



HAL
open science

Pourquoi les femmes nullipares choisissent de plus en plus le DIU au cuivre comme moyen de contraception ? Enquête qualitative auprès des femmes

Pauline Huau

► To cite this version:

Pauline Huau. Pourquoi les femmes nullipares choisissent de plus en plus le DIU au cuivre comme moyen de contraception ? Enquête qualitative auprès des femmes. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02477108

HAL Id: dumas-02477108

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02477108v1>

Submitted on 13 Feb 2020

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

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



UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE
pour le
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
par

HUAU Pauline

Présentée et soutenue publiquement le 25 juin 2019

Pourquoi les femmes nullipares choisissent de plus en plus le DIU au cuivre comme moyen de contraception ? Enquête qualitative auprès des femmes.

Directeur de thèse : Madame BOTTET-MAULOUBIER Anne, Professeur,
UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand

Président du jury : Monsieur CLEMENT Gilles, Professeur,
UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury : Monsieur GALLOT Denis, Professeur,
UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand
Madame VAILLANT-ROUSSEL Hélène, Maître de Conférences,
UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE
pour le
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
par

HUAU Pauline

Présentée et soutenue publiquement le 25 juin 2019

Pourquoi les femmes nullipares choisissent de plus en plus le DIU au cuivre comme moyen de contraception ? Enquête qualitative auprès des femmes.

Directeur de thèse : Madame BOTTET-MAULOUBIER Anne, Professeur,
UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand

Président du jury : Monsieur CLEMENT Gilles, Professeur,
UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury : Monsieur GALLOT Denis, Professeur,
UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand
Madame VAILLANT-ROUSSEL Hélène, Maître de Conférences,

UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO** Philippe
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre
: **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE** Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT
VICE-PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA
FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias
: **DEQUIEDT** Vianney
: **WILLIAMS** Benjamin
: **HENRARD** Pierre

: **PEYRARD** Françoise
: **PAQUIS** François



UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice
: **CHAZAL** Jean

DOYEN
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre
: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BOUCHER Daniel - BOURGES Michel - BUSSIÈRE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques – CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - GLANDDIER Gérard - Mmes GLANDDIER Phyllis - LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MALPUECH Georges - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - MOLINA Claude - MONDIE Jean-Michel - PERI Georges - PETIT Georges - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - RAYNAUD Elie - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. - BEYTOUT Jean - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - CHAMOIX Alain - DAUPLAT Jacques - DETEIX Patrice - ESCHALIER Alain - IRTIUM Bernard - JACQUETIN Bernard - KEMENY Jean-Louis – Mme LAFEUILLE Hélène – MM. LEMERY Didier - LESOURD Bruno - LUSSON Jean-René - RIBAL Jean-Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. AUMAITRE Olivier	Médecine Interne
M. LABBE André Pédiatrie	
M. AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M. DURIF Franck	Neurologie
M. BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie
M. DUBRAY Claude	Pharmacologie Clinique
M. GILAIN Laurent	O.R.L

M. LEMAIRE Jean-Jacques
M. CAMILLERI Lionel
M. DAPOIGNY Michel
M. LLORCA Pierre-Michel
M. PEZET Denis
M. SOUWEINE Bertrand
M. BOISGARD Stéphane
M. CONSTANTIN Jean-Michel
Mme DUCLOS Martine
M. SCHMIDT Jeannot

Neurochirurgie
Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
Gastro-Entérologie
Psychiatrie d'Adultes
Chirurgie Digestive
Réanimation Médicale
Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
Physiologie
Thérapeutique

**PROFESSEURS DE
1ère CLASSE**

M. DECHELOTTE Pierre
M. CAILLAUD Denis
M. VERRELLE Pierre
M. CITRON Bernard
M. D'INCAN Michel
Mme JALENQUES Isabelle
Mle BARTHELEMY Isabelle
M. GARCIER Jean-Marc
M. GERBAUD Laurent

M. SOUBRIER Martin
M. TAUVERON Igor
M. MOM Thierry
M. RICHARD Ruddy
M. RUIVARD Marc
M. SAPIN Vincent
M. BAY Jacques-Olivier
M. BERGER Marc
M. COUDEYRE Emmanuel
Mme GODFRAIND Catherine
M. ROSSET Eugénio
M. ABERGEL Armando
M. LAURICHESSE Henri
M. TOURNILHAC Olivier
M. CHIAMBARETTA Frédéric
M. FILAIRE Marc

M. GALLOT Denis
M. GUY Laurent
M. TRAORE Ousmane
M. ANDRE Marc
M. BONNET Richard
M. CACHIN Florent
M. COSTES Frédéric
M. FUTIER Emmanuel
Mme HENG Anne-Elisabeth
M. MOTREFF Pascal
Mme PICKERING Gisèle

Anatomie et Cytologie Pathologique
Pneumo-phtisiologie
Radiothérapie option Clinique
Cardiologie et Maladies Vasculaires
Dermatologie -Vénérologie
Psychiatrie d'Adultes
Chirurgie Maxillo-Faciale
Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
Epidémiologie, Economie de la Santé
et Prévention
Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Oto-Rhino-Laryngologie
Physiologie
Médecine Interne
Biochimie et Biologie Moléculaire
Cancérologie
Hématologie
Médecine Physique et de Réadaptation
Anatomie et Cytologie Pathologiques
Chirurgie Vasculaire
Hépatologie
Maladies Infectieuses et Tropicales
Hématologie
Ophtalmologie
Anatomie – Chirurgie Thoracique et
Cardio-Vasculaire
Gynécologie-Obstétrique
Urologie
Hygiène Hospitalière
Médecine Interne
Bactériologie, Virologie
Biophysique et Médecine Nucléaire
Physiologie
Anesthésiologie-Réanimation
Néphrologie
Cardiologie
Pharmacologie Clinique

**PROFESSEURS DE
2ème CLASSE**

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale
M. CANAVESE Fédérico	Chirurgie Infantile
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
M. AZARNOUSH Kasra	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
Mme HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. CLEMENT Gilles	Médecine Générale
Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
M. VORILHON Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne	Médecine Générale
M. CAMBON Benoît	Médecine Générale

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES -
PRATICIENS HOSPITALIERS**

***MAITRES DE CONFERENCES
HORS CLASSE***

Mme CHAMBON Martine Bactériologie
Mme BOUTELOUP Corinne

Virologie
Nutrition

***MAITRES DE CONFERENCES DE
1ère CLASSE***

M. MORVAN Daniel
Mle GOUMY Carole
Mme FOGLI Anne
Mle GOUAS Laetitia
M. MARCEAU Geoffroy
Mme MINET-QUINARD Régine
M. ROBIN Frédéric
Mle VERONESE Lauren
M. DELMAS Julien
Mle MIRAND Andrey
M. OUCHCHANE Lemlih

Biophysique et Traitement de l'Image
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Biochimie Biologie Moléculaire
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Biochimie Biologie Moléculaire
Biochimie Biologie Moléculaire
Bactériologie
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Bactériologie
Bactériologie Virologie
Biostatistiques, Informatique Médicale
et Technologies de Communication
Pharmacologie Médicale
Pédiatrie
Immunologie
Hygiène Hospitalière
Parasitologie et Mycologie
Radiologie et Imagerie Médicale
Hématologie

M. LIBERT Frédéric
Mle COSTE Karen
M. EVRARD Bertrand
Mle AUMERAN Claire
M. POIRIER Philippe
Mme CASSAGNES Lucie
M. LEBRETON Aurélien

***MAITRES DE CONFERENCES DE
2ème CLASSE***

Mme PONS Hanaë
M. JABAUDON-GANDET Matthieu
M. BOUVIER Damien
M. BUISSON Anthony
M. COLL Guillaume
Mme SARRET Catherine
M. MAQDASY Salwan
Mme NOURRISSON Céline

Biologie et Médecine du Développement
et de la Reproduction
Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
Biochimie et Biologie Moléculaire
Gastroentérologie
Neurochirurgie
Pédiatrie
Endocrinologie, Diabète et Maladies
Métaboliques
Parasitologie - Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme BONHOMME Brigitte	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mle AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDET Yannick	Oncogénétique
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
Mme LAPORTE Catherine	Médecine Générale
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M. PINEL Alexandre	Nutrition Humaine

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. TANGUY Gilles	Médecine Générale
M. BERNARD Pierre	Médecine Générale
Mme ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale
Mme RICHARD Amélie	Médecine Générale

REMERCIEMENTS

Remerciements aux membres du jury :

À Monsieur le Professeur Gilles CLEMENT, Président de mon jury,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider mon jury de thèse. Recevez l'expression de mon profond respect et de ma gratitude.

