



HAL
open science

Prise en charge de la douleur lors de la pose d'un dispositif intra-utérin : état des lieux des pratiques professionnelles dans le Puy- de-Dôme

Kiliane Deschamps

► To cite this version:

Kiliane Deschamps. Prise en charge de la douleur lors de la pose d'un dispositif intra-utérin : état des lieux des pratiques professionnelles dans le Puy- de-Dôme. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01812572

HAL Id: dumas-01812572

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01812572>

Submitted on 11 Jun 2018

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.

**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE DE CLERMONT - AUVERGNE

**Prise en charge de la douleur lors de la pose d'un
dispositif intra-utérin : état des lieux des pratiques
professionnelles dans le Puy-de-Dôme**

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

DESCHAMPS Kiliane

Née le 16 juin 1993

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2017



**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE DE CLERMONT - AUVERGNE

**Prise en charge de la douleur lors de la pose d'un
dispositif intra-utérin : état des lieux des pratiques
professionnelles dans le Puy-de-Dôme**

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

DESCHAMPS Kiliane

Née le 16 juin 1993

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2017



Remerciements

Je souhaite remercier toutes les personnes m'ayant accompagnée et aidée lors de la réalisation de ce mémoire.

Docteur Nohuz Erdogan, gynécologue-obstétricien, pour avoir accepté de me suivre dans ce projet ainsi que pour ses conseils avisés.

Madame Viallon Annick, sage-femme enseignante, pour son soutien et sa disponibilité au tout long de ce travail.

L'ensemble des sages-femmes ayant pris le temps de répondre à mon questionnaire.

Merci à *ma famille, mes amis* et *Cédric* qui m'ont soutenu et encouragé durant mes études. Ainsi qu'à *ma promotion* pour ces belles années passées ensemble.

Merci à *Manon* pour tous ces moments passés ensemble de Montluçon à N'Guékhokh et bientôt à Mayotte.

Glossaire

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

BERCER : Bienvenu Entretien Renseignement Choix Explication Retour

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

CSP : Code de Santé Publique

DIU : Dispositif Intra-uUérin

EVA : Echelle Visuelle Analogique

FECOND : Fécondité-Contraception-Dysfonctions sexuelles

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patient, Santé, et Territoire

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SF : Sage-Femme

Table des matières

Glossaire

Introduction	2
Revue de la littérature	3
1. La contraception	3
2. Les dispositifs intra-utérins	5
3. Les complications	9
4. La pose	14
5. La législation	17
6. La prémédication	18
Méthode	201
1. L'étude et les objectifs	21
2. Méthode	22
2.1. Matériels	22
2.2. Méthode	23
Résultats	267
1. Description de la population	27
2. Les pratiques professionnelles	32
Discussion	40
Conclusion	48

Références bibliographiques

Annexes

Introduction

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la contraception comme étant « l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter ».

Il existe une grande diversité de méthodes de contraception : les contraceptifs oraux, les implants, les dispositifs intra-utérins au cuivre ou aux hormones, les contraceptifs injectables, les anneaux vaginaux, les patchs, les diaphragmes, les capes cervicales, les préservatifs masculins et féminins, ou encore les spermicides (1).

Le Dispositif Intra-Utérin (DIU) est depuis 2004, un moyen de contraception de première intention pour l'ensemble des femmes. Il possède un indice de Pearl à 0,2% pour le DIU à la progestérone type Lévonorgestrel, et de 0,6% pour le DIU au cuivre, selon l'OMS, et possède de nombreux autres avantages telle que sa facilité d'utilisation. Cependant, seulement 21% de la population utilise ce moyen de contraception, un des principaux freins à son utilisation reste l'appréhension de la douleur lors de sa pose (2,3).

Ainsi, nous nous sommes intéressés à la prise en charge de la douleur par les sages-femmes réalisant la pose de DIU.

L'objectif principal était de décrire les pratiques des professionnels dans le Puy-de-Dôme concernant la prise en charge de la douleur lors de la pose d'un DIU. Le critère de jugement principal était le pourcentage des pratiques déclarées entre les différentes méthodes de prise en charge (% des antispasmodiques, % des anti-inflammatoires non stéroïdiens, % antalgiques ...).

L'objectif secondaire était de comparer le recours aux différentes techniques entre les sages-femmes libérales et les sages-femmes exerçant dans les centres hospitaliers. Le critère de jugement secondaire était le pourcentage des pratiques déclarées entre les différentes méthodes de prise en charge.

Revue de la littérature

1. La contraception

En 1956, aux Etats-Unis, Gregory Pincus et son équipe mettent au point la première pilule contraceptive, combinant de la progestérone et des œstrogènes de synthèse. Il s'agit alors du premier médicament permettant de bloquer l'ovulation (4).

Dès les années 1960, et à la suite de l'autorisation de mise sur le marché, la commercialisation de ces pilules contraceptives se répand à travers le monde. Les chercheurs et les laboratoires tenteront par la suite de réduire au maximum les dosages en hormones afin d'en limiter les effets secondaires.

La loi Neuwirth est adoptée en France en 1967, abrogeant la loi de 1920 interdisant toutes méthodes contraceptives [5].

1.1. La contraception en France

En France, la contraception est un enjeu de santé publique majeur. En effet, d'après le Baromètre de santé de 2010 de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), 90,2% des femmes sexuellement actives au cours des 12 derniers mois, non stériles, ayant un partenaire masculin, non enceintes et ne cherchant pas à avoir un enfant utilisent un moyen de contraception (6).

Le modèle contraceptif français semble figé et peu flexible : l'on note le recours important aux préservatifs au début de la vie sexuelle, le passage à la contraception orale œstro-progestative lorsque la vie sexuelle se régularise, puis l'utilisation du DIU lorsque le couple ne désire plus concevoir.

Mais la vie des femmes n'est pas linéaire. Ce schéma est la conséquence d'une politique non homogène de santé publique résultant d'un manque relatif d'information et de connaissance quant aux différentes méthodes de contraception notamment de la part des jeunes, comme le dénonce le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) en 2009 (7).

Plusieurs réformes ont été mises en place afin de simplifier l'accès à l'interruption volontaire grossesse, réduire les inégalités sociales face à la contraception, et faciliter l'accès à la contraception d'urgence. Le nombre d'interruption volontaire de grossesse en France reste toutefois stable depuis des décennies, d'après les résultats de l'Institut National des Etudes Démographiques (INED) (8,9).

1.2. Vers une diversification

La pilule contraceptive orale demeure la contraception majoritairement utilisée par les femmes en âge de procréer ; près d'une femme sur deux entre 15-49 ans l'utilise en 2010 selon l'INED (8).

Au cours des années 2000 et à la suite des débats médiatiques de la fin d'année 2012 concernant les pilules de troisième et quatrième génération, le schéma contraceptif s'est quelque peu modifié.

En effet, les résultats de l'étude FECOND (Fécondité-Contraception-Dysfonctions sexuelles) réalisée, en 2013, par l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM) et de l'INED, montrent une modification de la répartition des méthodes de contraception (9).

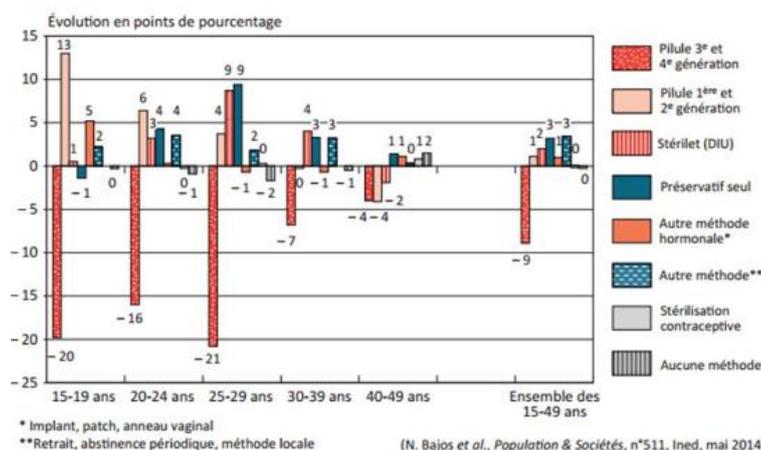


Figure 1 : évolution des méthodes de contraception (5)

Il est noté notamment une baisse inédite de l'utilisation de la pilule contraceptive au profit d'autres méthodes contraceptives (DIU, préservatif, patch...), et des méthodes naturelles (9). Entre 2010 et 2013, l'utilisation de la pilule contraceptive orale par les patientes enregistre une baisse de 9% (10).

Actuellement, une diversification des pratiques contraceptives est observée, une femme sur cinq ayant changé de méthode de contraception après 2013, au travers d'une désaffection vis-à-vis des pilules contraceptives orales. Le taux d'utilisation des pilules contraceptives de troisième et quatrième génération est passé de 40% en 2010 à 23% en 2013, et celle de deuxième génération de 22% à 23% entre 2010 et 2013 (6).

1.3. Création d'inégalités

Les changements ont généré des inégalités. Les femmes en situation financière précaire ou sans diplôme ont opté pour des méthodes naturelles, jugées « moins efficaces » selon l'OMS ; les femmes aux professions intermédiaires ont choisi le préservatif ; et les femmes plus diplômées ont préféré le DIU (11).

Afin de lutter contre ces inégalités et pour que toutes les femmes aient accès à la même sécurité contraceptive, il semble important de favoriser l'accès à la contraception pour tous, notamment aux plus jeunes, et d'améliorer la formation des professionnels afin de conseiller au mieux les femmes dans leurs choix (12).

2. Les dispositifs intra-utérins

2.1. La population concernée

Les recommandations de 2004 de la Haute Autorité de Santé (HAS) déclarent le DIU comme contraception de première intention pour l'ensemble des femmes, quels que soient leur âge, leur parité et leur gestité (13).

La pose peut être réalisée dès que les contre-indications, les risques infectieux, le risque de grossesse extra-utérine et les situations à risques ont été écartés (13). L'OMS considère que les avantages de cette méthode de contraception, avant l'âge de 20 ans, l'emportent sur les risques théoriques ou avérés (14).

Le DIU est le second mode de contraception choisi par les femmes avec un taux d'utilisation de 21% de françaises en âge de procréer (4).

Selon les résultats de l'INED, 1,3% de nullipares de 15-49 ans utilisent un DIU, 20% des femmes ayant déjà eu un enfant et 40% pour les femmes ayant deux enfants ou plus. Son taux d'utilisation augmente avec l'âge, passant de 1,4% chez les jeunes de 20-24 ans à 36,5% chez les femmes de 45-49 ans. Le DIU est utilisé en premier choix chez les femmes de plus de 45 ans ou ayant atteint le nombre d'enfants souhaité (10). La même étude montre qu'entre 2010 et 2013, le taux de prescription du DIU a progressé passant de deux pourcents à cinq pourcents chez les femmes de 20-24 ans et a doublé (de huit pourcents à 16%) chez les femmes de 25-29 ans.

Cette augmentation a aussi été perçue chez les patientes nullipares avec une augmentation de 0,4 % à 8%. L'on observe donc une relative atténuation quant à la sous prescription de DIU chez les jeunes et/ou les nullipares. Seule l'utilisation chez les nullipares âgées de moins de 25 ans n'a pas augmenté.

2.2. Description des DIU

Il existe deux types de DIU :

- Le DIU hormonal comprenant une hormone progestative
- Le DIU au cuivre



Figure 2 : Deux types de DIU (15)

Ils sont fondés sur le même modèle, un axe vertical raccordé à deux bras flexibles au pôle supérieur, deux fils en nylon au pôle inférieur, permettant le contrôle de la présence et le retrait du DIU. De nombreuses formes ont vu le jour au fur et à mesure de leur développement : formes arrondies, spirales, boucles, formes trapézoïdales, doubles «S», formes en «T». Ils sont positionnés dans la cavité utérine.

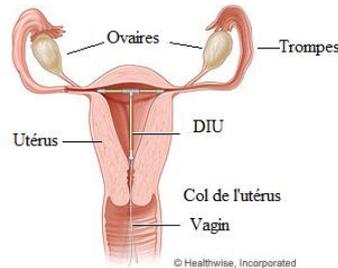


Figure 3 : Position du DIU dans l'utérus (16)

Deux formes sont présentes sur le marché, pour s'adapter à la hauteur de la cavité utérine, une taille dite « standard » et une « short » plus adapté pour les nullipares.

Le DIU au cuivre est indiqué en première intention, le DIU à la progestérone type Lévonorgestrel est le seul indiqué en cas d'antécédent de thrombose (17).

2.3. Mécanisme d'action

Le DIU au cuivre va créer une réaction locale inflammatoire toxique pour les spermatozoïdes et l'ovocyte, permettant d'empêcher la fécondation, et la nidation si la fécondation a eu lieu. Le DIU au cuivre est aussi utilisé comme contraception d'urgence dans les cinq jours suivant le rapport sexuel à risque.

