE LA PATIENTE 14

GS : Donc, vous le recommanderiez à une femme qui n'a pas eu d'enfant ?

Patiente 14 :

Oui, moi je le recommanderais, parce que je pense qu'aujourd'hui, les stérilets qui existent sont bien adaptés, notamment pour les jeunes femmes qui ont pas eu d'enfant. C'est pas quelque chose qui vous empêche d'en avoir un, un jour. Je pense que le préservatif n'est pas une solution (pour quelque chose de stable, en tout cas), et que les hormones, moi je trouve ça extrêmement agressif pour le corps ! Après, on peut penser que le stérilet, c'est agressif d'une certaine manière, parce qu'on introduit quelque chose dans l'utérus, mais moi je pense que chimiquement parlant, euh... c'est moins agressif et on l'oublie, et du coup, quand on oublie sa contraception, c'est aussi un confort psychologique. Prendre la pilule tous les jours, moi ça me convient pas, au-delà de l'aspect hormones et compagnie.

GS : Oui, oui.

Patiente 14 :

C'est tous les jours à dix heures, le téléphone portable qui sonne : "Ah, faut pas oublier la pilule!", sans parler du fait qu'on peut effectivement l'oublier, ça peut arriver ! Ou simplement, décalage horaire : il faut compter, quand on voyage, euh... voilà ! Moi, je préfère l'oublier. Alors, je peux comprendre qu'il y ait une réticence parce qu'il y a une petite intervention, peut-être ? Je peux comprendre que ça leur fasse peur, mais c'est tellement indolore, euh... Y'a des jeunes femmes qui souffrent beaucoup plus en ayant leurs règles chaque mois, et qui ont des contractions... moi, j'ai jamais vécu ça, heureusement ! Mais je sais que y'en a qui vivent ça et elles souffrent beaucoup plus en vivant ça CHAQUE MOIS, qu'elles souffriront moins en posant un petit stérilet, qu'elles pourront retirer dans deux ans si elles changent d'avis. Donc moi, je trouve que c'est extrêmement soft comme méthode et proportionnée.

GS : Rires...

Patiente 14 : Ouais, je valide ! (*rires*)...

GS : Vous voulez rajouter quelque chose ?

Patiente 14 :

Euh... non ! (*rires*)... comme je vous dis, je valide. Et si je change d'avis et que je veux un enfant dans quatre ans, je le ferais retirer. Je suis ravie ! Je me sens bien dans mon corps, comme ça. Ouais, c'est ça, en fait, je me sens bien dans mon corps ! Je trouve ça important quand on est une jeune femme (34 ans, mais je me trouve quand même encore un peu jeune !) et qu'on débute une nouvelle relation après 15 ans, qui avait commencé à l'adolescence, donc euh... là, c'est première relation à l'âge adulte, en quelque sorte, vous voyez ?

GS : Oui

Patiente 14 : Et donc, vous avez à vous poser des questions que vous vous seriez jamais posées étant adulte. Et du coup, c'est important de se sentir bien dans son corps aussi, à ce moment-là. On veut pas avoir des contrariétés inutiles, euh... et c'est vrai que ça répond à mes attentes, donc j'oublie ma contraception, et ça, c'est essentiel, en fait ! (*rires*)... je dirai que c'est ce qui résume le stérilet !