À Monsieur le Professeur Denis GALLOT,

Je suis sensible à l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de porter un jugement sur mon travail et vous en remercie. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

À Madame le Docteur Hélène VAILLANT-ROUSSEL,

Je te remercie d'avoir accepté de siéger dans mon jury. Un grand merci pour ta disponibilité et tes conseils tout au long de mon internat.

À Madame le Professeur Anne BOTTET-MAULOUBIER,

Je te remercie vivement d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour ton soutien, tes conseils et pour ta confiance. Je te suis reconnaissante de m'avoir accordé du temps afin de me guider dans la réalisation de ce travail.

Remerciements personnels :

Je remercie toutes les femmes qui ont participé aux entretiens, sans elles cette thèse n'aurait pas été réalisable. Merci pour la confiance que vous m'avez accordée.

Tous mes sincères remerciements aux médecins, sages-femmes et gynécologues qui m'ont aidée dans la réalisation de ce travail : Docteur Maud Karinthe, Docteur Eliane Rangheard, Docteur Carole Damey, Docteur Bénédicte Garrouste, Mme Marie Pabot et enfin, les médecins du Service de Santé Universitaire.

Merci à mes parents et à mon frère qui m'ont soutenue et encouragée tout au long de ces longues études. Merci d'avoir toujours été présents et disponibles et notamment dans les moments difficiles. Merci de votre amour et de votre confiance en moi. Un grand merci, Maman pour ton aide dans ce travail de thèse. Je ne vous remercierai jamais assez d'être des parents et frère aussi formidables.

Merci à mes amies, Louise, Élodie, Maelle, Marine, Mathilde, Mélissa et Marina avec qui j'ai partagé, tout au long de nos études de médecine, des fous rires, des longues discussions à refaire le monde, des séances de révision, des heures interminables à la BU, mais aussi des fêtes, des voyages et surtout des moments inoubliables. Sans votre soutien et votre amour, ces études n'auraient pas été les mêmes. Merci de tout cœur.

Merci à mes amis de longue date, Marie-Mathilde, Charlotte, Julien et Louis, d'être présents depuis si longtemps et de partager avec moi des moments merveilleux.

Et enfin, merci à toi, Rafael, de m'avoir soutenue tout au long de ces années. Merci de ton amour, de ta patience, de ta compréhension et merci de m'avoir appris à gérer mon stress, il le fallait !

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	12
1. Matériel et méthode	14
1.1.Choix de la méthode qualitative.....	14
1.2.Échantillonnage	14
1.3.Guide d’entretien semi-structuré.....	15
1.4.Organisation et déroulement des entretiens.....	15
1.5.Retranscription	16
1.6.Méthode d’analyse des données	17
2. Résultats	18
2.1.Caractéristique de l’échantillon.....	18
2.2.Résultats de l’étude	19
2.2.1 Un retour au naturel.....	19
2.2.1.1 Rejet de la contraception hormonale.....	19
2.2.1.2 Peur des effets des hormones sur le corps	20
2.2.1.3 Souhait d’une contraception non médicamenteuse, dite plus naturelle	21
2.2.1.4 Retour à un cycle naturel	22
2.2.1.5 Circulation des informations	23
2.2.2 Les inconvénients de la pilule.....	23
2.2.2.1 L’oubli de pilule	23
2.2.2.2 Effets secondaires	24
2.2.2.3 Peur des risques pour la santé	26
2.2.2.4 Crainte de l’infertilité avec les contraceptions hormonales	26
2.2.2.5 Points négatifs des autres contraceptions	27
2.2.3 Avantages du DIU au cuivre	28
2.2.3.1 Confort	28
2.2.3.2 Fiabilité	28
2.2.3.3 Tranquillité d’esprit.....	29
2.2.3.4 Pratique	29
2.2.3.5 Longue durée d’action	30
2.2.3.6 Peu onéreux	30
2.2.4 Histoire contraceptive	31
2.2.4.1 La pilule en première contraception : le schéma contraceptif français.....	31
2.2.4.2 Choix personnel	32
2.2.4.3 Choix restreint.....	32
2.2.5 Déterminants de choix forts malgré certains obstacles.....	33
2.2.5.1 Entourage.....	33
2.2.5.2 Professionnels de santé	34
2.2.5.3 Pose douloureuse et anxiogène	34
2.2.5.4 Effets indésirables du DIU au cuivre	36

2.2.5.5 Détermination et satisfaction	37
2.2.6 Information des femmes	38
2.2.6.1 Connaissance personnelle du DIU	38
2.2.6.2 Auto-documentation.....	39
2.2.6.3 Information par les professionnels de santé.....	40
2.2.7 Connaissance des femmes	41
2.2.7.1 Sur l'anatomie féminine	41
2.2.7.2 Sur les infections sexuellement transmissibles.....	42
2.2.7.3 Sur le fonctionnement du DIU au cuivre.....	43
2.2.7.4 Sur l'efficacité du DIU au cuivre	44
2.2.8 Représentation des femmes.....	45
2.2.8.1 Pas d'analogie avec stérilité.....	45
2.2.8.2 Le DIU chez les femmes nullipares	45
3. Discussion	47
3.1. Biais de l'étude	47
3.1.1. Biais internes : liés aux chercheurs.....	47
3.1.2. Biais externes : liés au recrutement des patientes.....	47
3.1.3. Biais externes : liés aux patientes	47
3.1.4. Biais d'interprétation : liés à l'analyse d'entretien	48
3.1.5. Biais d'échantillonnage	48
3.2. Analyse des résultats.....	48
3.2.1 Remise en question de la contraception hormonale	48
3.2.2 Souhait d'une contraception dite « libératrice »	54
3.2.3 Prise en charge active et indépendante de la contraception.....	60
3.2.4 Détermination forte malgré certains obstacles	65
3.2.5 Vers un tournant du modèle contraceptif français ?	69
3.2.6 Satisfaction des patientes	72
3.2.7 Nouvelle vision de la contraception	74
Conclusion	78
Références bibliographiques	80
Annexe I. Premier guide d'entretien	86
Annexe II. Guide d'entretien corrigé	87
Annexe III. Fiche d'information patiente avant l'étude	88
Annexe IV. Tableau des caractéristiques de l'échantillon	89
Annexe V. Diagramme circulaire représentant les résultats	90
Annexe VI. Efficacité des méthodes contraceptives.....	91

ABRÉVIATIONS

AINS : Anti Inflammatoire Non Stéroïdien

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COP : Contraception OestroProgestative

CPP : Comité de Protection des Personnes

DIU : Dispositif Intra Utérin

GEU : Grossesse Extra-Utérine

HAS : Haute Autorité de Santé

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

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LARC : Contraceptif Réversible à Longue durée d'Action

MIP : Maladie Inflammatoire Pelvienne

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SSU : Service de Santé Universitaire

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Introduction

En France, le taux de couverture contraceptive est élevé, puisque 92% des femmes concernées par la contraception déclarent utiliser une méthode de contraception pour éviter une grossesse et 71,8% des femmes utilisent une méthode médicalisée (1). Cependant, le nombre de grossesses non désirées reste élevé, aboutissant à 216 685 Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) en 2017 (2). Ce taux reste stable, aux alentours de 220 000 par an depuis une dizaine d'années (2). Le nombre d'IVG est plus élevé chez les femmes de 19 à 25 ans et il est pratiqué dans 42,8% des cas chez des femmes nullipares (3). On estime qu'environ deux tiers des grossesses non désirées surviennent chez des femmes utilisant une contraception, la pilule pour la plupart (chez ces femmes, la grossesse non désirée est 6 fois sur 10 due à un oubli de pilule) (4).