Le DIU à la progestérone type Lévonorgestrel agit, en plus, sur l'endomètre (décidualisation et atrophie) et épaissit la glaire cervicale, la rendant imperméable aux passages des spermatozoïdes et offre ainsi une protection supplémentaire importante contre une éventuelle grossesse (15).

Les effets indésirables, le climat hormonal, la parité, les désirs de la patiente sont à prendre en compte lors du choix du type de DIU.

2.4. L'efficacité

Les DIU présentent un indice de Pearl excellent. Il est de 0,2% pour le DIU à la progestérone, et de 0,6% pour le DIU au cuivre, selon l'OMS (18).

L'indice de Pearl est un outil statistique permettant de mesurer l'efficacité des méthodes de contraception, il correspond au nombre de grossesses observées pour 100 femmes utilisant une contraception donnée durant un an (13).

La sécurité contraceptive est optimale. Il s'agit d'une contraception de première intention, de longue durée, sans souci d'observance, ni de contrainte et pour laquelle aucun risque cancéreux ou cardio-vasculaire n'est établi (selon les recommandations HAS de 2004). Notons toutefois que les DIU ne protègent pas contre les infections sexuellement transmissibles.

Les DIU au cuivre sont efficaces dès le premier jour de l'insertion selon INPES.

2.5. Durée d'action et coût économique

Pour les DIU au cuivre, la durée d'efficacité est de quatre à dix ans, une fois mis en place par un gynécologue, une sage-femme ou un médecin. La durée est de cinq ans pour les DIU à la progestérone type Lévonorgestrel Mirena® et de trois ans pour Jaydess®.

Le coût du DIU au cuivre est estimé à 30,50€ et celui du DIU hormonal à 125,15€. Le bénéfice économique est alors considérable comparé aux autres méthodes de contraception (pour la pilule le coût varie entre 1,88€ et 14€ pour un mois). Le DIU est remboursé à 65% par l'assurance-maladie sur prescription médicale (19).

Le DIU constitue la méthode contraceptive la moins coûteuse à la fois en matière de coût total (dispositif, prescription et suivi) et en charge annuelle pour les femmes (un contrôle est nécessaire un à trois mois après la pose, puis un rendez-vous gynécologique annuel suffit en absence de signe fonctionnel).

La délivrance est gratuite et confidentielle, en pharmacie, pour les mineures d'au moins 15 ans assurés sociaux ou ayants droit et dans les Centres de Planification et d'Education Familiale (CPEF) sans conditions d'âge et pour les non-assurés sociaux.

2.6. Autres avantages

Le DIU combine plusieurs autres avantages tels que la simplicité d'utilisation, le confort, mais aussi l'absence d'hormones (DIU au cuivre), et présente des effets sur les règles douloureuses et abondantes (DIU aux hormones).

Le retrait est possible à tout moment et ne retarde pas le retour à la fertilité. Il est également possible de l'utiliser en cas d'allaitement maternel.

3. Les complications

3.1. Les principaux effets secondaires

Parmi les principaux effets secondaires, l'on retrouve les effets liés à l'insertion telle que les douleurs, les crampes, les contractions utérines, ou les saignements. Des modifications du cycle menstruel à type de ménorragies peuvent également apparaître essentiellement pour les DIU au cuivre, ainsi que des dysménorrhées.

L'on retrouve dans la littérature des risques telles que l'expulsion, la malposition ou la perforation utérine par le DIU (20). Existente également le risque d'infections génitales hautes ou de grossesses extra-utérines (21).

3.2. Les contre-indications absolues

Les contre-indications absolues sont la grossesse, les infections pelviennes aiguës, récentes ou récidivantes, les malformations utérines déformant la cavité utérine, les saignements d'origine génitale inexplicée, le cancer de l'utérus et les cardiopathies valvulaires (en raison des risques infectieux) (21).

3.3. Les contre-indications relatives

Les contre-indications relatives comprennent les antécédents de grossesse extra-utérine, les ménorragies, les myomes utérins (fibromes) avec déformations de la cavité utérine, et une hypersensibilité ou allergie au cuivre pour les DIU au cuivre (maladie de Wilson) (21).

Les contre-indications spécifiques au DIU à la progestérone regroupent la thrombose veineuse profonde, l'embolie pulmonaire en cours, la migraine avec symptômes neurologiques, le cancer du sein, la cardiopathie ischémique actuelle et les affections hépatiques.

3.4. Les inconvénients

Certains DIU peuvent avoir une incidence sur l'abondance et la durée des menstruations, notamment les DIU au cuivre.

Il existe néanmoins plusieurs risques, comme l'infection après la pose, le risque d'expulsion ou encore le risque de perforation ou de migration le plus souvent liée à la pose (17).

3.5. Les freins rencontrés

Le faible taux d'utilisation du DIU chez les jeunes et/ou les nullipares est d'origine multifactorielle. Il résulte tant des réticences du corps médical que celle des patientes. Il existe des préjugés, et une quantité d'informations de qualité et de fiabilité douteuses circulant sur les sites internet et dans les forums de discussions (22).

Les mauvaises représentations par les femmes et par les professionnels de santé entraînent un manque de connaissances sur cette méthode de contraception. En effet 54% des femmes interrogées, en 2010, considèrent que le DIU ne peut être posé chez les femmes n'ayant pas eu d'enfant (23). De plus, le fait que le taux d'utilisation chez les nullipares de moins de 25 ans n'ait pas augmenté montre que les réticences quant à l'utilisation du DIU chez ces jeunes persistent toujours à l'heure actuelle. Le meilleur taux de connaissance sur les DIU est détenu par les femmes les plus âgées, les multipares, celles ayant un niveau d'études plus élevé et celle ayant un suivi gynécologique régulier (15). D'autres études nous montrent que la survenue de complications, durant la pose et le retrait des DIU, est un frein à la prescription par les professionnels de santé. Cela peut être dû à un manque de formation adapté à la technique de pose (22).

En France, en 2010, selon une enquête menée par l'INSERM, 69% des gynécologues et 84% des généralistes considèrent que le DIU ne peut pas être proposé à une femme n'ayant pas eu d'enfant. Aux Etats-Unis, 60% des professionnels de santé ne prescrivent pas de DIU et 30% n'ont pas confiance en ce moyen de contraception (24).

Ainsi donc, il existe encore de nombreuses idées reçues qui vont l'encontre des recommandations de l'HAS et des études récentes ainsi que du principe du choix éclairé envers les patientes.

3.6. Appréhensions et douleurs liées à l'insertion

Selon l'OMS, la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en ces termes.

De nombreuses études et mémoires relatifs à ce sujet montrent que le principal frein à l'utilisation du DIU reste l'appréhension de la douleur lors de la pose. La pose du DIU et son ablation font partie des principales peurs de femmes nullipares. La nécessité de consulter un professionnel de santé semble être une contrainte majeure (2). Ces réticences sont fondées sur des présupposés quelque peu erronés, en effet certaines femmes ignorant que le DIU restait en place cinq ans, pensaient à tort qu'il devait être changé tous les trois mois, ou encore qu'elles devaient le poser elle-même (3). L'information complète préalable à toute contraception est donc une condition incontournable à la prescription.

Dans la thèse Tristan Du Mesnil Du Buisson relative aux appréhensions des femmes, pour 39% des patientes, la peur de la pose est la réticence principale, ce taux s'élève à 64% pour les moins diplômées. L'on retrouve ensuite, dans l'ordre, le sentiment d'appréhension quant à le sentir, à ce que le corps ne l'accepte pas, qu'il soit source de gêne lors des rapports sexuels ou qu'il soit perdu voire déplacé (2).

Dans un travail de 2006 par David Serfaty, l'insertion du DIU est plus délicate chez les nullipares comparativement aux multipares, du fait d'un canal cervical étroit (25). Les résultats sur l'EVA sont de 2,7/10 chez les nullipares et 1,9/10 chez les multipares. Une étude enrôlant 1130 patientes nullipares et mesurant la douleur ressentie à l'insertion d'un même modèle de DIU met en évidence une douleur qualifiée comme absente ou légère dans 41,8% des cas, modérée dans 42,7% et sévère dans 15,5% des cas (26).

Il faut cependant prendre en compte l'utilisation de la pince de Pozzi lors de la pose du DIU, cette dernière, permettant d'aligner l'utérus et étatt souvent à l'origine de douleur. Elle peut d'ailleurs entraîner des contractions et parfois un spasme du col, rendant alors l'insertion plus délicate.

En 2015, Lori Savignac-Krikorian décrit, dans sa thèse sur les techniques employées par les professionnels de santé, que la pince de Pozzi n'est utilisée qu'en deuxième, voire troisième intention. Les raisons principales de son utilisation sont les utérus rétroversés, et un orifice interne du col spasmé (13)

D'après un mémoire soutenu en 2016, près de 77,1% des femmes ont déclaré appréhender la pose du DIU, et pour 51,4% des femmes il s'agissait de leur appréhension première. La même étude montre que pour près de 28% des patientes, la pose s'est avérée plus douloureuse que prévu, et pour 68% la pose a été plus difficile que prévu. Des douleurs à type de crampes utérines peuvent survenir dans les jours suivant la pose (2).

Dans une thèse menée en 2014 par Goyer Marie, 38,4% des femmes nullipares, interrogées indépendamment de la contraception qu'elles utilisaient, pensaient que la pose de DIU était douloureuse (9).

Une étude brésilienne publiée en 2012 sur la douleur à la pose des DIU à la progestérone chez 74 femmes retrouve que 93 % d'entre elles ont signalé une douleur à la pose. L'EVA moyenne retrouvée était de 6,6 pour les femmes nullipares et de 5,2 à 5,9 pour les femmes multipares en fonction d'un antécédent ou non de césarienne (28).

Certaines femmes redoutent également de consulter un professionnel de santé avec l'éventualité d'un examen gynécologique, et certaines questions qui relèvent de l'intimité (2). La crainte de la stérilité était également citée et enfin la vision du DIU comme une méthode abortive était évoquée (3).

4. La pose

4.1. Quand réaliser la pose ?

Il est préférable de poser le DIU durant la première partie du cycle, indicateur d'absence de grossesses (accord professionnel). Pendant les menstruations, il semblerait que le col soit légèrement ouvert facilitant l'insertion. La pose peut aussi être réalisée durant toute la période du cycle, après vérification d'absences de grossesses (13).

Il peut être également posé dans les suites immédiates de fausses couches spontanées ou d'interruption volontaire de grossesse, ou dans le post-partum immédiat (dans les 48 premières heures).

Il n'est pas recommandé de poser un DIU entre 48 heures et quatre semaines de post-partum. De même si une patiente présente un risque accru d'infection sexuellement transmissible (29).

4.2. Avant la pose

Un premier rendez-vous aura lieu en amont de la pose, durant lequel l'ensemble des méthodes de contraception sera exposé, pour éclairer au mieux le choix de la patiente.

L'OMS conseille le recours à la méthode BERCER (Bienvenu Entretien Renseignement Choix Explication Retour) lors d'une consultation de contraception, à l'issue de laquelle, une ordonnance sera remise à la femme, ainsi qu'une prémédication au choix de l'intervenant (18).

Avant la pose, une anamnèse et un examen gynécologique devront être effectués. Un prélèvement vaginal sera réalisé en cas de suspicion d'infection génitale (à la recherche de *Chlamydia trachomatis* et à *Neisseria gonorrhoeae*) ou de pratiques sexuelles à risques (23).

4.3. Technique de pose

La technique de pose et la présentation des instruments peuvent différer selon le type de DIU et du laboratoire pharmaceutique qui le commercialise, cependant le principe reste globalement identique :

- Mettre en place le spéculum, après avoir installé la femme en position gynécologique ;
- Vérifier la position et la taille de la cavité utérine (à l'aide d'un hystéromètre) afin d'assurer une insertion correcte du DIU.
- Placer la bague sur le tube inserteur au niveau de la mesure retrouvée ;
- Introduire le tube inserteur avec le poussoir par le canal cervical jusqu'à la bague, en butant sur le fond utérin ;
- Le reculer et laisser ainsi le DIU en place dans la cavité utérine ;
- Retirer le matériel et couper les fils.

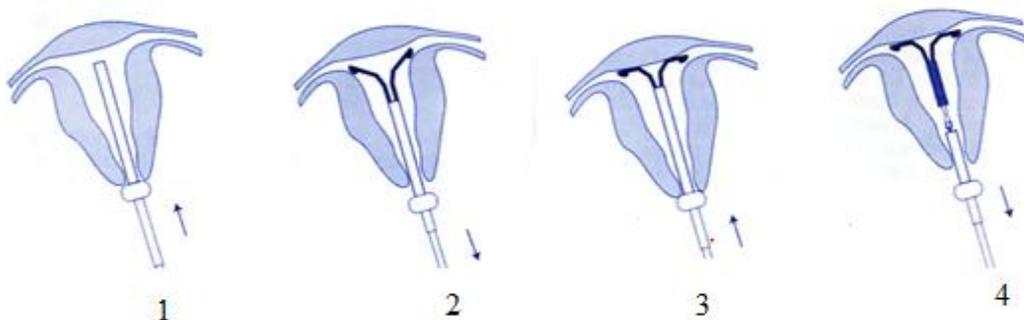


Figure 4 : pose d'un DIU (30)

Il est impératif que la pose soit faite par un professionnel de santé formé, muni des instruments appropriés, dans le respect des conditions d'asepsie. L'emballage du DIU ne doit pas avoir été ouvert ni endommagé (31).