ANNEXE 8 : EXTRAIT DU TABLEAU D'ANALYSE

PATIENTE 4 - MOTIF DU CHOIX DU DIU

<p>... ben, c'est parce que la pilule, moi, je n'en veux pas, enfin... je l'ai eu pendant des années, enfin...</p> <p>Pour moi, à l'intérieur de moi, c'est quelque chose qui coordonne pas, ça non ! Ça a résumé pas !...Donc, j'avais arrêté la pilule il y a quelques années et, euh... avec mon ancien compagnon, je l'ai prise pendant 10 ans et ça ne m'a absolument convenu... Donc, la pilule : c'était NON !</p>	<p>La patiente a pris la pilule pendant longtemps, refus de la pilule</p> <p>représentation: la pilule ne coordonne pas dans son intérieur, ne lui correspond pas</p> <p>refus pilule catégorique, mauvaise tolérance</p> <p>pilule= première contraception prise</p>	<p>la pilule ne la représente pas</p> <p>norme contraceptive</p>	<p>motif du choix du DIU</p> <p>monopole pilule</p>
<p>, j'avais pris 10 kg surtout ! Donc ça ne m'a ABSOLUMENT PAS CONVENU, comme je suis quelqu'un qui fait beaucoup de sport, beaucoup de haute-montagne et tout ça...</p>	<p>prise de poids sous pilule</p>	<p>effets secondaires pilule</p>	<p>motif choix du DIU</p>
<p>! Après moi, personnellement, j'ai pas envie d'ingérer... d'avoir des hormones qui gèrent ma physiologie, quoi ! Mais ça, c'est moi !</p>	<p>ne veut pas d'hormones qui gèrent son corps</p>	<p>anti hormones, retour au naturel</p>	<p>motif du choix du DIU</p>
<p>. Et puis moi, comme je suis TRÈS plantes, comme je viens de vous dire, et tout ça...</p> <p>! Euh... les préservatifs : c'est pas très confortable, euh... avec mon compagnon, en plus on a eu 2-3 soucis, donc c'était un peu trop risqué et stressant à chaque fois.</p>	<p>plante, nature</p> <p>problème avec préservatif (peu efficace=stressant)</p>	<p>préservatif=contraception pas efficace</p>	<p>motif du choix du DIU</p>
<p>Pffff! Ça (<i>méthodes alternatives</i>) me paraissait compliqué, parce qu'avec mes changements... je voyageais beaucoup aussi à un moment donné, donc moi, ça me paraissait pas PRATIQUE, enfin... on peut s'adapter, au début pour la mise en route, mais... c'est pas une question de fiabilité, car je pense que ça peut être fiable, mais je pense que comme j'ai déjà des cycles complètement à l'envers, euh... pour moi, je pense que c'était pas assez PRÉCIS, voilà ! C'est trop de calculs, de machins... Moi, je me plante dans les calculs ! Pour moi, ça aurait été plus un stress à gérer</p>	<p>peut que méthodes alternatives= compliqué, pas pratique (voyage), pas assez précis</p>	<p>méthode naturelle pas pratique, risque</p>	<p>motif du choix du DIU</p>

ANNEXE 9: EXTRAIT DU TABLEAU D'ANALYSE

TRANSVERSALE - LE VECU DE LA POSE

Le Vécu de la pose	Description de la pose DIU	Douleur à la pose : intensité	Douleur à la pose évaluée à 4/10	<i>Patiente 1 : « Au moment de la pose, oui, j'aurais dit peut-être 4 sur 10. Je vous dis, je suis douillette, moi ! »</i>
			Douleur ressentie comme une grosse contraction	<i>Patiente 5 : « Ça fait mal, hein ! C'est une GROSSE CONTRACTION ! Alors moi, j'ai rigolé... de nerfs ! »</i>
			Douleur intense	<i>Patiente 8 : « Et là, j'ai senti un clac : douleurs au ventre, pliée en deux... »</i>
		Douleur à la pose : durée brève	Douleur brève	<i>Patiente 1 : « ...après ça dure pas 100 ans non plus, hein ! Ça allait, quoi ! »</i>
			Durée de la douleur : 3 secondes	<i>Patiente 13 : « ...mais après, 3 secondes après, on sent plus rien. »</i>
	Facteur de moins bonne acceptabilité de la douleur	Manque d'informations sur la pose du DIU par professionnels de santé	Patiente mécontente du manque d'information de la part du médecin	<i>Patiente 3 : « ...c'est important d'en parler, parce que je trouve qu'il y a peu d'informations, justement : on m'a pas dit que ça risquait de faire TRÈS MAL au moment vraiment où on le met, on m'a pas du tout dit les symptômes que ça risquait d'entraîner ensuite... »</i>
			Manque d'accompagnement et d'informations pendant la pose	<i>Patiente 14 : « Moi, j'ai géré ça toute seule, parce qu'elle ne m'accompagnait pas particulièrement ; elle me donnait le minimum d'information. »</i>
	Aide à une meilleure tolérance de la pose	Informations sur le déroulement et la douleur lors de la pose par le professionnel de santé	Explication du déroulement de la pose=bon accompagnement	<i>Patiente 2 : « moi elle m'a bien accompagnée, elle m'a expliqué que ça allait être douloureux à l'entrée... »</i>
			Informations sur la douleur lors de la pose = préparation	<i>Patiente 6 : « Par contre, le médecin m'avait expliqué : "Voilà, tu vas ressentir une petite douleur pendant à peu près une bonne minute, comme si on te pinçait la peau pendant une bonne minute... Donc, c'est vrai qu'elle m'avait un peu préparée avant de le poser. »</i>