Au vu de ces données, nous pouvons nous demander si l'utilisation Dispositif Intra Utérin (DIU), notamment chez les femmes nullipares, pourrait être une solution pour diminuer le nombre de grossesses non désirées et donc d'IVG. Le DIU fait partie d'une catégorie de contraceptif appelé LARC (Contraceptif Réversible à Longue durée d'Action). Il a l'avantage d'être de longue durée d'action, réversible, efficace, sans observance, facile d'utilisation et peu onéreux. La Haute Autorité de Santé (HAS) précise, en 2004, que l'utilisation du DIU est possible chez les femmes nullipares et rappelle, en 2013, que le DIU au cuivre est un contraceptif de première intention quelle que soit la parité (5).

L'âge moyen de la première naissance en France augmente, il se situe vers 29 ans. La durée entre le début de la vie sexuelle et la fin de la nulliparité est en moyenne de 11 années. Le DIU pourrait permettre de faciliter l'observance durant cette période et ainsi de diminuer les grossesses non désirées.

Depuis le scandale des pilules de troisième et quatrième générations fin 2012, le recours à la pilule diminue (passant de 45% à 36,5% entre 2010 et 2016) et les femmes souhaitent accéder à de nouvelles contraceptions (6).

Lors de mes deux derniers stages d'interne de médecine générale, au Service de Santé Universitaire (SSU) et aux consultations de gynécologie du CHU Estaing, j'ai été surprise par le nombre important de jeunes femmes désirant changer de contraception en faveur du DIU au cuivre. Les praticiens interrogés m'ont répondu qu'ils avaient effectivement au cours de ces dernières années, observé une demande croissante de DIU au cuivre par les jeunes femmes nullipares. En France, les ventes de DIU au cuivre ont augmenté de 60% chez les femmes de 20 à 29 ans entre 2013 et 2014 et l'utilisation du DIU au cuivre est passée de 0,4% en 2010 à 7,6% en 2016 chez les femmes nullipares (1) (7). Même si le pourcentage d'utilisatrices reste faible, une nette augmentation est notée entre 2010 et 2016. Pourquoi les femmes nullipares choisissent-elles de plus en plus le DIU au cuivre comme contraception ? Nous avons cherché à analyser et à approfondir les déterminants de leur choix. L'objectif de ce travail était de connaître et comprendre les raisons qui les ont amenées à choisir cette contraception en étudiant leur parcours contraceptif, leur vécu de la pose, leur représentation sur le DIU, leur satisfaction, leurs connaissances et enfin, leurs moyens d'information sur la contraception.

1. Matériel et méthode

1.1 Choix de la méthode qualitative

La méthode choisie est une méthode qualitative par entretiens individuels semi-dirigés. Elle permet de comprendre le vécu, le ressenti, les représentations et les attitudes des personnes interrogées. Elle permet d'explorer les émotions, sentiments, comportements et expériences personnelles (8). Elle ne cherche pas à quantifier ou à mesurer mais à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative (9). Voulant comprendre les comportements et représentations des femmes, la méthode qualitative était adaptée. Plus globalement, cette méthode permet d'aider à comprendre les phénomènes sociaux dans leur contexte naturel. Il s'agit donc de comprendre le sens que les individus attribuent à leurs actions. Elle permet de répondre aux questions « pourquoi ? » ou « comment ? ». Elle est adaptée à la recherche en médecine générale car elle permet un abord plus élargi de la compréhension de la santé et des déterminants des soins (8).

1.2 Échantillonnage

La population étudiée était définie par : des femmes nullipares porteuses ou ayant porté un DIU au cuivre.

Les femmes devaient être majeures pour participer à l'étude.

Pour recruter les patientes, des professionnels de santé posant des DIU ont été contactés ; il leur a été demandé d'informer les femmes correspondant aux critères d'inclusion, en leur remettant une fiche d'information lors des consultations. Si elles étaient d'accord pour participer à l'étude, soit elles contactaient l'enquêtrice (les coordonnées figuraient sur la fiche d'information), soit le praticien transmettait à l'enquêtrice leurs coordonnées, après avoir recueilli leur accord.

Plusieurs professionnels de santé ont aidé à recruter les patientes : un médecin du SSU, 2 médecins généralistes dont une exerçant au planning familial, une gynécologue libérale, une sage-femme libérale et enfin, des internes et gynécologues du CHU Estaing de Clermont-Ferrand.

1.3 Guide d'entretien semi-structuré

Le guide d'entretien a été conçu à partir des questions de recherche, d'une revue de la littérature et en comparaison avec d'autres études qualitatives étudiant le DIU et les femmes nullipares.

L'entretien débutait avec des questions fermées portant sur les données sociodémographiques (âge, niveau d'étude, profession, lieu d'habitation, tabac, situation familiale) afin d'élaborer les différents profils et de rechercher la variation maximale dans la diversité des profils. C'est cette diversité qui permet d'obtenir des données riches et variées.

Le premier guide d'entretien (ANNEXE I) était axé sur les connaissances des femmes sur le DIU au cuivre, leur satisfaction, le choix du DIU, l'histoire contraceptive, le déroulement de la pose et l'accès aux informations. Il utilisait principalement des questions ouvertes pour permettre le dialogue.

Le deuxième guide d'entretien (ANNEXE II) commençait par demander aux femmes si elles préféraient utiliser le mot stérilet ou l'acronyme DIU pour le reste de l'entretien, car ce dernier pouvait gêner certaines femmes qui n'avaient pas l'habitude de l'utiliser.

1.4 Organisation et déroulement des entretiens

Après avoir reçu, par les différents professionnels de santé, les coordonnées des patientes voulant participer à l'étude, les patientes ont été contactées par mail ou par téléphone. L'enquêtrice s'assurait qu'elles désiraient toujours participer à l'étude, elle les informait que

les entretiens étaient bénévoles, enregistrés pour être retranscrits mais que les données recueillies restaient confidentielles et anonymes. Les patientes pouvaient avoir accès aux données si elles le désiraient. Ensuite, le lieu et la date de l'entretien étaient convenus avec la patiente. Avant de débiter l'entretien, l'enquêtrice expliquait à nouveau le sujet et le but de la thèse, la confidentialité et l'anonymat des données et la nécessité d'enregistrer l'entretien afin de pouvoir analyser le discours par la suite. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone numérique. Après avoir recueilli les données sociodémographiques des patientes, la discussion commençait par une question ouverte puis l'enquêtrice utilisait les techniques classiques de l'entretien qualitatif (reformulation, résumé, relance, approfondissement, recentrage, encouragements à poursuivre, respect des silences, attitude d'écoute) ainsi que des signaux verbaux et non verbaux, afin d'aborder tous les thèmes prédéfinis dans le guide d'entretien. L'enquêtrice veillait à toujours rester bienveillante et empathique et à réaliser les entretiens dans un lieu calme, confidentiel et agréable.