4.4. Après la pose

Au décours de la pose du DIU, sa position du DIU sera contrôlée par échographie (32). La patiente doit être informée des risques de saignements, de sensations de gêne, des douleurs à type de contractions utérines. Puis il lui sera remis à la patiente une carte (généralement fournie avec le dispositif), rappelant la date de la pose, et la date approximative du retrait, ainsi que le numéro de lot.

Les utilisatrices doivent être informées des avantages et des possibles inconvénients de la contraception par DIU, afin qu'elles soient en mesure de reconnaître les signes de complications le plus précocement possible (31).

Une consultation sera réalisée un à trois mois après la pose afin de s'assurer que le DIU est bien toléré (douleur, métrorragie, règles anormales), ainsi que l'absence de signes cliniques d'infection génitale. La position du DIU dans la cavité utérine devra être contrôlée par échographie pour vérifier qu'il ne soit pas expulsé, en effet la présence visible des fils au spéculum n'exclut pas une perforation ou une malposition du DIU (20).

La femme doit connaître les signes d'alerte de consultation en urgence :

- Les douleurs ou crampes soudaines
- Les leucorrhées inhabituelles et malodorantes
- Les métrorragies ou saignements ininterrompus
- Les aménorrhées avec un DIU au cuivre
- Retard ou absence de règles (sauf si DIU hormonal)
- Fils non perceptibles
- Signes évocateurs d'une grossesse : tension des seins, nausées matinales, fatigue entre autres.

Le DIU peut être retiré dès que la femme le souhaite. Après la mise en place d'un spéculum, le DIU sera enlevé en tirant sur les fils du dispositif à l'aide d'une pince languette.

En absence de visualisation des fils, il convient de s'assurer que le dispositif est bien dans l'utérus, par une échographie avant le recours éventuel à une instrumentation spécifique de retrait (canule de Novak, pince fine courbe ...).

Le renouvellement du DIU peut se faire le même jour que le retrait du précédent ou une contraception temporaire peut être proposée à la femme si cette dernière exprime le souhait de changer de contraception (29).

5. La législation

Depuis la loi Hôpital Santé Patient et Territoire (HSPT) du 21 juillet 2009, les sages-femmes peuvent assurer le suivi gynécologique de prévention et de contraception auprès des femmes en bonne santé tout au long de leur vie (33). D'après l'article L.4151-1 du Code de la Santé Publique (CSP), en cas de situation pathologique, la sage-femme doit impérativement adresser la patiente à un médecin (34).

L'article R.4127-318 du CSP précise que la sage-femme est autorisée à pratiquer l'ensemble des actes nécessaires au suivi gynécologique de prévention, elle est donc apte à pratiquer l'insertion, le suivi et le retrait d'un DIU. L'article L.4151-4 du CSP autorise les sages-femmes à prescrire les DIU (34).

La sage-femme doit disposer au lieu de son exercice professionnel d'une installation convenable et de moyens techniques suffisants (article R.4727-309). En aucun cas, la sage-femme ne doit exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre la sécurité et la qualité des soins et des actes médicaux (34).

Les sages-femmes ont le devoir d'entretenir et de perfectionner leurs connaissances selon l'article R.4127-304. Dans l'exercice de sa profession, la sage-femme ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, effectuer des actes ou donner des soins, ni formuler des prescriptions dans les domaines qui débordent sa compétence professionnelle ou dépassent ses possibilités (article R4127-313 du CSP) (34).

Les sages-femmes peuvent « prescrire les médicaments d'une classe thérapeutique figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé » (Art. L.4151-4 du CSP) (34).

6. La prémédication

S'agissant de la pose d'un DIU, il n'existe pas de recommandations par l'HAS concernant la prémédication. « L'administration d'analgésiques avant la pose d'un DIU peut être proposée » en raison de l'absence d'efficacité des spécialités pharmaceutiques testées (26).

Cependant, les professionnels de santé ont conscience des appréhensions face à la douleur et de préjugés de la part des patientes (2).

6.1. En dehors des prescriptions autorisées par les sages-femmes

Les professionnels de santé tentent de prévenir et de réduire cette douleur notamment grâce à des anesthésiants locaux à appliquer au niveau du col tel que Lidocaïne ou le Tramadol par exemple, des anti-inflammatoires non-stéroïdiens tel l'Ibuprofène, des antispasmodiques, des antalgiques ou avec des agents de maturation du col tel que le Misoprostol (toutefois ce dernier n'a pas d'autorisation de mise sur le marché pour la gynécologie) (35,36).

Un essai clinique randomisé en double aveugle publié, en 2014, étudiait l'administration d'Ibuprofène 800 mg versus placebo sur une population de 202 femmes au total chez qui on posait un DIU au cuivre ou un SIU à la progestérone. Les résultats montraient qu'il n'y avait pas de différence significative de la moyenne de l'EVA entre les deux groupes (37). Un autre essai, en 2006, ne retrouvait pas non plus d'efficacité avec l'ibuprofène 400 mg (38).

Selon une étude récente randomisée, en amont de la pose, certaines formes de Lidocaïne (spray, injectable, crème en association à la Prilocaine®, gel à quatre%), le Tramadol et le Naproxène ont une action sur la douleur lors de la pose du DIU (39).

D'autres spécialités n'ont pas d'effet sur la douleur ressentie lors de l'insertion tels que la Lidocaïne gel deux %, le Misoprostol (composé de prostaglandines) et la plupart des AINS (40). Pour limiter l'inconfort de l'insertion du DIU, l'anxiété liée à la pose et faciliter la pose, certains professionnels prescrivent des anxiolytiques de courte demi-vie. L'ensemble des études réalisées comportent des limites et les résultats sont contradictoires et décevants en termes de douleur.

Cependant, les sages-femmes n'ont pas le droit de prescription de ces médicaments précédemment cités.

6.2. Prescriptions autorisées par les sages-femmes (annexe III)

Les sages-femmes ont dans leurs compétences le droit de prescrire des antispasmodiques tels que le Phloroglucinol, utilisé pour réduire les contractions utérines (29). Les antalgiques de palier I type Paracétamol sont généralement prescrits permettant de limiter la douleur à la suite de la pose. Elles peuvent conseiller aux femmes l'achat d'AINS type Kétoprofène, délivré sans ordonnance (38).

De nombreuses sages-femmes utilisent l'homéopathie, il s'agit d'une méthode thérapeutique qui vise à soigner l'être humain en lui administrant des doses infinitésimales de remèdes entièrement naturels (41).

Le Gelsemium Semperviren est utilisé pour réduire l'anxiété. L'actaea racemosa a quant à lui une indication en gynécologie, dans le cadre de la pose d'un DIU, il permet de préparer le col et de réduire les contractions utérines. L'arnica permet au muscle utérin de se préparer à un effort important. La Colocynthis est utilisée pour les dysménorrhées et ainsi pour les douleurs liées aux contractions utérines pendant les menstruations.

Le *Caulophyllum Thalictroides* contribue à la dilatation du col et régule les contractions des parois utérines, rendant ainsi plus supportables les douleurs ressenties durant la pose (42).

La phytothérapie peut être conseillée aux femmes. Elle consiste en l'utilisation des plantes sous différentes formes dans le but thérapeutique préventif ou curatif (43). D'autres alternatives plus douces sont utilisées par les sages femmes comme par exemple l'acupuncture, l'hypnose et d'autres méthodes de relaxation.

Certains professionnels de santé pensent que la relation de confiance avec la femme permet de réduire leur anxiété et ainsi minimiser l'appréhension de la douleur en leur expliquant l'anatomie féminine et chaque étape de la procédure, si l'anxiété est moindre la douleur le sera également.

La méthode BERGER est utilisée, prendre le temps avec la patiente, dédramatiser, rassurer avec des mots et des gestes, montrer à la patiente les détails du matériel utilisé (44).

Méthode

1. L'étude et les objectifs

1.1. Type d'étude

Une étude descriptive observationnelle de type transversal a été réalisée.

1.2. Durée de l'étude

L'étude a duré cinq mois. Elle a débuté par l'envoi de courriers électroniques aux professionnels concernés par l'étude et s'est poursuivie par la distribution des questionnaires (annexe I) du mois d'octobre 2016 à janvier 2017.

1.3. Lieu de l'étude

Cette étude a été réalisée dans le Puy-de-Dôme, dans l'ensemble des établissements de santé privés ou publics, dans les cabinets des sages-femmes libérales, et dans les centres de périnatalités de proximité.

1.4. Les objectifs

1.4.1.L'objectif principal

L'objectif principal de ce travail était de décrire l'état des lieux des pratiques des professionnels dans le Puy-de-Dôme concernant la prise en charge de la douleur lors de la pose d'un dispositif intra-utérin.

Le critère de jugement principal a été le pourcentage des pratiques déclarées entre les différentes méthodes de prise en charge (% d'antispasmodiques, % des anti-inflammatoires non stéroïdiens, % d'antalgiques ...).

1.4.2.L'objectif secondaire

L'objectif secondaire était d'étudier et d'évaluer l'adéquation entre les pratiques professionnelles des sages-femmes libérales et les sages-femmes exerçant dans les centres hospitaliers.

Le critère de jugement secondaire a été le pourcentage des pratiques déclarées entre les différentes méthodes de prise en charge.

2. Méthode

2.1. Matériels

2.1.1. Population cible

La population cible a compris l'ensemble des sages-femmes dans le Puy-de-Dôme en activité. Ce département compte 66 sages-femmes libérales, cinq sages-femmes travaillant à la Protection Maternelle et Infantile, une sage-femme exerçant en milieu scolaire/universitaire et 135 en milieu hospitalier.

2.1.2. Population source

La population source a été constituée des sages-femmes volontaires réalisant des consultations et le suivi gynécologique, et pratiquant la pose des dispositifs intra-utérins, dans le Puy-de-Dôme.

2.1.3. Critères d'inclusion

L'ensemble des sages-femmes réalisant la pose des dispositifs intra-utérins lors de consultations gynécologiques et de contraceptions a été inclus.

2.1.4. Critères d'exclusion

Ont été exclues de l'étude les sages-femmes ne réalisant pas de consultations gynécologiques telles que les sages-femmes des centres hospitaliers du Puy-de-Dôme ne pratiquant pas de consultations de grossesses ou de visites post-natales, et les coordinatrices.

2.2. Méthode

2.2.1. Le recueil des données

2.2.1.1. Les critères évalués

Les résultats de l'étude reposaient tout d'abord sur la mesure du taux de réponses aux questions posées.

Dans un second temps, les pratiques et le nombre de méthodes conformes aux bonnes pratiques professionnelles ont été évalués. Il convient de préciser que les pratiques attendues, dans cette comparaison, ont été celles définies par des études scientifiques ou des recommandations pour la pratique clinique, retrouvées dans la revue de la littérature.

2.2.1.2. Le mode d'intervention

Afin d'analyser les pratiques professionnelles, de synthétiser les connaissances des sages-femmes du Puy-de-Dôme et de comparer la littérature avec les pratiques des professionnels, l'enquête par questionnaire était le moyen le plus approprié. En effet, cet outil permet de recueillir des données en questionnant une personne sur des points précis, et rend possible l'analyse quantitative.

Un mail a été envoyé à chaque sage-femme du Puy-de-Dôme afin de leur présenter l'étude (annexe II). Puis une à deux semaines plus tard, un autre mail a été envoyé rappelant l'étude et ses objectifs en y incluant le questionnaire à l'aide d'un lien hypertexte. Il a été proposé un questionnaire auto-administré, ce dernier a été élaboré à l'aide de Google Forms, afin d'interroger un grand nombre de personnes et de garantir l'anonymat des répondants.

Les adresses mail des sages-femmes libérales étaient disponibles dans l'annuaire du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Celles des sages-femmes de la Protection Maternelle et Infantile ont été données par l'école de Sage-Femme de Clermont-Ferrand. Enfin les sages-femmes hospitalières ont été contactées grâce à l'aide d'une sage-femme du centre hospitalier universitaire de Clermont-Ferrand en consultation.

2.2.1.3. Le mode de recueil des données et le circuit des données

Le questionnaire comprenait 31 questions numérotées et pertinentes pour répondre à l'étude. Ce questionnaire était composé de questions à choix unique ou multiples, de questions semi-ouvertes, de questions factuelles où le professionnel a été interrogé sur ses habitudes et ses comportements et de questions d'opinion sur la satisfaction de ses actions face à la prise en charge de la douleur lors de la pose d'un dispositif intra-utérin.

A la fin du questionnaire, un encadré a été mis à disposition des professionnels afin qu'ils puissent s'exprimer ou énoncer leurs remarques ou commentaires.