ANNEXE 10 : TABLEAU DES CARACTERISTIQUES DES PATIENTES

Patientes	Age	Profession, niveau d'études	Situation familiale	Milieu de vie	Age de pose du DIU et durée d'utilisation	Type de DIU	Professionnel de santé, sexe, ville/hôpital, libéral/salarié, secteur	Antécédents	Post-IVG: délai depuis pose	Retrait?
Patiente 1	28	Conseillère en banque	en couple	urbain	25 ans, 3 mois	Cuivre	sage-femme, PMI, ville	Tabac, 1IVG, G2P1	1 IVG chirurgicale pose juste après	oui après 3 mois du à des douleurs pelviennes
Patiente 2	24	Etudiante en conduite de projets solidaires (BAC +4)	célibataire	urbain	21 ans, 3 ans	cuivre	gynécologue femme libéral secteur 2 ville	1 IVG chirurgicale	1 IVG chirurgicale sous AI, 1 an après IVG	non
Patient 3	20	Etudiante en génie civile (BAC +4)	en couple	urbain	19ans, 8 mois	cuivre	gynécologue femme, centre de santé, salariée	personalité schizoïde, 1IVG chirurgicale	1 IVG chirurgicale, 6 mois après IVG	non
Patiente 4	40	Hotesse en événementiel et tourisme, saisonnière, aromatherapeute	en couple	rural	40 ans, 3 mois	cuivre	médecin généraliste femme, centre de santé, salariée	1 IVG médicamenteuse	1IVG médicamenteuse, pose juste après	non
Patiente 5	28	Esthéticienne	en couple	urbain	28, 4 mois	cuivre	medecin generaliste femme, centre de santé, salariée	GOP0		non
Patiente 6	28	Infirmière	en couple	urbain	18ans (durée 5ans) puis à 23ans (durée 3 ans)	cuivre 2 fois	gynécologue femme en centre de santé, médecin généraliste femme secteur 1 en ville libérale	GOP0		oui, 1er après 5 ans d'utilisation, le 2ième car expulsion
Patiente 7	30	Podologue	en couple	urbain	30 ans, 8 mois	cuivre	médecin généraliste femme, ville libérale, secteur 1	GOP0		non
Patiente 8	21	Chomage (BAC5TG)	célibataire	semi-rural	20ans 1 an	cuivre	gynécologue femme ville libérale, secteur 1	trouble psychiatrique sous abiffly, tabac actif, mère: rupture anevrysmne cerebral		non
Patiente 9	21	Etudiante en psychologie (BAC + 4)	célibataire	semi-rural	20 ans 1 an	cuivre	medecin generaliste femme ville libérale secteur 1	Tabac,		non
Patiente 10	25	Chargé de communication dans l'événementiel	en couple	urbain	25 ans, 9 mois	hormonal	medecin generaliste femme, centre de santé, salariée	Migraine		non
Patiente 11	48	Agent pénitencière	en couple	rural	45 ans, 8 mois	hormonal	medecin generaliste femme ville libéral secteur 1	AVC ischémique, migraine, tabac sévère, GOP0		oui car migraine et dysménorrhée et compagnon sent les fils
Patiente 12	27	Sage femme, équivalence pour devenir infirmière	en couple	semi rural	25 ans, 2,5 ans	hormonal	gynécologue en ville femme secteur 1	HTA, asthme, tabac, GOP0, mère HTA AIT		non
Patiente 13	22	Travail avec des adultes handicapés (BAC BTS)	en couple	urbain	21ans, 4 mois puis 4 mois	cuivre 2 fois	medecin generaliste femme, centre de santé	GOP0		oui 1er : accidentel (cup menstruel), 2ieme: car spotting permanents
Patiente 14	34	Juriste	en couple	urbain	27 (durée 4 ans cuivre) et 34 ans (3 mois jaydess)	cuivre puis hormonal	gynécologues PMI (2 femmes)	GOP0		oui cuivre après 4 ans car ménoragies, irritation