Après chaque entretien, des notes étaient immédiatement saisies sur l'impression globale, le cadre, l'histoire de la patiente, le résumé de l'entretien et les idées nouvelles. Ce mémo à « chaud » permettait d'obtenir une vision d'ensemble, de faire ressortir les points forts de l'entretien et de conserver les informations non verbales comme l'atmosphère lors de l'entretien et l'attitude de la patiente.

Pour ce travail, en l'absence d'intervention de soin, il n'était pas nécessaire de solliciter le Comité de Protection des Personnes (CPP) ni la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

1.5 Retranscription

Tous les entretiens enregistrés ont été retranscrits dans leur totalité, mot pour mot, sur un logiciel de traitement de texte, Microsoft Word®, et anonymisés.

Les émotions, expressions, intonations, mimiques et gestes de la patiente ont été retranscrits entre parenthèses. Les hésitations et les silences ont aussi été retranscrits. À l'issue de cette retranscription, nous avons obtenu les verbatims de l'étude.

1.6 Méthode d'analyse des données

Une analyse thématique du contenu de chacun des entretiens a été réalisée. La lecture de chaque entretien a permis de faire ressortir des thématiques qui ont été codées en thèmes et sous-thèmes principaux. Ces thèmes n'ont pas été prédéfinis en amont mais sont ressortis tout au long de l'analyse. Tout d'abord, une analyse verticale a été réalisée : chaque entretien a été analysé en faisant émerger tous les thèmes retrouvés. Puis, une analyse transversale a permis de regrouper les différents thèmes en les classant par thème et sous thème.

Chaque sous-thème a été illustré par plusieurs extraits du verbatim qui l'explicitaient le mieux.

Les entretiens ont été poursuivis jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire lorsque tout nouvel entretien n'apportait plus de concept supplémentaire à ceux recueillis lors des analyses précédentes. Deux entretiens supplémentaires ont été effectués pour vérifier cette saturation.

Le logiciel QSR NVivo® 12 a été utilisé pour l'analyse.

2. Résultats

2.1 Caractéristiques de l'échantillon

Notre échantillon est composé de 16 patientes âgées de 20 à 32 ans, avec une moyenne de 24,6 années. Douze femmes étaient en couple et quatre célibataires. Onze femmes venaient d'un milieu urbain, trois d'un milieu rural et deux d'un milieu semi-rural. Toutes les femmes avaient un niveau d'étude supérieur ou égal au baccalauréat. L'âge des patientes à la pose du DIU était compris entre 19 ans et 32 ans avec une moyenne de 23,5 années. La durée d'utilisation du DIU était comprise entre 1 mois et 5 ans avec une moyenne de 14,8 mois. Trois patientes n'avaient plus le DIU lors de l'entretien (retrait pour désir de grossesse, expulsion ou ménorragie).

Parmi les 16 poses de DIU, 2 ont été réalisées par un médecin du SSU, 4 par deux gynécologues libéraux, 4 par deux médecins généralistes en libéral, 1 par une sage-femme libérale et enfin, 5 dans un centre hospitalier (par deux gynécologues, une interne en gynécologie et deux sages-femmes). Le résumé des caractéristiques de l'échantillon est représenté en ANNEXE IV.

Les entretiens se sont déroulés d'octobre 2018 à décembre 2018, le lieu était choisi par les patientes : soit chez elles pour la plupart des entretiens, chez l'enquêtrice ou dans les locaux du service de santé universitaire. Les entretiens ont duré de 8 minutes à 22 minutes avec une moyenne de 12 minutes.

2.2 Résultats de l'étude

2.2.1 Un retour au naturel

2.2.1.1 *Rejet de la contraception hormonale*

Pour les femmes de l'étude, les hormones sont considérées comme allant à l'encontre de la nature. Elles souhaitent exclure ces hormones exogènes qui sont perçues comme non naturelles et qui perturbent la physiologie du corps. Elles sentent que les contraceptions hormonales modifient leur corps, elles ne se « sentent plus elles-mêmes » et souhaitent retrouver un « corps plus sain ».

- Entretien 3 : *« Je ne voulais pas quelque chose d'hormonal, j'ai du mal avec ce concept, je ne trouve pas ça naturel... ça ne va pas avec mon mode de vie et je n'ai pas envie d'ingérer quelque chose, ça ne me paraît pas naturel, ce n'est pas mon fonctionnement à moi... Je l'ai fait pendant plusieurs années et je sentais que ça me changeait trop, je n'étais pas vraiment moi-même au bout d'un moment. »*
- Entretien 7 : *« Je ne voulais pas d'hormones en fait, je ne voulais pas de...produits dans mon corps. C'était la raison principale. Je voulais retrouver une vie normale. »*
- Entretien 8 : *« Je me suis un peu renseignée sur les hormones et je trouve que le principe va à l'encontre de la nature en fait, le fait de se bourrer d'hormones, on n'est pas des animaux OGM (rire). »*
- Entretien 9 : *« Et le côté hormone aussi, qui modifie un peu le comportement du corps, tout ça. À long terme, ça ne me semblait pas être une bonne solution et du coup, je me suis un peu renseignée et j'ai vu que le stérilet au cuivre c'était une méthode de contraception fiable aussi et qu'il y avait moins d'impact sur le corps on va dire. (Les*

hormones) j'avais peur que ça...ça joue sur mon corps. Je ne sais pas pourquoi, j'ai associé ces espèces de contrôle hormonal à quelque chose de mal. »

- Entretien 11 : *« Marre de prendre des hormones, d'autant plus qu'à la base c'était juste pour régler des problèmes d'acné quand j'ai commencé à en prendre. J'ai voulu prendre un peu de recul par rapport aux hormones, ça faisait quand même 4 ou 5 ans que j'étais sous pilule donc je préférais... Voilà, je pense que c'est une bonne chose, je suis contente de ne plus prendre d'hormones ! »*
- Entretien 15 : *« Au cuivre parce que je voulais bien essayer le « sans hormone » et j'ai des copines qui l'avaient fait et pour qui ça marchait hyper bien ! »*

2.2.1.2 Peur des effets des hormones sur le corps

Les femmes ont peur des effets néfastes des hormones sur le corps à long terme. Elles associent parfois les hormones à une augmentation du risque de cancer du sein. Elles ne savent pas toujours expliquer en quoi les hormones leur paraissent dangereuses, mais dans le « doute » elles préfèrent s'en abstenir.

- Entretien 2 : *« J'avais quelques oublis (avec ma pilule) mais ce qui me dérangeait c'était de prendre des hormones, je ne me voyais pas durer sur le long terme avec la pilule, prendre des hormones comme ça... Je sais que ça fait un peu cliché aujourd'hui, les femmes qui disent « je veux vivre sans hormones, végétariennes, sans lactose, sans gluten, machin », mais enfin, c'est con mais quand on voit certaines études... Je voulais trouver une alternative comme on sait maintenant l'effet des hormones, sur les cancers, je me suis dit et puis ... en me renseignant comme ça je me suis dit, oui pourquoi pas le stérilet au cuivre ! »*

- Entretien 4 : *« Le fait qu'on ne connaisse pas les effets d'une prise d'hormone à long terme et que je fume mais ça, encore une fois ce n'est pas une bonne raison... J'ai l'impression qu'on ne le sait pas en fait (en quoi la prise d'hormone peut être nocive). Que la communauté scientifique ne le sait pas. Peut-être que je me trompe mais j'ai l'impression que ce n'est pas quelque chose qui a été étudié. C'est un peu dans le doute, je ne sais pas, « hormones » ça ne donne pas confiance. Déjà quand c'est dans le corps humain de façon naturelle, ça fout un bordel pas possible alors... »*
- Entretien 5 : *« Eh bien, j'ai eu des problèmes de thyroïde il y a un an à peu près, qui se sont arrêtés quand j'ai arrêté la pilule et du coup je me méfie un peu des hormones. »*
- Entretien 9 : *« Et à long terme, les histoires de cancer tout ça, les cancers du sein ou quelque chose comme ça, ça me faisait peur. »*

2.2.1.3 Souhait d'une contraception non médicamenteuse, dite plus naturelle.

Le cuivre est considéré, par les femmes de l'étude, comme un matériau « naturel » contrairement aux hormones qui sont dites de « synthèse ». Le mode d'action « mécanique » du cuivre est considéré comme plus sain que le mode d'action « chimique » des contraceptions hormonales.