2.2.1.4. Le codage des données

Il s'agit de l'opération de codification correspondant à un chiffrement, il permet d'accorder un chiffre à une variable, à une modalité ou une réponse donnée. Il rend possible le traitement et l'analyse numérique de données récoltées. A chaque possibilité de réponse a été associé un numéro enregistré dans un tableur Excel ® pour chaque questionnaire rempli.

2.2.1.5. La saisie des données

Les données ont été saisies à l'aide du logiciel Excel® sur un tableau à double entrée.

2.2.1.6. Le contrôle qualité

Après la saisie des données, il a été réalisé un double contrôle et une relecture du questionnaire et des réponses pour le contrôle de qualité. Une procédure de vérification des erreurs et de la validité des données introduites a été mise en place afin d'éviter d'obtenir des résultats aberrants dont l'interprétation pourrait induire en erreur.

2.2.2. L'analyse des données

2.2.2.1. Les tests statistiques utilisés

Les données ont été traitées via le logiciel Excel et différents tests statistiques (test du X^2 ajusté ou non, test de Fischer).

En fonction du type de données qualitatives ou quantitatives, nous avons utilisé des tests paramétriques ou non paramétriques avec un seuil de significativité fixé à 5%.

Pour les variables qualitatives, nous avons utilisé le test du KHI carré de Pearson afin de définir si la différence entre les deux variables étudiées était statistiquement significative (non hasardeuse) lorsque les effectifs théoriques étaient supérieurs à cinq.

Dans ce cas :

- si $p < 0,05$; la différence est statistiquement significative,
- si $p > 0,05$; la différence n'est pas statistiquement significative.

Lorsque les effectifs étaient insuffisants, le test de Fisher a été utilisé.

2.2.2.2. Le logiciel d'analyse utilisé

L'application Biostats TGV a été utilisée pour l'analyse des résultats.

2.2.3. Les aspects éthiques et réglementaires

2.2.3.1. Avis de comités consultatifs et information et consentement

Cette étude a été réalisée dans le respect des règles éthiques. Lors de l'analyse des résultats, l'anonymat des professionnels a été respecté.

2.2.3.2. Anonymat

Le consentement des professionnels était sous-entendu par le remplissage ou non du questionnaire. De même l'anonymat a été respecté puisque les questionnaires ont été récupérés de manière non nominative et ne comportaient pas de données permettant d'identifier les participants.

Résultats

Les résultats de l'étude portent sur les 55 questionnaires exploitables parmi les 88 sages-femmes contactées. L'échantillon total est donc de n=55.

Parmi les courriels envoyés, trois n'ont pas été reçus car les adresses e-mails étaient apparemment inexistantes. Ainsi, 85 sages-femmes ont reçu le questionnaire.

Le taux de participation pour les sages-femmes libérales était de 65,2%, et 60 % pour les sages-femmes de la PMI. L'ensemble des sages-femmes hospitalières et celles exerçant en milieu scolaire interrogées ont répondu aux questionnaires.

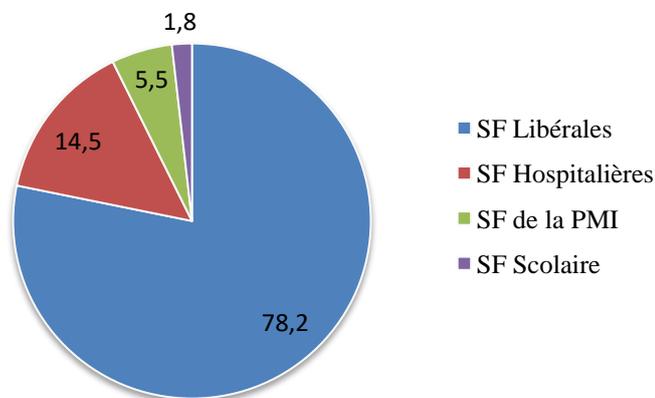
Le taux de réponses global a donc été de 55 sur 85, soit 64,7%.

1. Description de la population

1.1. Le secteur d'activité

Dans cette étude, la profession libérale du Puy-de-Dôme était représentée par 43 sages-femmes, huit sages-femmes hospitalières (comprenant le centre hospitalier universitaire de Clermont-Ferrand, la clinique de la Chataigneraie, les centres hospitaliers d'Issoire, de Thiers et Ambert), trois sages-femmes de la PMI et une sage-femme exerçant en milieu scolaire/universitaire.

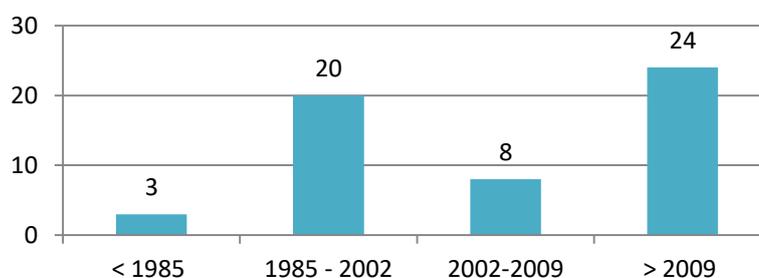
Figure 1 : Répartition des professionnels en % (n= 55)



1.2. Année d'obtention du diplôme

Les sages-femmes de l'échantillon ont été diplômées entre 1975 et 2016. Le plus grand nombre de sages-femmes ont été diplômées après 2009.

Figure 2 : Année d'obtention du diplôme

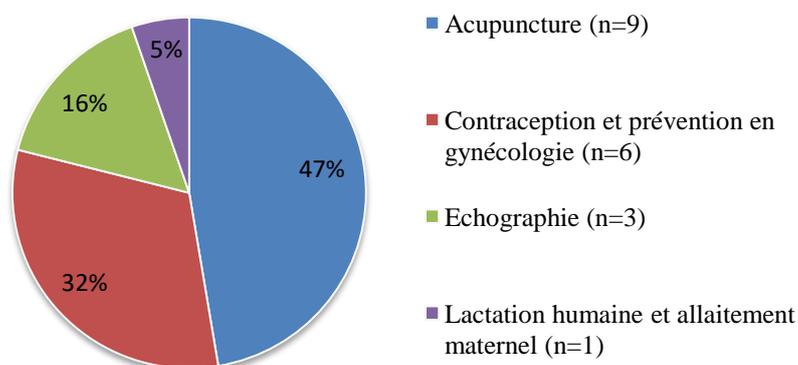


Les résultats ont été regroupés selon les modifications importantes des études de sages-femmes (passage à quatre années d'études en 1985 et à cinq années en 2002) et la création de la loi HPST en 2009 élargissant les compétences des sages-femmes en gynécologie notamment.

1.3. Obtention d'un diplôme universitaire

34,5 % des sages-femmes ayant répondu aux questionnaires possèdent un diplôme universitaire complémentaire à leur formation initiale. Ces diplômes étaient détenus à 89,5% par des sages-femmes libérales.

Figure 3 : Diplôme universitaire (n=19)



1.4. Type d'activité professionnelle

1.4.1. Réalisation de consultation de contraception et suivi gynécologique et réalisation de pose de dispositif intra-utérin

94,5 % des sages-femmes interrogées dans l'étude réalisaient des consultations de contraception et des suivis gynécologiques.

Tableau 1 : Nombre de SF en fonction de leur activité

	SF participantes à l'étude	SF réalisant des consultations de gynécologie	SF réalisant la pose de DIU
SF libérales	43	40	38
SF hospitalières	8	8	6
SF de la PMI	3	3	0
SF sco/univ	1	1	1
Total	55	52	45

Parmi les sages-femmes libérales, 93% réalisaient des consultations de contraception et des suivis gynécologiques et parmi ces dernières, 95% réalisaient la pose de DIU.

L'ensemble des sages-femmes hospitalières réalisaient des consultations de contraception et des suivis gynécologiques, et 75% réalisaient la pose de DIU.

L'ensemble des sages-femmes de la PMI réalisaient des consultations de contraception et des suivis gynécologiques, et aucune ne réalisait de pose de DIU.

La sage-femme exerçant des consultations en milieu scolaire/universitaire réalisait des consultations de contraception et suivi gynécologique et pratiquait la pose de DIU.

1.4.2. Les causes de non réalisation de la pose d'un DIU

Pour les sages-femmes libérales, les principales raisons étaient qu'elles n'étaient pas formées à cette activité, ou que la pose de contraceptif ne faisait pas partie de leurs activités (elles ne réalisaient que de la rééducation périnéale et des cours de préparation à la naissance et à la parentalité).

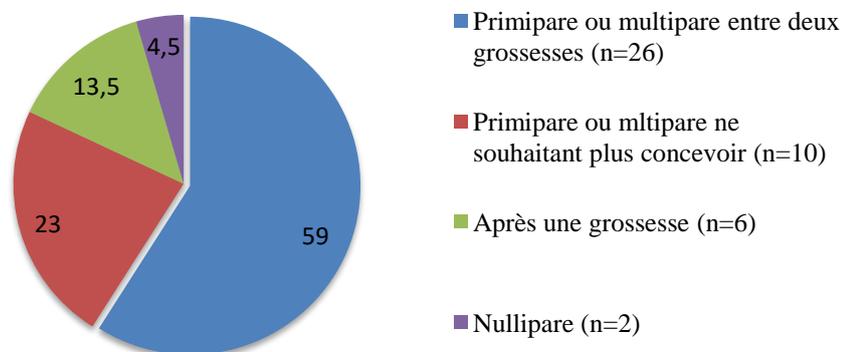
Les sages-femmes hospitalières n'avaient pas le temps pour réaliser la pose lors d'une consultation de visite post-natale, ou laissaient la pose aux soins des internes en gynécologie.

Les sages-femmes de la PMI ne réalisaient pas de pose car elles manquaient principalement de matériel, mais elles renvoyaient les patientes demandeuses de ce moyen de contraception à un autre professionnel.

1.5. La parité des patientes

Dans cette étude, les sages-femmes posaient des DIU à 95 % à des patientes ayant déjà accouché.

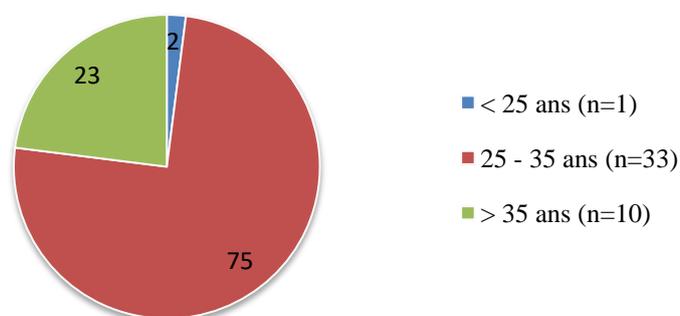
Figure 4 : Parité des femmes souhaitant un DIU en %



1.6. L'âge des patientes

Dans 98 % des poses de DIU, les patientes avaient plus de 25 ans.

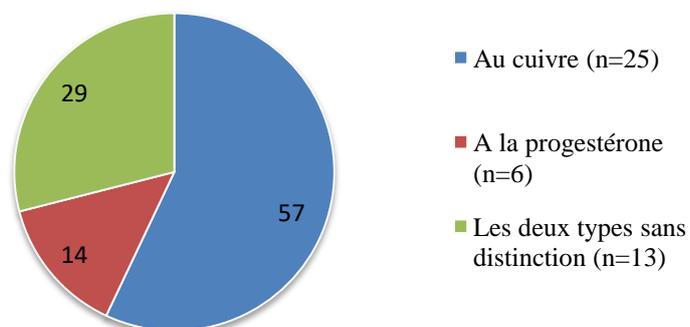
Figure 5 : Age des patientes souhaitant un DIU en %



1.7. Le type de DIU posé

Le modèle de DIU est laissé au choix des patientes, mais le modèle principalement posé était au cuivre.

Figure 6 : Modèle de DIU posé en %



1.8. Difficultés rencontrées lors de la pose

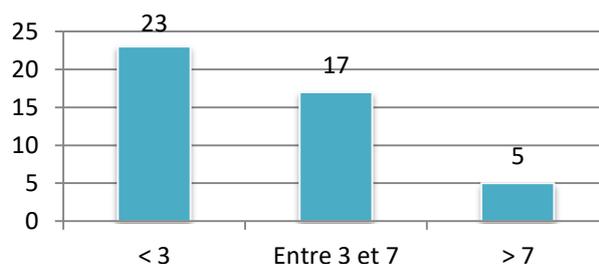
Près de 27 % des sages-femmes ont avoué avoir déjà eu difficultés à poser un DIU.

Dans 90% des cas, il s'agissait du passage du col avec pour difficulté l'introduction du dispositif dans l'orifice cervical entraînant un spasme du col. La position de l'utérus en rétroversion entraînait des difficultés dans 10 % des situations.

1.9. Nombre de DIU posé par mois

Les sages-femmes posaient entre un à dix DIU par mois au moment de l'étude.