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RÉSUMÉ

DIU chez les nullipares, enquête qualitative : projet, pose et vécu.

Introduction : En France, le DIU a reçu l'AMM en 2004 pour les nullipares, pourtant seulement 3% des femmes nullipares l'utilisent en 2013. Le DIU est un moyen de contraception efficace, de longue durée d'action réversible qui pourrait être une des solutions adéquates face aux nombreuses grossesses non désirées aboutissant aux 218 100 IVG en 2015. L'un des principaux freins à son utilisation est l'appréhension de la douleur à la pose et la tolérance aux effets indésirables. Nous nous sommes intéressés au vécu des femmes nullipares utilisant un DIU: leur parcours pour accéder au DIU, leur vécu de la pose et leur expérience avec le DIU.

Méthode : Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 14 femmes majeures nullipares au moment de la pose, portant ou ayant porté un DIU.

Résultats : Les patientes nullipares choisissent le DIU pour deux raisons : un retour vers le naturel, sans hormones exogènes, et pour éviter les effets secondaires des autres contraceptions. Le DIU leur avait été peu proposé par les praticiens, parfois même refusé. Après la recherche d'un professionnel comprenant leur démarche, elles décrivent la pose comme une contraction brève. Le fait d'avoir reçu une information franche et raisonnée sur les effets de la pose et surtout sur la brièveté de la douleur, permet une meilleure tolérance de celle-ci. La mise en confiance et le détournement d'attention ont été décrits comme des facteurs aidants.

Les patientes ont vécu le DIU comme une contraception pratique dans la vie quotidienne, sans contrainte et donc synonyme de liberté, et de plus, améliorant leur santé sexuelle. Les effets indésirables semblent mieux tolérés lorsque les patientes sont informées au préalable et que cette contraception a été choisie et voulue. La satisfaction globale est bonne, les patientes le recommandent dans leur entourage et la plupart voudront continuer avec cette contraception.

Conclusion : En 2017, l'accès au DIU semble toujours compliqué pour les femmes nullipares: l'éducation à la santé dans les établissements scolaires, l'implication en gynécologie de la nouvelle génération de médecins généralistes, la féminisation de la profession permettront, peut-être, d'augmenter l'offre en gynécologie et ainsi, l'accessibilité à cette contraception. L'appréhension de la pose ne doit pas être un frein à son utilisation, car une « verbal anesthesia », un détournement d'attention, des nouvelles techniques de pose peuvent permettre de réduire la sensibilité à la douleur. Cette contraception devrait être proposée aux femmes nullipares après une information claire et loyale car elle est efficace, adaptée aux nouveaux modes de vie, choisie par les patientes et bien tolérée.

Mots clés : Dispositif intra-utérin, femmes nullipares, médecine générale, méthode qualitative.