- Entretien 9 : *« C'est vraiment le côté non médicamenteux, qu'il n'y ait pas de choses trop bizarres dedans. »*
- Entretien 12 : *« J'étais un peu sceptique par rapport aux contraceptions hormonales, donc je me suis dit : là, c'est mécanique donc tu n'as pas trop de risques. »*

- Entretien 15 : *« Alors je ne sais pas si c'est une idée reçue, mais c'est le plus ... on va dire ... sans chose qui rentre dans votre corps, quelque chose de plus naturel on va dire, dans l'idée que j'en ai. »*
- Entretien 16 : *« Parce que je trouve que c'est mauvais (les hormones), et puis, je suis assez naturelle donc je préférerais les enlever. »*

2.2.1.4 *Retour à un cycle naturel*

Les femmes souhaitent maîtriser leur fertilité sans l'emprise des hormones. Elles veulent retrouver des cycles naturels et physiologiques. L'effet de régulation des cycles par les contraceptions hormonales est considéré comme non naturel et dangereux. Elles ne veulent pas qu'une contraception puisse « dominer » leur corps.

- Entretien 2 : *« Je voulais garder un cycle naturel, par exemple avec l'implant, le fait de ne plus avoir de règles, ne plus avoir un cycle naturel, ça serait pratique mais ça m'angoisse, j'aurais peur d'être enceinte. »*
- Entretien 8 : *« Le fait que ça régule les règles, moi j'ai vu la différence parce que j'avais des règles tous les 2 mois, c'était vraiment irrégulier avant que je prenne la pilule et je me dis, que ça régule tellement, que l'action me fait un peu peur, ça arrive à contrôler des choses qui sont censées se passer naturellement, je pense que c'est ça qui me fait peur. »*
- Entretien 9 : *« Je ne sais pas trop, j'avais peur que ça ... ça joue sur mon corps, déjà le fait de pouvoir choisir : ah ce mois-ci, je ne veux pas avoir mes règles donc je choisis de ne pas les avoir tout ça... Oui c'est ce côté, je domine mon corps qui ne me plaisait pas trop. »*

- Entretien 16 : *« Je voulais arrêter les hormones, je voulais retourner à des règles normales, comme j'avais des règles non douloureuses, très bien réglées, je voulais retrouver le cycle normal, donc j'ai préféré le cuivre... (Les hormones) c'est mauvais dans le sens où ça dérègle, moi personnellement, j'ai vu ça avec la pilule, ça m'a complètement dérégulée, je préférais retourner au naturel. »*

2.2.1.5 Circulation des informations

Les informations sont véhiculées par les médias, les réseaux sociaux et les proches.

- Entretien 9 : *« C'est vraiment des recherches que j'ai faites, des alternatives à la pilule qui soient plus saines, on va dire. Et il y a beaucoup de sites, je ne les ai plus en tête mais..., ma contraception.org ou je ne sais plus et du coup là-dessus, il y a tous les renseignements nécessaires, c'est assez complet et ça m'a motivée. »*
- Entretien 11 : *« Et puis aussi, en ayant discuté avec des amies, on était toutes d'accord que la pilule, on en avait un peu marre et aussi de voir toutes les études qui étaient en train de se faire sur les hormones, etcétera, voilà, et puis le stérilet au cuivre était une bonne alternative.... Je me renseigne sur internet, ce qu'on peut voir sur le site de madmoizelle.com et ensuite tout ce qui est renseignements au niveau internet et sur YouTube notamment, il y a pas mal de chaînes santé ! »*

2.2.2 Les inconvénients de la pilule

2.2.2.1 L'oubli de pilule

Les femmes ne veulent plus se soucier de leur contraception au quotidien, elles veulent se sentir libres. Elles ont peur des oublis de pilule et donc des grossesses non désirées.

- Entretien 1 : « *Bon, la pilule je l'oubliais souvent et ça m'embêtait un peu parce que, bon bah, c'était trop de stress et tout ça et je savais que ce n'était pas fait pour moi. Je me suis dit : il est temps de passer à autre chose parce que ... je n'ai pas envie de faire une IVG, donc je veux être sûre de ma contraception !* »
- Entretien 4 : « *J'oubliais tout le temps de la prendre, et au début ça ne me posait pas trop de problèmes mais au bout de 10 ans de pilule, j'oubliais un jour et ça déclenchait mes règles directement. Je suis incapable de penser à un truc tous les jours... Ça (le DIU) correspond bien à ma manière d'appréhender la contraception parce que la pilule je l'oubliais vachement.* »
- Entretien 10 : « *Et outre le fait que je ne voulais plus d'hormones, le fait de prendre la pilule, toutes les fois où je l'ai oubliée, je ne l'ai pas prise au bon moment, ou que j'ai pris le double parce que la veille, j'ai oublié que je l'avais bien prise, c'était un peu l'anarchie !* »
- Entretien 12 : « *Je n'arrivais absolument pas à être observante, je l'oubliais très souvent... J'étais dans une année où c'était compliqué pour moi de me rajouter d'autres contraintes on va dire et oui je me suis dit, ce n'est pas possible, il faut que je change !* »
- Entretien 15 : « *C'est une liberté de ne pas prendre la pilule, de ne pas l'oublier, de ne pas toujours...* »

2.2.2.2 Effets secondaires

Les femmes rapportent beaucoup d'effets secondaires qui sont, selon elles, liés à la pilule. Les effets secondaires les plus cités par les femmes de notre étude sont : la perte de libido, la baisse de moral et la prise de poids mais sont aussi cités les cycles irréguliers et les mycoses vaginales. Elles souffrent de cette charge contraceptive et ne veulent plus en subir les effets néfastes.

- Entretien 1 : *« J'avais eu une pilule, jasminelle®, j'avais commencé à 16, 17 ans et heu ... j'avais eu une autre pilule leelo® après, mais je n'aimais pas trop, je ne me sentais pas très bien avec, moralement j'avais l'impression que ... je n'avais pas le moral et que je perdais énormément de cheveux. Bon, peut-être qu'il y avait d'autres facteurs confondants mais bon... Je n'étais pas trop à l'aise. Je me suis dit : ah si je perds mes cheveux, qu'est-ce qu'il se passe d'autre dans mon corps ? »*
- Entretien 6 : *« Ça faisait 2 ans que j'avais des mycoses à répétition, des démangeaisons, etcétera, et puis je me suis aperçue que c'était tous les mois à la même période, une semaine avant mes règles donc je me suis renseignée et on m'a dit que ça pouvait être la pilule, donc du coup, j'ai voulu tester le stérilet. »*
- Entretien 7 : *« Pour moi, mon problème de libido venait de là (de la pilule), je voulais retrouver une vie normale. Ça fait 10 ans que je suis avec mon conjoint, au début tout se passait bien et au fur et à mesure des années, bizarrement... Et ce qui m'a confortée dans l'idée, c'est que 3 mois après l'arrêt de la pilule, bizarrement ma vie est devenue beaucoup mieux ! »*
- Entretien 8 : *« Et en fait, entre le moment où j'ai pris ma première pilule et la dernière pilule, j'ai pris 20 kilos, donc en 2 ans ! »*
- Entretien 16 : *« Ces derniers temps, elle (la pilule) commençait à me dérégler, j'avais mes règles toutes les 2 semaines, ou pas du tout, j'avais des boutons, plein d'acné et la libido nulle ! »*

2.2.2.3 *Peur des risques pour la santé*

Les femmes connaissent les scandales sanitaires et notamment ceux liés aux pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations. Elles n'ont plus confiance en la pilule et ne veulent pas prendre de risque pour leur santé.