Figure 7 : Nombre de DIU posé par mois



Les sages-femmes du Puy-de-Dôme ont posé en moyenne quatre DIU par mois.

2. Les pratiques professionnelles

2.1. Le moment de la pose du DIU

Pour 68,4 % des sages-femmes libérales (n=26), le meilleur moment pour poser un DIU serait pendant les menstruations. Et pour 23,7% des sages-femmes libérales (n=9), le moment de la pose n'aurait pas d'importance.

Pour 50% des sages-femmes hospitalières interrogées (n=6), il n'y avait pas de moment propice durant le cycle pour la pose d'un DIU. 33,3 % d'entre elles, le posaient pendant les règles, et pour 16,7% des sages-femmes pendant la première période du cycle menstruel.

D'après le test de Fischer, il existe un lien significatif entre le moment de la pose du DIU et le secteur d'activité (libéral ou hospitalier) car la valeur p (p-value) de notre test est inférieure à 0,5 (p=0,12).

2.2. Hystérométrie pré-pose

L'hystérométrie pré-pose lors d'une consultation antérieure à la pose d'un DIU a été réalisée dans 28,8% des cas (n=13).

12 sages-femmes libérales réalisaient une hystérométrie pré-pose, alors qu'aucune sage-femme hospitalière ne réalisait le geste préalable.

Il existe un lien statistiquement significatif entre le fait de réaliser une hystérométrie pré-pose et le secteur d'activité exercé car la p-value est inférieure à 0,5 ($p=0,32$).

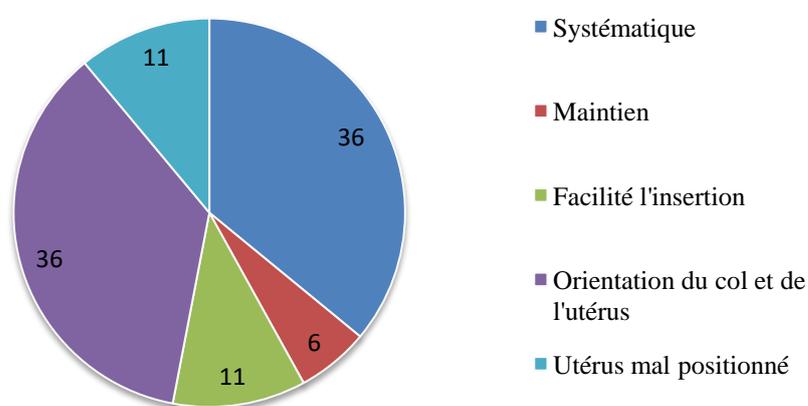
2.3. Utilisation de la pince de Pozzi

Lors de 62,2 % des poses de DIU (n=28), les professionnels de santé ont utilisé une pince de Pozzi.

Les sages-femmes libérales ont été 57,8% à utiliser la pince de Pozzi (n=22).

83,3% des sages-femmes hospitalières utilisaient la pince de Pozzi de façon systématique (n=5).

Figure 8 : Raison d'utilisation de la pince de Pozzi en %



Parmi les sages-femmes pratiquant la pose avec une pince de Pozzi, 10 l'utilisaient de façon systématique, 10 pour permettre « une orientation du col » et « un alignement avec l'utérus », 3 lorsque les utérus étaient latéro-déviés, rétroversés, ou antéroversés, 3 sages-femmes l'utilisaient pour faciliter l'insertion du dispositif à travers le col lorsque les cols étaient jugés « résistants » ou ayant « tendance à se retirer ». Enfin, pour 2 sages-femmes la pince de Pozzi permettait un maintien du col « pendant la manipulation du dispositif ».

Le lien entre l'utilisation de la pince de Pozzi et le secteur d'activité est statistiquement significatif car la p-value est inférieure à 0,05 ($p=0,38$).

2.4. Conseils et informations données aux femmes

Les sages-femmes ont jugé que 82,2% des patientes souhaitant ce moyen de contraception avaient une appréhension de la pose du DIU.

Parmi les conseils et informations dispensés aux femmes, majoritairement les sages-femmes expliquaient « la procédure étape par étape », elles rassuraient les patientes en leurs prescrivant de l'homéopathie ou autres antidouleurs.

Certaines sages-femmes expliquaient la douleur « moins forte que des règles », « gênante mais supportable », « quelques contractions utérines peuvent être ressenties ». D'autres sages-femmes essayaient de dédramatiser le geste et de « rassurer avec des mots ». Certaines sages-femmes montraient le dispositif afin de « rassurer les femmes sur la taille du matériel ».

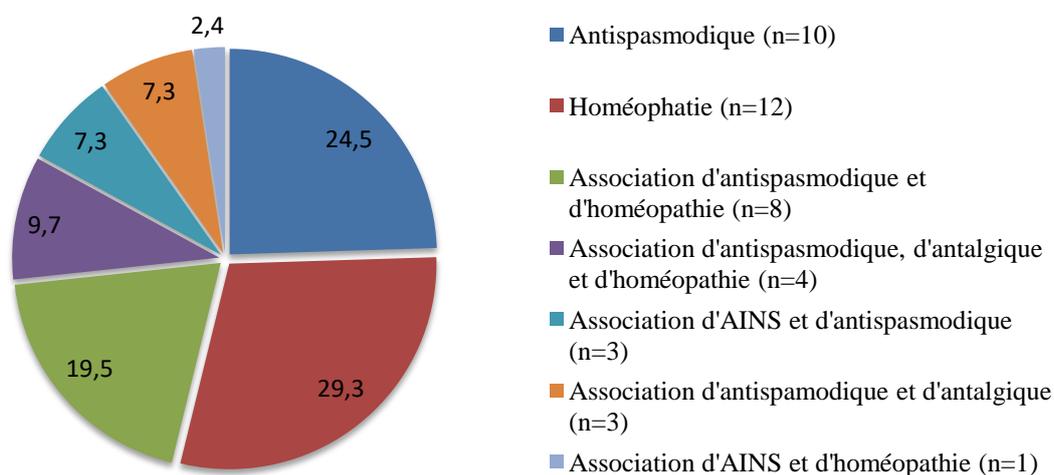
La plupart d'entre elles utilisaient la respiration abdominale et la relaxation permettant aux femmes un relâchement et une meilleure préhension de la pose. Ainsi on peut noter que les méthodes non pharmacologiques sont un complément indispensable dans toutes les démarches de prise en charge de la douleur.

2.5. Prémédication

93,3 % des sages-femmes pensaient qu'une prise en charge de la douleur lors de la pose d'un DIU était nécessaire.

Les sages-femmes libérales prescrivait à 94,7 % une prémédication. Et 66,7% des sages-femmes hospitalières jugées nécessaires de prendre en charge la douleur. La sage-femme exerçant en milieu scolaire/universitaire prescrivait systématiquement une prémédication.

Figure 9 : Méthodes utilisées en %



Les antispasmodiques utilisés et prescrits étaient :

- Phloroglucinol 80 mg : 2 comprimés per os à prendre 1 heure avant la pose, et 1 heure après si des contractions utérines étaient ressenties.

Une sage-femme prescrivait 2 comprimés 3 fois par jour, 48 heures avant la pose et 24 heures après la pose.

- Le Phloroglucinol Dihydrate 160mg : 1 comprimé à prendre le matin et 30 minutes à 1 heure avant la pose.

L'antalgique était le Paracétamol : 1 gramme per os à prendre 2 heures avant la pose et à renouveler toutes les 6 heures en cas de douleurs persistantes. L'AINS recommandé : Ibuprofène 400 mg 1 à 2 heures avant le rendez-vous.

Concernant l'homéopathie, la molécule principalement prescrite était l'Actaea Racemosa :

- 5 CH : 5 granules toutes les 5 à 10 minutes durant l'heure précédant la pose,
- 15 CH, une unidose la veille et 1 unidose 30 minutes à une heure avant.
- 30 CH, 1 dose la veille de la pose puis 10 granules per os à prendre 1 à 2 heures avant la pose

Puis le Gelsenium :

- 5 CH (tube-dose) : 1 heure avant la pose
- 9 CH : 5 granules la veille et 5 granules au matin du rendez-vous.
- 15 CH (tube-dose) : 1 tube à prendre 1 heure avant la pose et un autre tube 30 minutes à 1 heure avant la fin, et plus 1 autre tube la veille si la patiente était anxieuse
- 30 CH (tube-dose) : 1 la veille si appréhension par la patiente.

Le Cuprum metallicum 9 CH, 5 granules 2 heures avant et au moment de la pose.

L'arnica juste avant la pose, et après si besoin. La posologie n'a pas été décrite.

Le Caulophyllum 30 CH, une dose 30 minutes avant la pose a été recommandée par une sage-femme.

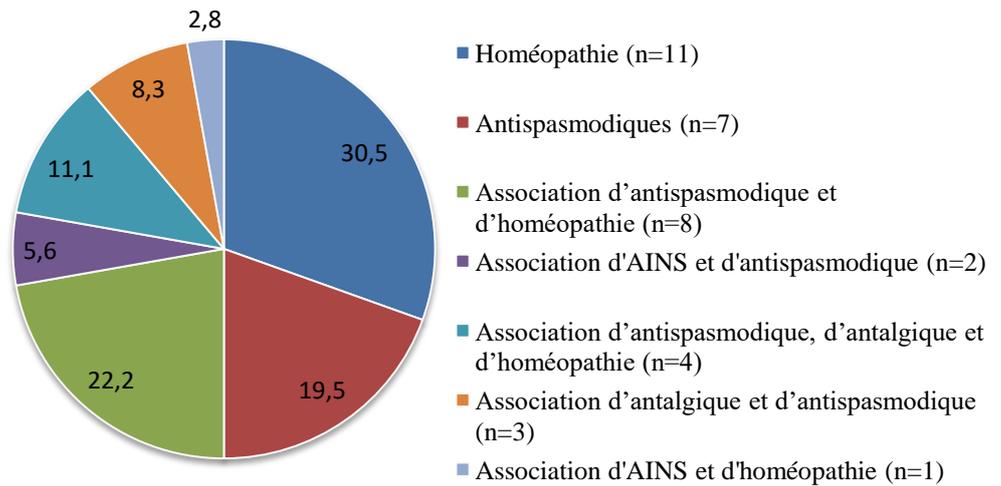
Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre le fait de prescrire une prémédication avant la pose d'un DIU et le secteur d'activité car la p-value est supérieure à 0,05 (p= 0,08).

On note que les posologies sont très variables selon les sages-femmes.

2.5.1. Méthodes utilisées par les sages-femmes libérales

Les sages-femmes libérales ont prescrit de l'homéopathie dans 66,6% des cas, seule ou en association avec d'autres molécules.

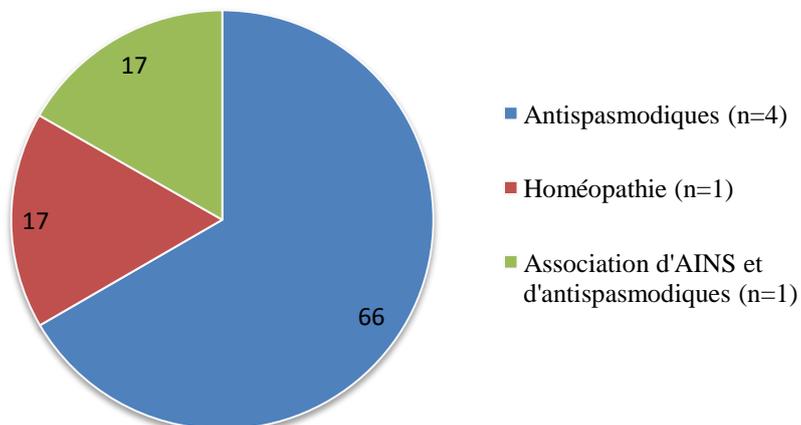
Figure 10 :Méthodes utilisées en % par les SF libérales



2.5.2. Méthodes utilisées par les sages-femmes hospitalières

Les sages-femmes hospitalières prescrivait dans 83,3% des cas des antispasmodiques, seuls ou en association avec d'autres molécules.

Figure 11 : Méthodes utilisées en %



2.6. Autres techniques

Parmi les sages-femmes réalisant la pose de DIU, certaines d'entre elles (n=9) proposaient d'autres techniques de prise en charge de la douleur lors de la pose d'un DIU soit 20 %.

Les sages-femmes libérales étaient les seules à proposer des techniques alternatives. Ces dernières consistaient à 55,5% en l'application d'huiles essentielles de lavande vraie au niveau de l'hypogastre après l'installation de la patiente sur la table d'examen, et 44,5 % des sages-femmes utilisaient des techniques de relaxation.

Il n'existe pas un lien statistiquement significatif entre le fait de proposer une autre méthode de prise en charge de la douleur et le secteur d'activité car la p-value est supérieure à 0,05 (p=0,32).

2.7. Le ressenti des sages-femmes

Les prescriptions et les conseils donnés par les sages-femmes semblaient être respectés selon elles à 93,3%.

Pour l'ensemble des sages-femmes, la relation de confiance avec la patiente était primordiale, et permettait de diminuer l'appréhension de la douleur. 93,3% des sages-femmes notaient une différence de perception de la douleur lorsque la procédure était expliquée étape par étape à la patiente, entraînant dans 95,5% des situations une diminution de la douleur perçue chez les patientes lors de la pose du DIU.

La pose a été vécue comme moins douloureuse que prévu selon les sages-femmes dans 84,4% des cas, et dans 13,3% des cas la pose a été ressentie comme prévu par les patientes.

42 sages-femmes ont déclaré être satisfaites de leurs méthodes de prises en charge soit 93,3%. Cependant de nombreuses sages-femmes souhaiteraient « améliorer la dextérité », « acquérir de la rapidité lors de la pose », « que la pose soit la moins douloureuse possible ».

Certaines sages-femmes ont exprimé le souhait qu'il y ait plus d'informations faites sur les compétences des sages-femmes pour assurer ce geste, ainsi que des informations relatives aux propriétés du DIU pour combattre des idées reçues.

Discussion

1. Analyse de l'étude

1.1. Les limites de l'étude

Parmi les limites de notre étude, nous pouvons noter un biais de sélection, les résultats de l'enquête se limitant à un seul département : le Puy-de-Dôme.

De plus notre étude ne s'intéresse qu'aux pratiques professionnelles des sages-femmes, cependant d'autres professionnels réalisent la pose de DIU notamment les gynécologues médicales, les gynécologues obstétriciens, les internes en gynécologie, en obstétrique ou médecine générale, et les médecins généralistes.

L'on retrouve aussi un faible taux de sages-femmes hospitalières en consultations réalisant des poses de DIU soit 14,5% de notre échantillon, cependant peu de sages-femmes en milieu hospitalier réalisent des consultations gynécologiques.

Il faut aussi noter l'absence de cotation avérée de la douleur dans les questionnaires par l'EVA par les patientes.

1.2. Les avantages

Les résultats de l'enquête montrent une participation active de la part des sages-femmes libérales s'élevant à 65,2% de participation, entraînant une multiplication des points de vue. On note également une participation de 60% par les sages-femmes exerçant à la PMI.

L'anonymat des questionnaires permet une fiabilité des réponses données par les professionnels de santé et ainsi des résultats plus représentatifs des pratiques actuelles. Les questions fermées permettent une simplicité de questionnement, un recueil de données standardisé, une rapidité de réponse et d'exploitation des données, cependant elles induisent une réponse et laissent peu de place aux avis personnels. Les questions ouvertes sont riches de renseignements, mais sont plus difficiles à exploiter statistiquement, car les réponses sont très hétérogènes.

On retrouve peu d'études s'intéressant à ce sujet dans la littérature, de plus il n'existe pas de recommandations concernant la prise en charge de la douleur lors de la pose de DIU, ce qui entraîne une grande variabilité au niveau des résultats de notre recherche.

2. L'analyse des résultats

2.1. Caractéristiques de l'échantillon

Nous pouvons constater un taux de réponse satisfaisant s'élevant à 64,7%. Ce taux peut s'expliquer par une approche par mail au préalable des professionnels afin de leur présenter le sujet, les objectifs du mémoire, et ainsi de les prévenir de l'envoi du questionnaire. Cette méthode a permis de sensibiliser les professionnels et de les motiver à participer à notre travail de recherche.

Notre population est répartie en quatre groupes : les sages-femmes libérales, les hospitalières, les sages-femmes exerçant à la PMI et les sages-femmes exerçant en milieu scolaire/universitaire. Aucune sage-femme exerçant en centre de planification et d'éducation familial ou dans un centre périnatal de proximité n'a répondu au questionnaire.

Dans notre enquête, l'exercice libéral semble surévalué. En effet, 78,2 % des sages-femmes ayant répondu exercent en milieu libéral, alors qu'en France, ce secteur représente 17,6% des sages-femmes (45). Néanmoins, les sages-femmes libérales sont davantage sollicitées pour réaliser des suivis gynécologiques et consultations de contraception. Cette surreprésentation correspond donc au fait que l'enquête a été menée auprès des professionnels réalisant des consultations de gynécologie et pose de DIU.

Notre échantillon compte 14,5 % de sages-femmes hospitalières, 5,5 % de sages-femmes travaillant en PMI et 1,8 % en milieu scolaire/universitaire.

Notre population est constituée d'une majorité de jeunes diplômés avec moins de dix ans d'expérience et leurs connaissances peuvent être différentes et plus récentes. L'âge moyen des sages-femmes françaises en activité est de 40,3 ans (45).

Ce taux important de participation par les jeunes diplômées peut s'expliquer par le fait qu'elles soient plus sensibles aux travaux de recherche de fin d'études, et elles sont plus habituées à l'outil informatique utilisé pour ce travail.

Dans l'échantillon étudié, un tiers des sages-femmes possèdent un diplôme universitaire supplémentaire à leur formation initiale, et dans la majorité des cas, il est détenu par une sage-femme libérale.

2.2. Analyse du type d'activité

2.2.1. Réalisation de consultation de contraception, suivi gynécologique et pose de DIU

Parmi les sages-femmes interrogées, la quasi totalité réalise des consultations de contraception et des suivis gynécologiques et une partie pratique la pose de DIU.

Les résultats montrent qu'il y a seulement dans le secteur libéral que certaines sages-femmes ne réalisent pas de consultations de contraception et des suivis gynécologiques, de plus il semblerait que ces dernières soient celles diplômées avant les nouvelles réformes incluant le suivi gynécologique dans les compétences des sages-femmes. Dans les autres secteurs, l'ensemble des sages-femmes interrogées réalisent des consultations de contraception et des suivis gynécologiques.

Pour les sages-femmes hospitalières, la pose de DIU se fait principalement à la visite post-natale. Pour celles ne pratiquant pas la pose du DIU, elles expliquent que le temps de consultation n'est pas assez long pour réaliser à la fois la consultation post-natale et la pose du DIU, mais qu'elles réorientent systématiquement les patientes vers d'autres professionnels.

Aucune sage-femme de PMI ne réalise de pose de DIU. Ces dernières l'expliquent par un matériel inadapté, et par la rencontre des jeunes femmes en difficulté sociales, financières ou psychologiques, ne connaissant pas ce moyen de contraception.

2.2.2. Profil de la patientèle

L'étude montre que les DIU sont majoritairement posés aux femmes ayant déjà eu un ou plusieurs enfants, et ayant plus de 25 ans. Ces résultats sont semblables à ceux rencontrés dans la littérature (6). D'après les commentaires généraux confiés par les sages-femmes de notre étude, ces résultats montrent que la population générale est mal informée sur les indications de la pose du DIU, et nombreuses ont été celles à avoir exprimé le souhait d'une campagne d'informations relatives à ce moyen de contraception.

Le type de DIU est laissé au choix de la patiente après avoir expliqué les bénéfices et risques de chaque modèle comme le recommande l'HAS (18). Et d'après les résultats, il semblerait que les femmes du département du Puy-de-Dôme préfèrent le modèle au cuivre sans hormones, comme le reste de la population française actuelle (46).

2.3. Analyse des pratiques professionnelles lors de la pose

Concernant le moment de la pose du DIU, les recommandations de l'HAS conseillent de la réaliser pendant la première phase du cycle afin de s'assurer que la femme ne soit pas enceinte (13). Les résultats de l'étude montrent que la majorité des sages-femmes libérales posent les DIU pendant les menstruations. Pour la moitié des sages-femmes hospitalières, le moment de la pose d'un DIU n'a pas d'importance. Certaines études montrent que la pose est plus aisée et moins douloureuse pour les femmes pendant les menstruations, car le col est plus perméable (13). Il semblerait que les sages-femmes exerçant dans le milieu libéral soient plus sensibilisées à la douleur provoquée par cette pratique.

D'après les recommandations de l'HAS, un examen gynécologique ainsi qu'une mesure de la hauteur de l'utérus doivent être réalisés en amont de la pose du DIU (13). 28,8% des sages-femmes suivent ces recommandations et réalisent une hystérométrie avant la pose. On note qu'il s'agit uniquement des sages-femmes exerçant en milieu libéral et des sages-femmes réalisant des consultations en milieu scolaire/universitaire.

Lors de la pose d'un DIU, l'utilisation de la pince de Pozzi n'est pas recommandé de façon systématique et d'après la thèse de Lori Savignac-Krikorian, les professionnels en ont parfois besoin mais en deuxième voire troisième intention après avoir essayé de bloquer l'utérus avec une main abdominale ou après avoir changé la position de la patiente (47). D'après les résultats de notre étude, une majorité de sages-femmes ont recours à cette pince, soit majoritairement de façon systématique, soit pour faciliter l'accès l'insertion. On note que généralement les sages-femmes hospitalières l'utilisent de façon systématique.

Il semblerait donc que les sages-femmes libérales soient plus sensibilisées à la douleur engendrée par cette pratique et utilisent d'autres méthodes pour avoir accès au col (changement de position de la patiente par exemple).

2.4. Analyse de pratiques professionnelles concernant la prise en charge de la douleur

D'après les résultats de notre étude, les femmes souhaitant ce moyen de contraception appréhendent la pose. Les sages-femmes rassurent les femmes en leur prescrivant une prémédication et en leur dispensant des conseils, et informations sur la douleur pouvant être ressenties lors de la pose.

L'HAS annonce que l'administration d'antalgiques avant la pose peut être proposée, notamment chez une femme nullipare dans la mesure où son risque de douleur est décrit comme plus élevé que chez la femme multipare (13).

Dans notre étude dans le Puy-de-Dôme, la quasi totalité des sages-femmes prennent en charge la douleur.

D'après les résultats, il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre le fait de prescrire une prémédication avant la pose d'un DIU et le secteur d'activité. On peut donc déduire que l'ensemble des sages-femmes réalisant la pose d'un DIU a conscience de la douleur et jugent nécessaire la prise en charge de la douleur.

On note cependant une différence dans les méthodes de prise en charge de la douleur entre les sages-femmes libérales et les sages-femmes hospitalières. Les premières ont tendance à prescrire principalement de l'homéopathie ou des antispasmodiques, seul ou en association avec une autre molécule. Les sages-femmes hospitalières ont tendance à moins faire d'association entre les molécules et prescrivent des antispasmodiques seuls généralement, ou en association avec d'autres molécules. Les AINS sont peu recommandés par les sages-femmes, notamment du fait qu'elles ne peuvent le prescrire en dehors du post-partum.

D'autres techniques peuvent soulager les femmes pendant la pose d'un DIU, les résultats nous montrent que seules les sages-femmes libérales proposent d'autres techniques, notamment elles conseillent l'utilisation de la phytothérapie, ou encore la relaxation.

Les réponses concernant la prise en charge de la douleur par les sages-femmes sont trop variées pour élaborer un protocole efficace.

2.5. Analyse de la satisfaction et du ressenti des sages-femmes

Comme les résultats retrouvés dans la littérature, les sages-femmes du Puy-de-Dôme interrogées estiment que la relation de confiance avec la patiente permet de diminuer l'appréhension de la douleur (15). Tout comme l'explication de la procédure étape par étape diminuerait la perception de la douleur (23).

Dans la majorité des cas, la pose a été vécue comme moins douloureuse que prévu par les patientes, ces résultats sont semblables à ceux retrouvés dans la littérature (28).

Les sages-femmes du Puy-de-Dôme sont globalement satisfaites de leur prise en charge, et une majorité souhaiterait améliorer leurs techniques (rapidité, dextérité), et rendre le geste le moins douloureux possible. Un manque de connaissance par les femmes concernant ce moyen de contraception a également été noté.

3. Projet d'action

Ce travail nous a permis de montrer qu'il était important de prendre en charge la douleur lors de la pose d'un DIU, et voici quelques actions qui pourraient être envisagées pour améliorer les pratiques.

3.1. La méthode de la « Torpille »

Dans les commentaires généraux, une sage-femme a déclaré utiliser la méthode « torpille », ou pose directe ou encore de floraison. Il s'agit d'une méthode de pose non validée, n'utilisant ni d'hystérométrie, ni de pince de Pozzi.

Cette méthode présenterait certains avantages (moins de spasme utérin et moins de douleur notamment). Cette technique est également jugée par certains professionnels y ayant recours comme plus simple et plus rapide (29,47).

3.2. Brochure d'information

A l'issue de notre étude, il a été constaté qu'une certaine méconnaissance relative à ce moyen de contraception était associée à une grande appréhension de la pose du DIU par les femmes.

En revanche, on note une prise en charge de la douleur satisfaisante de la part des professionnels. Un outil d'information sous forme d'une plaquette a alors été créé afin de diffuser des informations concernant le DIU. Celui-ci intitulé « La pose de mon stérilet » (Annexe V) comprend les informations les plus importantes sur la technique de pose.