- Entretien 4 : *« Ça (l'association tabac/hormones) peut provoquer un ... je ne sais plus, mais ça peut provoquer un truc mortel. Parfois, quand tu prends l'avion ou que tu fais de la plongée sous-marine, ça peut provoquer un truc. Et comme je faisais de la plongée et que je prends l'avion régulièrement, ... Et puis même, ce n'est pas conseillé. Je sais plus ce que ça provoque mais c'est mortel. »*
- Entretien 12 : *« Les risques thromboemboliques et tout ça (ça me faisait peur) et puis il y avait pas mal de choses dans les médias. À cette période, par rapport à Diane 35® ou des choses comme ça, je crois qu'il y a pas mal eu d'histoires avec des AVC. »*
- Entretien 15 : *« Je prenais la pilule jusqu'à présent, pendant presque une dizaine d'années, je ne fume plus trop mais j'étais pas mal fumeuse avant, donc au niveau des risques artériels, cardio en tout cas, ça me faisait un peu réfléchir ! »*

2.2.2.4 *Crainte de l'infertilité avec les contraceptions hormonales*

Les femmes pensent que la pilule diminue la fertilité même après son arrêt. Certaines femmes choisissent le DIU au cuivre lorsqu'elles ont un désir de grossesse à moyen ou long terme pour « retrouver une fertilité » immédiatement après l'ablation du DIU. Elles pensent que les femmes ayant une contraception hormonale mettent plus de temps à retrouver une fertilité après l'arrêt de celle-ci.

- Entretien 5 : « *Et comme on prévoit d'avoir un enfant, pas forcément cette année, mais dans un an ou deux, je me disais, bah autant que je mette le stérilet qu'on a qu'à enlever et ne pas attendre que la pilule ne fasse plus effet.* »
- Entretien 13 : « *Je voyais bien que les femmes qui prenaient la pilule pendant longtemps, après quand elles arrêtaient, qu'elles cherchaient à avoir un bébé, dès fois ça pouvait mettre plus de temps ; là au moins avec le stérilet quand on essaye d'avoir un enfant, ça va peut-être plus vite, comme il n'y a pas d'hormone.* »

2.2.2.5 Points négatifs des autres contraceptions

Les femmes ont parfois essayé d'autres contraceptions que la pilule, hormonales ou non, qui ne leur convenaient pas du fait de certains points négatifs. Elles ont cité : le prix des contraceptions non remboursées, les rapports sexuels moins agréables avec le préservatif, l'irritation due aux spermicides, la non-fiabilité de la méthode du retrait et du calcul des cycles, l'irrégularité des cycles avec l'implant et le côté non pratique de l'anneau ou des patches.

- Entretien 1 : « *Bon après, il y a anneau, patch, tout ça mais bon faut le changer, je n'avais pas trop envie de m'embêter avec ça, je voulais quelque chose de plus simple.* »
- Entretien 3 : « *Les spermicides m'irritaient, et les préservatifs, à la longue, ça peut revenir cher aussi et puis c'est moins agréable, je trouve, pendant les rapports sexuels.* »
- Entretien 4 : « *Le préservatif, c'est chiant parce que ça change le rapport sexuel et puis après les autres trucs, genre le retrait, on ne connaît pas vraiment la fiabilité.* »
- Entretien 8 : « *Je me suis dit, quel est le moyen de contraception le plus naturel, hormis le préservatif, parce que c'était une volonté de couple, on ne voulait pas utiliser le préservatif!* »

- Entretien 12 : *« Alors l'implant, je ne m'étais pas trop posé la question mais au vu des hormones et tout ça, ça me posait un peu soucis et j'avais peur de prendre du poids avec une contraception hormonale donc ça me tentait moins et puis c'est moins long la durée des implants. Et puis, c'est un truc très bête mais j'en ai déjà vu et vraiment ça me gêne je trouve ça très moche (rires) mais vraiment, je trouve ça inesthétique ! »*
- Entretien 13 : *« Je me suis rendu compte que l'implant, c'est sûr que c'était bien par rapport au fait qu'il n'y ait pas d'oublis mais ça restait des hormones, j'avais beaucoup de sautes d'humeur et j'avais mes règles n'importe quand, je pouvais ne pas les avoir pendant 3 mois et les avoir pendant 2 semaines, avoir des mini pertes, enfin, c'était vraiment du n'importe quoi ! »*

2.2.3 Avantages du DIU au cuivre

2.2.3.1 Confort

Les patientes qualifient le DIU de « confortable », elles ne le « sentent » pas et il est bien accepté par leur corps.

- Entretien 2 : *« C'est sûr que c'est un confort, je ne le sens pas au quotidien. »*
- Entretien 9 : *« Je ne le sens pas, ça ne me pose pas de soucis. »*
- Entretien 15 : *« Pour l'instant je suis confortable dedans, mon corps l'accepte bien, pour le moment, je n'ai pas d'effets secondaires particuliers. »*

2.2.3.2 Fiabilité

Le DIU au cuivre représente, pour les femmes de l'étude, la seule contraception non hormonale qui soit fiable. Elles ont confiance en cette contraception.

- Entretien 4 : « *Je pense que j'ai choisi le seul moyen qui me convenait le plus dans le sens où il est très fiable. »*
- Entretien 9 : « *Je me suis un peu renseignée et j'ai vu que le stérilet au cuivre, c'était une méthode de contraception fiable. »*

2.2.3.3 *Tranquillité d'esprit*

Les femmes n'ont plus à se soucier de leur contraception, elles se sentent libérées d'une charge contraceptive quotidienne.

- Entretien 2 : « *Pour le côté pratique, pas besoin de mettre l'alarme, de se dire mince j'ai oublié, on est tranquille ! »*
- Entretien 3 : « *Une fois que c'est posé, on n'y pense plus, il n'y a pas le risque d'oubli. »*
- Entretien 7 : « *On n'a pas d'heure fixe, à prendre tous les jours, à savoir qu'il ne faut pas l'oublier, si on part en vacances, il ne faut pas l'oublier, on ne l'a plus dans la tête ! ... Moi je me souviens, avant, quand je prenais la pilule, mon cerveau était conditionné pour que tous les jours, je me dise la pilule, la pilule, la pilule, tous les soirs, tous les matins, peu importe, que je me dise est-ce que j'ai bien pris ma pilule, on n'est jamais rassuré, je trouve. »*
- Entretien 16 : « *Je suis plus légère qu'avec la pilule, je n'ai pas à y penser, il n'y a pas d'oublis, je n'ai pas à calculer combien de temps je l'ai oubliée, là-dessus c'est pratique. »*

2.2.3.4 *Pratique*

Le DIU au cuivre est jugé pratique et simple d'utilisation.

- Entretien 4 : « *Je dirais que c'est bien si tu veux une contraception où tu n'as pas besoin de t'en occuper !* »
- Entretien 10 : « *Je trouve que c'est vachement pratique !* »
- Entretien 13 : « *Cette technique du « je n'ai pas à penser et c'est en continu », ça m'allait très bien !* »

2.2.3.5 Longue durée d'action

Il est en place pour une longue durée, ce qui soulage les patientes.