Cette brochure pourrait être distribuée à la consultation précédant la pose. Son but est d'informer et de rassurer les futures utilisatrices des DIU. La femme aurait alors le temps de réfléchir à d'éventuelles questions auxquelles le professionnel de santé pourrait répondre avant la pose. Une relation de confiance essentielle entre le professionnel de santé et la femme serait alors établie, et l'appréhension de la douleur par la femme lors de la pose du DIU serait alors amoindrie.

Une enquête réalisée en même temps que la diffusion de ces brochures semble être également un projet intéressant car il permettrait d'évaluer l'incidence de ces brochures sur la douleur ressentie lors de la pose d'un DIU par les femmes. Cette étude aurait recours à l'utilisation de l'EVA avant, après la pose, puis à la visite de contrôle dans les trois mois suivant la pose. Notre population de sages-femmes du Puy-de-Dôme et notre questionnaire pourrait servir de modèle et de comparaison pour l'élaboration de ce projet.

Conclusion

Au terme de notre étude, nous avons pu mettre en évidence que les sages-femmes du Puy-de-Dôme réalisant la pose de DIU ont conscience de la douleur engendrée par la pose de DIU, et de la nécessité de prendre en charge cette douleur.

La population féminine française est de plus en plus demandeuse de ce moyen de contraception, même si de nombreuses idées reçues restent persistantes tant du point de vue des professionnels que des utilisatrices potentielles. Les professionnels ne réalisant pas de pose de DIU n'hésitent pas à rediriger leurs patientes.

Les pratiques professionnelles des sages-femmes du Puy-de-Dôme sont semblables aux pratiques retrouvées dans la littérature. Les résultats concernant la population, le choix du modèle de DIU, le moment de la pose, l'utilisation de la pince de Pozzi, les conseils et informations données aux femmes sont conformes aux données nationales.

La grande majorité des sages-femmes, quels que soient leur mode d'exercice, prescrit une prémédication en prévention de la douleur lors de la pose du DIU.

On note cependant une différence dans les molécules prescrites par les sages-femmes selon leur secteur d'activité. Les sages-femmes libérales ont plus tendance à utiliser l'homéopathie ou la phytothérapie, alors que les sages-femmes hospitalières prescrivent principalement des antispasmodiques.

Notre étude a montré que beaucoup de professionnels seraient intéressés par une amélioration de la prise en charge, et l'établissement de recommandations concernant une prémédication. Les sages-femmes déplorent également un manque de connaissances par les femmes quant à ce moyen de contraception qu'elles plébiscitent. Il serait intéressant de créer une campagne de promotion, mettant en exergue les bénéfices attribués aux DIU, et la capacité des sages-femmes à en réaliser la pose.

Une nouvelle technique de pose, actuellement en cours d'évaluation pourrait contribuer dans les années à venir à appréhender le DIU au travers du prisme de l'efficacité en non de la douleur qu'il engendre.

A l'issue de cette étude, une plaquette d'information a été réalisée, elle est destinée aux femmes souhaitant ce moyen de contraception. Cette brochure explique les différentes étapes de la pose du DIU.

Références bibliographiques

1. David Serfaty. La contraception. Elsevier-Masson; 2011. 480 p. (4e Editions).
2. Du Mesnil Du Buisson T. Connaissances et réticences à l'utilisation du dispositif intra-utérin [Internet]. [cité 29 sept 2016]. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr>
3. Denant Driat D. Freins et réticences à l'utilisation du dispositif intra-utérin chez les nullipares en médecine générale [Internet]. [cité 30 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.theseimg.fr>
4. Association Nationale des Centres d'IVG et de contraception. La contraception au fil du temps [Internet]. 2017 [cité 19 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.avortementancic.net/>
5. Assemblée Nationale. 1967 : La légalisation de la pilule [Internet]. 2017 [cité 15 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/>
6. Inconnu. Contraception en France. Ined - Institut national d'études démographiques [Internet]. [cité 26 mars 2017]; Disponible sur: <https://www.ined.fr>
7. Aubin C, Jourdain Menninger D, Chambaud L. La prévention des grossesses non désirées: contraception et contraception d'urgence. Insp Générale Aff Soc [Internet]. 2009 [cité 29 sept 2016]; Disponible sur: <http://crdp-pupitre.ac-clermont.fr/>
8. Inserm. Contraception : la pilule cède (un peu) de terrain. INSERM [Internet]. [cité 2 oct 2016]; Disponible sur: <http://www.inserm.fr/>
9. Bajos N, Moreau C, Bohet A. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Ined - Inst Natl D'études Démographiques [Internet]. [cité 2 oct 2016]; Disponible sur: <http://www.ined.fr/>
10. Paitraud D. La contraception en France : utilisation de la pilule en baisse et diversification des méthodes [Internet]. VIDAL. 2014 [cité 2 oct 2016]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/>
11. Krémer P, Clavreul L. La pilule n'a plus la cote auprès des Françaises. Le Monde.fr [Internet]. [cité 18 août 2016]; Disponible sur: <http://www.lemonde.fr/>
12. Goyer M. Le dispositif intra-utérin hormonal chez la nullipare : étude prospective menée auprès de 56 patientes au CHU de Caen [Internet]. [cité 2 oct 2016]. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr>
13. HAS. Haute Autorité de Santé - Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles [Internet]. [cité 29 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr>
14. OMS, éditeur. Critères des recevabilités pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. 28 août 2016;
15. Moine L. Evaluation des connaissances des primipares concernant les contraceptifs intra-utérins [Internet]. [Bourg-en-Bresse, France]: Université Claude Bernard Lyon 1; 2015 [cité 29 sept 2016]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/>

16. Healthwises Staff. Intrauterine Device (IUD) Insertion: Care Instructions [Internet]. 2016 [cité 18 avr 2017]. Disponible sur: <https://myhealth.alberta.ca/>
17. Association française pour la contraception. Le Dispositif Intra-Utérin (DIU) [Internet]. 2014 [cité 29 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.contractions.org/>
18. HAS. Haute Autorité de Santé - Contraception : prescriptions et conseils aux femmes [Internet]. [cité 29 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr>
19. Inconnu. DIU - Dispositif intra-utérin [Internet]. Choisir sa contraception. [cité 26 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.choisirsacontraception.fr>
20. Nohuz E, Battista R, Tamburro S, Leonenko M, Bayeh S, Varga J, et al. [A more and more painful intrauterine device... where it is not enough to see the wires to exclude malposition!]. *Gynecol Obstet Fertil*. avr 2014;42(4):261-4.
21. IENA Gynécologie obstétrique. Contre indications à l'utilisation du Stérilet [Internet]. [cité 25 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.igogyneco.com/>
22. HAS. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [Internet]. [cité 29 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr>
23. Desoubry N. Contraception intra-utérine : information des patientes [Internet]. 2016. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr>
24. Lefèvre M. Contraception intra-utérine chez la femme nullipare. *Revue de la littérature* [Internet]. 2015 [cité 2 oct 2016]. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/>
25. Serfaty D. Les DIU, de l'adolescence à la ménopause [Internet]. [cité 15 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.cngof.asso.fr>
26. Allen RH, Bartz D, Grimes DA, Hubacher D, O'Brien P. Interventions for pain with intrauterine device insertion. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2009 [cité 28 sept 2016]; Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
28. Santos ARG, Bahamondes MV, Hidalgo MM, Atti A, Bahamondes L, Monteiro I. Pain at insertion of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in nulligravida and parous women with and without cesarean section [Internet]. *Contraception*. [cité 29 nov 2015]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
29. Gaucher M. Appréciation d'une brochure d'information sur les dispositifs intra-utérins à l'officine [Internet]. 2015 [cité 29 sept 2016]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/>
30. Bernardet-Vaksmann L. Gestes pratiques en gynécologie [Internet]. [cité 25 mars 2017]. Disponible sur: <http://formathon.fr>
31. Vidal. MONA LISA® [Internet]. [cité 25 août 2016]. Disponible sur: [Vidal.fr](http://www.vidal.fr)

32. Inconnu. Les stérilets [Internet]. [cité 24 avr 2017]. Disponible sur: <https://www.gyneobs.com/>
33. Assemblée Nationale. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 [Internet]. 2009 [cité 2 avr 2017]. Disponible sur: www.legifrance.gouv.fr
34. Assemblée Nationale. Code de la santé publique [Internet]. [cité 15 avr 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
35. Waddington A, Reid R. More harm than good: the lack of evidence for administering misoprostol prior to IUD insertion. *J Obstet Gynaecol Can* [Internet]. déc 2012 [cité 1 déc 2015]; Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
36. Aksoy H, Aksoy Ü, Ozyurt S, Açmaz G, Babayigit M. Lidocaine 10% spray to the cervix reduces pain during intrauterine device insertion: a double-blind randomised controlled trial [Internet]. *The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*. 2016 [cité 1 déc 2015]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
37. Bednarek PH, Creinin MD, Reeves MF, Cwiak C, Espey E, Jensen JT. Prophylactic ibuprofen does not improve pain with IUD insertion: a randomized trial [Internet]. *Contraception*. 2015 [cité 20 nov 2015]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
38. Hubacher D, Reyes V, Lillo S, Zepeda A, Chen P-L, Croxatto H. Pain from copper intrauterine device insertion: randomized trial of prophylactic ibuprofen [Internet]. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2006 [cité 25 nov 2016]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
39. Pergialiotis V, Vlachos DG, Protopappas A, Vlachos GD. Analgesic options for placement of an intrauterine contraceptive: a meta-analysis [Internet]. 2014 [cité 25 nov 2015]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
40. McNicholas, Madden T. Soulager la douleur à l'insertion des dispositifs intra-utérins - CNRD - Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur. [cité 25 nov 2016]; Disponible sur: <https://www.cnrdr.fr/>
41. Guide de l'Homéopathie - Homéopathie.Com [Internet]. [cité 1 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.homéopathie.com/>
42. De Saint Romain B. Guide de l'Homéopathie - Homéopathie.Com [Internet]. [homéopathie.com](http://www.homéopathie.com). [cité 1 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.homéopathie.com/>
43. Arkopharma. Phytothérapie, la santé par les plantes [Internet]. [arkopharma.fr](http://www.arkopharma.fr). [cité 1 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.arkopharma.fr/>
44. Bahamondes L, Mansour D, Fiala C, Kaunitz AM, Gemzell-Danielsson K. Practical advice for avoidance of pain associated with insertion of intrauterine contraceptives [Internet]. *The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*. 2014 [cité 20 nov 2015]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

45. CNOSG. La démographie de la profession [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 15 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr>
46. Clavreul Laetitia et Béguin François. La contraception « naturelle » de plus en plus prise. Le Monde. [cité 16 avr 2017]; Disponible sur: <http://www.lemonde.fr/>
47. Savignac Krikorian. Méthode de pose directe des dispositifs intra-utérins : comment ? pourquoi ? [cité 18 avr 2017]; Disponible sur: <http://bibnum.univ-lyon1.fr/>

Annexes

Annexe I :
Le Questionnaire

Renseignements généraux

1) Vous êtes sage-femme en :

- Milieu hospitalier privé ou publique
- Cabinet libéral
- Dans un centre de planification et d'éducation familial
- Dans un centre périnatal de proximité
- A la protection maternelle et infantile
- A la médecine scolaire/universitaire
- Autre :.....

2) En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'état de Sage-Femme ?

.....
.....

3) Avez-vous des diplômes universitaires supplémentaires ? si oui, lesquels ?

.....
.....
.....

4) Etes-vous amené à réaliser des consultations de contraception et des suivis gynécologiques :

- Oui
- Non (*Merci de passer aux commentaires généraux*)

5) Etes-vous amené à réaliser de la pose de dispositifs intra-utérins :

- Oui
- Non (*Merci de passer aux commentaires généraux*)

Votre activité professionnelle

6) Dans votre activité, à quel type de population posez-vous le DIU principalement ?

- Les nullipares
- Les primipares/multipares entre deux grossesses
- Les multipares ne souhaitant plus concevoir

7) Dans votre activité, à quelle tranche d'âge posez-vous les DIU principalement ?

- Moins 25 ans
- Entre 25 et 35 ans
- Plus de 35 ans

8) Quels types de dispositifs intra-utérins utilisez-vous principalement ?

.....
.....

9) Rencontrez-vous des difficultés lors de la pose ?

- Oui
 - Non
- Si oui, les quelles :

10) Combien en posez-vous par mois ?

.....
.....

11) A quelle période du cycle menstruel de la patiente posez-vous le DIU ?

- Pendant les règles
- Première phase du cycle
- Seconde phase du cycle
- Peu importe la phase du cycle

12) Réalisez-vous une hystérométrie pré-pose lors d'une consultation antérieure ?

- Oui
- Non

13) Lors de la pose du DIU, utilisez-vous la pince de Pozzi ?

- Oui
 - Non
- Si oui, pourquoi :

14) Les patientes vous semblent-t-elles appréhender la pose du DIU ?

- Oui
- Non

15) Si oui, quels conseils ou informations donnez-vous aux patientes ?

.....
.....

16) Selon vous, est-il nécessaire de prendre en charge la douleur lors de la pose d'un DIU ?