- Entretien 4 : « *On n'a pas à s'en occuper pendant 5 ans, ça c'est vachement bien !* »
- Entretien 9 : « *Je l'ai posé une fois et pendant 5-10 ans je suis tranquille !* »
- Entretien 12 : « *Ah oui vraiment ! Par rapport à la facilité d'observance, le fait que c'est sur 5 ans donc, c'est quand même quelque chose qui dure !* »

2.2.3.6 Peu onéreux

Le DIU peut offrir un avantage économique face à certaines contraceptions qui ne sont pas remboursées par la sécurité sociale. Cet argument n'a été évoqué que deux fois.

- Entretien 1 : « *Je me suis aussi dit que ça allait être moins cher donc ce n'était pas mal car ma pilule était payante, environ 35, 44 euros les 3 plaquettes. C'était un bénéfice secondaire plus qu'une raison principale.* »
- Entretien 3 : « *L'anneau ça revenait cher et les préservatifs à la longue ça peut revenir cher aussi.* »

2.2.4 Histoire contraceptive

2.2.4.1 *La pilule en première contraception : le schéma contraceptif français*

Toutes les femmes de l'étude ont eu une pilule comme premier moyen de contraception. Elles ont le sentiment qu'elles n'ont pas eu le choix lors de leur demande de première contraception, on leur a prescrit la pilule sans les informer des autres contraceptions possibles. Elles souhaitent qu'on leur propose un panel contraceptif plus diversifié et notamment lors d'une première consultation de contraception.

- Entretien 7 : *« Moi, quand je suis allée voir la gynéco pour la première fois, on ne m'a absolument pas dit : « tu as le choix entre la pilule, le stérilet, l'implant ». On m'a dit : « tu prends la pilule parce que tu as des rapports », et puis voilà. On ne m'a pas proposé autre chose. Je pense qu'il faudrait informer beaucoup plus les jeunes filles sur les différents moyens de contraception qui existent et ne pas proposer la pilule à tout va ! On devrait permettre à l'adolescente de choisir ce qui l'intéresse. »*
- Entretien 8 : *« J'ai commencé par un premier moyen de contraception qui était ma pilule, j'ai passé 4 pilules différentes, j'ai commencé par leeloo® comme tout le monde et en fait, j'avais un peu mal au ventre donc mon médecin m'a dit : « on va la changer ». Je suis passée sur une 2^{ème} pilule qui ne m'a pas convenue, puis une 3^{ème} qui ne m'a encore pas convenue et quand j'ai enfin rencontré une gynécologue, parce que je voyais que ça ne marchait pas, elle m'a dit : « moi je ne peux pas vous prescrire la pilule parce que vous êtes en surpoids ! » »*
- Entretien 10 : *« Je savais que ça (le DIU) existait mais généralement quand on est jeune, on met la pilule et on ne se pose pas plus de questions, on ne s'interroge pas. Par contre,*

je trouve que sur les jeunes on n'en fait pas la pub, mais si on ne s'interroge pas, si on ne demande pas, nous, en tant que patientes, le premier réflexe ça va être la pilule pour tout le monde. Ce que je ne trouve pas forcément adapté, mais c'est une opinion personnelle ! »

2.2.4.2 *Choix personnel*

Le choix du DIU au cuivre est une volonté personnelle. Les femmes se sont renseignées sur les contraceptions et ont fait leur choix de façon indépendante.

- Entretien 1 : *« Donc, j'ai pris la décision toute seule, personne ne m'a trop conseillée. »*
- Entretien 5 : *« Je l'ai choisi car j'ai fait des recherches et j'ai vu qu'il existait deux types de stérilets et comme en arrêtant la pilule, je voulais arrêter les hormones, j'ai choisi naturellement le stérilet au cuivre. »*
- Entretien 7 : *« C'est un choix personnel, c'est hyper personnel. Personne ne me l'a proposé, c'est moi qui suis allée demander en gynécologie à Estaing. »*
- Entretien 12 : *« J'ai une amie qui avait choisi le stérilet au cuivre et elle m'en a parlé et je me suis dit, voilà je vais passer à ça. J'en ai parlé de moi-même à ma gynéco, mais elle, spontanément, elle ne m'en avait pas parlé et du coup, bon comme je lui en ai parlé, elle m'a dit : « bon OK, on va le mettre ! » »*

2.2.4.3 *Choix restreint*

Le DIU au cuivre représente, pour les femmes de l'étude, la seule contraception possible car c'est la seule contraception sans hormone qui soit efficace.

- Entretien 2 : « *Je savais que de toute manière, c'était une des seules options qui m'était proposée donc heu ... même la seule, sans hormones, j'entends. »*
- Entretien 4 : « *C'est la seule contraception qui soit vraiment fiable à 100%, enfin, 99,99 % et qui ne contienne pas d'hormones, à ma connaissance en tout cas. »*
- Entretien 11 : « *Et c'est vrai que j'ai regardé, je voulais une contraception qui n'avait pas d'hormones et c'était ça ou le préservatif. »*
- Entretien 13 : « *Parce que c'était naturel, c'est la seule contraception naturelle à part le préservatif. »*

2.2.5 Déterminants de choix forts malgré certains obstacles

2.2.5.1 Entourage

Les patientes ont parfois été confrontées à des avis négatifs sur le DIU dans leur entourage.

De plus, certains proches de patientes affirmaient qu'il n'était pas possible de poser un DIU chez une femme nullipare.

- Entretien 7 : « *Quand j'ai dit que j'allais me faire poser un stérilet, on m'a surtout posé la question : « ah bon, mais ce n'est pas réservé aux femmes qui ont eu des enfants ? » Et donc, j'ai fini par expliquer que finalement, non. (Dans mon entourage) j'ai eu une réaction virulente : « mais non, tu vas être stérile, c'est dangereux ! » »*
- Entretien 8 : « *Au début, en n'en parlant autour de moi, mes proches disaient : « attention parce que le stérilet, on ne le pose pas aux femmes qui n'ont pas eu d'enfants ! » »*

- Entretien 12 : *« J'ai des amies qui m'avaient dit : « oui attention, tu as un risque de grossesse extra-utérine, etcétera. » Oui bon, je le savais mais ça ne m'a jamais trop inquiétée ! »*

2.2.5.2 Professionnels de santé

Les professionnels de santé ne proposent pas toujours spontanément le DIU aux femmes nullipares et certains sont réticents à la pose du DIU chez ces patientes.

- Entretien 4 : *« J'avais vu un vieux gynécologue à La Rochelle. Je lui avais dit que je voulais changer de contraception et en gros, il m'avait dit que la pilule c'est très bien, pas besoin de changer ! »*
- Entretien 9 : *« Ma gynéco m'a dit qu'il y a des gynécologues qui s'opposaient à ça, les jeunes qui n'avaient pas d'enfants, mais elle m'a dit que c'était bon. Elle a tout de suite été d'accord. »*
- Entretien 15 : *« J'avais vu une gynéco il y a 3 ou 4 ans, qui me l'avait fortement déconseillé au vu des kystes, du coup, c'est pour ça que je n'étais jamais passée à l'acte de changer de contraception et là comme j'ai changé de gynéco, ça s'est bien fait, sans soucis. »*

2.2.5.3 Pose douloureuse et anxiogène

Dans la grande majorité des cas, la pose est vécue comme douloureuse, c'est une douleur que les femmes nullipares ne connaissent pas, elle peut être très intense et parfois source de malaise vagal mais elle est souvent rapidement résolutive. Pour une femme de l'étude, la pose n'a pas

été réussie du premier coup, il a fallu deux tentatives pour poser le DIU. Les femmes étaient souvent angoissées avant la pose.