- Oui
- Non

Si non, pourquoi :
.....
..... (Merci de passer aux commentaires généraux)

17) Prescrivez-vous une prémédication ?

- Oui
- Non

18) Utilisez-vous ?

- Anesthésiques locaux
- Antispasmodiques
- Antalgiques
- Médicament homéopathiques
- Autres (*citer*) :

.....

19) Décrivez la posologie (nom de la spécialité, forme, dosage, date de prise, combien d'heure avant la pose ...)

.....
.....
.....

20) Utilisez-vous d'autres méthodes (acupuncture, relaxation ...) :

- Oui
- Non
- En complément d'une prémédication

21) Quelles méthodes utilisez-vous ?

- Relaxation/sophrologie
- Acupuncture
- Des huiles essentielles (*lesquelles*) :
- Hypnose
- Autres (*décrire*) :

Le ressenti

22) Les patientes respectent-elles la prescription de votre prémédication ?

- Oui
- Non

23) Selon vous, la faite d'avoir une relation de confiance avec la patiente, aide-t-il la femme a mieux gérer la douleur :

- Oui
- Non

24) Notez-vous une différence dans la perception de la douleur, si vous expliquez ou non la procédure et les gestes réalisés lors de la pose du DIU ?

- Oui
- Non

25) Après la pose d'un DIU, selon vous, la patiente a vécu la pose comme ?

- Plus douloureuse que prévu
- Comme prévu
- Moins douloureuse que prévu

26) Etes-vous satisfait de votre technique de prise en charge de la douleur ?

- Oui
- Non

27) Qu'aimeriez-vous améliorer :

.....
.....
.....

Avez-vous des commentaires, remarques, des suggestions à faire, ou des précisions à apporter sur vos réponses :

.....
.....

Annexe II :

Mail envoyé aux sages-femmes pour participer à l'étude et répondre au questionnaire

Madame, Monsieur,

Je suis étudiante en 5^{ème} année à l'école de Sage-Femme de Clermont-Ferrand et je réalise mon mémoire de fin d'étude sur la prise en charge de la douleur lors de la pose d'un dispositif intra-utérin. Les objectifs de cette étude sont de décrire les pratiques des professionnels en dans le Puy-de-Dôme et les actions mises en place par ces derniers concernant la prise en charge de la douleur lors de la pose d'un dispositif intra-utérin. Ainsi je vous sollicite pour répondre à mon questionnaire.

Je vous remercie pour le temps que vous m'accordez, n'hésitez pas à me contacter en cas de questions ou si vous rencontrez des difficultés à kiliane.deschamps@gmail.com

Vous trouverez en pièce jointe une lettre d'information sur la confidentialité, la sécurité des données, ainsi que vos droits.

Cordialement,

DESCHAMPS Kiliane

Lien du questionnaire :

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeZeHftxvXOIfIwedSNiUQi9RjsWa5bGp2pkst9Yg0mCTG_gg/viewform

Annexe III :

Les prescriptions par les sages-femmes

Arrêté du 4 février 2013 modifiant l'arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires.

ANNEXE I = LISTE DES CLASSES THÉRAPEUTIQUES OU MÉDICAMENTS AUTORISÉS AUX SAGES-FEMMES POUR LEUR USAGE PROFESSIONNEL OU LEUR PRESCRIPTION AUPRÈS DES FEMMES

I. En primo-prescription :

- 1° Antiacides gastriques d'action locale et pansements gastro-intestinaux ;
- 2° Antisécrétoires gastriques : — antihistaminiques H2, de préférence la ranitidine ou la famotidine ; — inhibiteurs de la pompe à protons, de préférence l'oméprazole ;
- 3° Antiseptiques locaux ;
- 4° Anesthésiques locaux : — médicaments renfermant de la lidocaïne ;
- 5° Antibiotiques par voie orale dans le traitement curatif de première ligne des cystites et bactériuries asymptomatiques chez la femme enceinte selon les recommandations officielles en vigueur. Prescription non renouvelable pour une infection donnée ;
- 6° Antibiotiques par voie orale ou parentérale en prévention d'infections materno-fœtales chez la femme enceinte, selon les recommandations officielles en vigueur ;
- 7° Anti-infectieux locaux utilisés dans le traitement des vulvo-vaginites : antifongiques, trichomonacides, antibactériens et antiherpétiques ;
- 8° Antispasmodiques ;
- 9° Antiémétiques ;
- 10° Antalgiques : — paracétamol ; — tramadol ; — néfopam ; — association de paracétamol et de codéine ; — association de paracétamol et de tramadol ; — nalbuphine, ampoules dosées à 20 mg. La prescription est réalisée dans le cadre d'un protocole mis en place avec le médecin anesthésiste-réanimateur. L'usage est limité au début du travail et à une seule ampoule par patiente ;
- 11° Anti-inflammatoires non stéroïdiens en post-partum immédiat ;
- 12° Antiviraux en prévention des récurrences d'herpès génital en fin de grossesse ;
- 13° Contraceptifs sous toutes leurs formes et voies d'administration ;
- 14° Médicaments homéopathiques ;
- 15° Laxatifs ;
- 16° Vitamines et sels minéraux par voie orale ;
- 17° Acide folique aux doses recommandées dans la prévention primaire des anomalies embryonnaires de fermeture du tube neural ;
- 18° Topiques à activité trophique et protectrice ;
- 19° Médicaments de proctologie : topiques locaux avec ou sans corticoïdes et avec ou sans anesthésiques ;
- 20° Solutions de perfusion : — solutés de glucose de toute concentration ; — solutés de chlorure de sodium isotonique à 0,9 % ; — solutés de gluconate de calcium à 10 % ; — solutions de Ringer ;
- 21° Ocytociques : — produits renfermant de l'oxytocine ;
- 22° Oxygène ;
- 23° Médicaments assurant le blocage de la lactation ;
- 24° Mélange équimoléculaire oxygène protoxyde d'azote exclusivement en milieu hospitalier, et sous réserve d'une formation adaptée ;

25° Vaccins sous forme monovalente ou associés contre les pathologies suivantes : tétanos, diphtérie, poliomyélite, coqueluche (vaccin acellulaire), rougeole, oreillons, rubéole, hépatite B, grippe, affections liées au papillomavirus humain, infections invasives par le méningocoque C ;
26° Immunoglobulines anti-D ;
27° Produits de substitution nicotinique ;
28° Salbutamol par voies orale et rectale.

II. Les sages-femmes sont autorisées à renouveler la prescription faite par un médecin des médicaments suivants :

1° Anti-inflammatoires non stéroïdiens indiqués dans le traitement des dysménorrhées, notamment l'acide méfénamique ;
2° Nicardipine, selon les protocoles en vigueur préétablis ;
3° Nifédipine selon les protocoles en vigueur préétablis.

III. En cas d'urgence, en l'attente du médecin, les sages-femmes peuvent prescrire et utiliser les médicaments suivants :

1° Succédanés du plasma composés d'hydroxyéthylamidon dans les états de choc ;
2° Ephédrine injectable dans la limite d'une ampoule dosée à 30 mg par patiente ;
3° Adrénaline injectable par voie sous-cutanée dans les cas d'anaphylaxie ; 4° Dérivés nitrés, selon les protocoles en vigueur préétablis.

ANNEXE III = LISTE DES MÉDICAMENTS CLASSÉS COMME STUPÉFIANTS AUTORISÉS AUX SAGES-FEMMES POUR LEUR USAGE PROFESSIONNEL OU LEUR PRESCRIPTION

Chlorhydrate de morphine, ampoules injectables dosées à 10 mg, dans la limite de deux ampoules par patiente.

Arrêté du 27 juin 20006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les sages-femmes sont autorisées à prescrire.

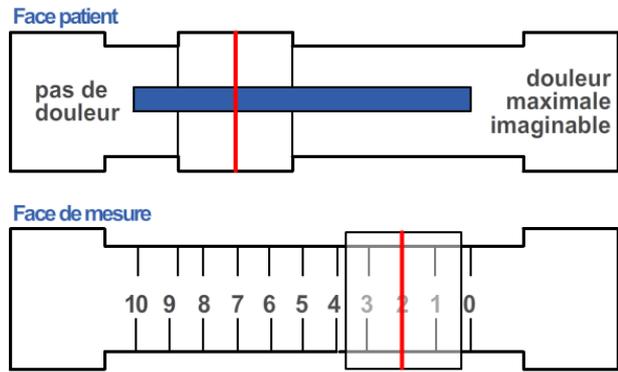
A l'exclusion des produits et matériels utilisés pendant la séance, les sages-femmes sont autorisées, dans le cadre de l'exercice de leur compétence, à prescrire à leurs patients les dispositifs médicaux suivants :

Ceinture de grossesse de série
Orthèse élastique de contention des membres inférieurs
Sonde ou électrise cutanée périnéale ;
Electrostimulation neuromusculaire pour rééducation périnéale
Pèse-bébé
Tire-lait
Diaphragme
Cape cervicale
Compresse, coton, bande de crêpe, filet tubulaire de maintien, suture adhésive et sparadrapp
Dispositif intra-utérin.

Annexe IV :

Echelle Visuelle Analogique

EVA : ECHELLE VISUELLE ANALOGIQUE



Annexe V :

Plaquette d'informations à diffusée auprès des femmes souhaitant ce moyen de contraception lors de la consultation précédant la pose

La pose de mon stérilet

Vous venez de choisir le **dispositif intra-utérin** (aussi nommé stérilet) comme moyen de contraception !!

Voici un récapitulatif des étapes à venir :

Aller à la pharmacie pour récupérer:

- o le stérilet prescrit
- o les médicaments inscrits sur l'ordonnance

Le jour J : prendre la prémédication prescrite permettant le relâchement de votre col pour faciliter la pose du stérilet

Au cabinet de la sage-femme :

- o Installée en position gynécologique, elle utilisera un spéculum afin de visualiser votre col utérin ;
- o Une première baguette (appelée hystéromètre) sera insérée dans le col pour mesurer la longueur de votre utérus ;
- o Une seconde baguette contenant le stérilet sera ensuite mise à la place pour libérer le dispositif ;
- o Pour terminer, on coupera les fils et on retirera le speculum.

Le plus désagréable est le passage du col, mais une respiration ample et profonde associée à une relaxation réduira la sensation de gêne.

Résumé

Introduction : Depuis 2004, le dispositif intra-utérin est le moyen de contraception de première intention pour l'ensemble des femmes. Il possède un indice de Pearl excellent quel que soit le modèle adopté. Cependant, il reste peu utilisé par la population française. L'une des principales raisons est l'appréhension de la douleur par les femmes lors de la pose. Cette étude propose de faire un état des lieux des pratiques des professionnels du Puy-de-Dôme concernant la prise en charge de la douleur lors de la pose d'un dispositif intra-utérin.

Matériel et méthode : Cette étude est une étude observationnelle à visée descriptive réalisée grâce à la diffusion d'auto-questionnaires auprès de l'ensemble des sages-femmes du Puy-de-Dôme réalisant des suivis gynécologiques et des consultations de contraception.

Résultats : Les sages-femmes du Puy-de-Dôme sont sensibilisées à la douleur engendrée par la pose d'un DIU, et 95,5 % d'entre elles proposent une prémédication. Les sages-femmes libérales prescrivent principalement de l'homéopathie et les sages-femmes hospitalières des antispasmodiques. La pince de Pozzi est utilisée dans 62,2 % des cas, majoritairement de façon systématique. La relation de confiance avec les femmes semble primordiale pour l'ensemble des sages-femmes.

Discussion : Les sages-femmes de notre étude ont noté une importante méconnaissance de ce moyen de contraception par les femmes. En revanche, la prise en charge de la douleur d'un point de vue médicamenteux semble satisfaisante. Une brochure d'information sur la pose du DIU est alors proposée.

Mots-clés : Dispositif intra-utérin (DIU), prise en charge de la douleur, sages-femmes, contraception

Abstract

Background : Since 2004, intrauterin device is the contraceptive method of first intention for all the woman. Its Pearl Index is excellent either model chosen. However, it's little used by french people. The main reason is the apprehension of the pain during its insertion. This study suggestes making a evaluation of professional practices of Puy-De-Dôme about pain care when insert IUDs.

Study design : This study is an observational study with a descriptive aim realized thanks to the distribution of questionnaire to the midwives of Puy-de-Dôme realizing gynaecological consultations.

Results : Midwives of Puy-de-Dôme are sensitive in the pain due to the insertion of IUD, 95,5 % of midwives prescribed a premediction. Liberal midwives prescribe mainly of the homeopathy, while hospital midwives of the antispamodics. Pozzi tenaculum is use in 62,2% of the cases, mainly in a systematic way. The relationship of trust with the women seems essential for all the midwives.

Discussion : Midwives of our study noted an important lack on knowledge of IUD by women. In contrast, pain management of a point of seen medicinal seems satisfactory. A notebook of information about the IUD is then proposed.

Keywords : intrauterin device (IUD), pain management, midwives, contraception