- Entretien 2 : « *Et pour la pose, je ne m'y attendais pas, c'est une sensation hyper bizarre, quand elle pince l'utérus, à ce moment-là, il se passe un truc, à ce moment-là j'ai failli faire un malaise, j'avais des petits vertiges et une montée de chaleur d'un coup. C'est une douleur qui n'est pas similaire à d'autres douleurs.* »
- Entretien 3 : « *J'ai eu mal et peur, et si j'avais su que j'aurais eu mal à ce point, je ne l'aurais certainement pas fait. Et si j'avais su avant que ça faisait si mal j'aurais peut-être eu moins mal. Mais après coup, je suis contente de l'avoir fait mais heu ... sur le moment c'était ... un dur moment à passer !* »
- Entretien 8 : « *C'était mon 2^{-ème} examen gynécologique de ma vie, du coup je n'étais pas super à l'aise ... j'étais assez stressée mais en fait, ça s'est super bien passé parce que la sage-femme qui me l'a posé m'a super bien rassurée. La pose en elle-même, j'ai eu mal mais ça allait, c'était après surtout. Après la pose c'était affreux, la journée c'était horrible, je l'ai posé le matin et toute la journée après, c'était horrible !* »
- Entretien 9 : « *C'était douloureux, j'ai fait une espèce de chute de tension, je ne sais pas trop, je me suis sentie pas très bien, donc elle m'a laissée dans un petit coin au cabinet pour que je me repose et son assistante m'a ramenée chez moi (rire) parce que j'y étais allée à pied et je n'étais pas trop bien, donc voilà. Mais ça a été vraiment l'histoire de 2 heures.* »
- Entretien 11 : « *Alors en 2 fois, parce que la première fois, ça ne s'est pas bien passé parce qu'apparemment, j'ai un utérus plus grand que celui de la moyenne pour une femme qui n'a pas eu d'enfants, donc du coup, la première pose, elle ne s'est pas bien faite parce qu'il n'était pas mis au bon endroit. Donc, on a dû le retirer et après je suis*

allée chercher un autre stérilet et dans la même journée, on l'a fait. Après, ce n'est pas agréable mais ça se fait, ... (rire) ce n'est pas intenable, en tout cas, pour moi ce n'était pas intenable. »

- Entretien 16 : *« J'appréhendais oui, je ne savais pas, c'était la première fois, je me demandais : est-ce que ça va vraiment faire mal, est-ce que je vais le sentir après ? Toutes ces questions qui maintenant sont résolues, mais au début ça fait un peu peur. »*

2.2.5.4 Effets indésirables du DIU au cuivre

Les femmes se sont parfois plaintes de dysménorrhées et de ménorragies. Des mycoses vaginales et des leucorrhées anormales ont aussi été rapportées.

- Entretien 2 : *« J'ai l'impression qu'il m'a apporté plus d'infections. J'ai plus de bactéries, de mycoses, d'odeurs désagréables, des pertes inhabituelles, ce n'est pas hyper régulier mais c'est plus fréquent. C'est plus gênant, mais ce n'est pas invivable. »*
- Entretien 4 : *« Il y a des points négatifs, parce que jusqu'à présent, je n'avais jamais eu mal pendant mes règles et maintenant j'ai mal tous les mois, vraiment. J'ai découvert la douleur menstruelle ! »*
- Entretien 11 : *« Et puis, j'ai eu une recrudescence d'acné, que je n'avais pas connue depuis le lycée, donc ça m'a fait un peu bizarre de retrouver tout ça ! (Rires). »*
- Entretien 12 : *« Alors du coup, le premier mois où j'ai eu le stérilet au cuivre, j'ai eu beaucoup de saignements, en gros j'ai eu des vraies règles pendant 3 semaines, donc là j'étais fatiguée au bout d'un moment. »*

- Entretien 13 : « *Moi, quand j'ai mes règles, normalement je n'ai aucune douleur et avec le stérilet, comme je l'ai gardé 1an et demi, j'avais des douleurs et des bonnes douleurs qui faisaient bien mal ! (Rires).* »

2.2.5.5 *Détermination et satisfaction*

Malgré les mauvaises expériences relatées dans leur entourage, la pose douloureuse et les effets négatifs potentiels, les femmes sont déterminées pour accéder à une contraception qui leur correspond. De plus, elles sont satisfaites de leur DIU au cuivre. Elles pensent que les bénéfices sont supérieurs aux côtés négatifs, elles pensent que « ça vaut le coup » et recommandent ce moyen de contraception à leurs amies.

- Entretien 6 : « *Les désavantages que j'ai maintenant avec le stérilet, ça compense largement les désavantages que j'avais avec la pilule donc c'est plus positif que négatif !* »
- Entretien 8 : « *Par rapport à mon expérience personnelle, je dirais que le mot stérilet m'évoque ... peut-être pas libération parce que c'est un grand mot, mais je dirais soulagement peut-être.* »
- Entretien 9 : « *Oui, je le recommanderai à 100% !* »
- Entretien 10 : « *Le côté pratique, une fois qu'on a passé les étapes, il faut faire les examens, il faut le mettre, il faut supporter la douleur, mais après que l'on a passé les étapes, c'est impeccable !* »
- Entretien 11 : « *Au niveau du moral, au niveau de la libido, ouais (soupir de soulagement), oui c'est bien mieux ! (Rires).* »

- Entretien 13 : *« Oui (je le conseillerais à une amie), mais je lui dirais que ça fait mal, avant (rire), je ne lui mentirais pas !... Je me sentais mieux depuis que j'avais le stérilet au cuivre, par rapport aux hormones, donc j'en reposerais un sans soucis ! »*

2.2.6 Information des femmes

2.2.6.1 Connaissance personnelle du DIU

La plupart des femmes ont connu le DIU par elles-mêmes via internet ou par leurs proches. Très peu l'ont connu par un professionnel de santé ou lors des cours d'éducation sexuelle.

- Entretien 4 : *« A la base, je ne sais pas comment je l'ai connu exactement, mais après, j'ai connu pas mal de contraceptions différentes, sur le site « madmoizelle », le site d'information pour les jeunes, elles font vachement de prévention et d'information là-dessus. J'ai une copine qui avait un stérilet. Et puis même, quand tu vas chez la gynéco, t'as souvent des plaquettes avec un peu toutes les contraceptions. »*
- Entretien 8 : *« Alors, mon médecin m'en a parlé, ma maman m'en a parlé aussi, elle n'en a pas mais elle en avait entendu parler. Et c'est surtout ma première gynéco qui m'en a beaucoup parlé et du coup, je me suis un peu renseignée, elle m'a donné le petit fascicule et tout ça, donc j'ai bien lu. »*
- Entretien 10 : *« J'en avais connaissance avant, je ne sais pas, peut-être qu'au lycée on nous en parle, je savais que ça existait. Mais je ne me posais pas la question car je prenais la pilule. »*
- Entretien 13 : *« Avec ma mère, on parle de tout, elle, elle a eu un stérilet pendant des années, donc j'ai connu le stérilet par ce biais-là en premier lieu et après sur internet, etcétera, quand j'ai grandi. »*

- Entretien 14 : *« Ma sœur s'en est fait poser un parce qu'elle prenait la pilule et elle avait pas mal d'effets secondaires. Du coup, elle m'a donné l'idée de m'en mettre un, parce que j'avais beaucoup de problèmes avec la pilule. »*
- Entretien 16 : *« J'ai parlé à une amie qui comptait placer un stérilet, et elle m'en a parlé et c'est en en parlant avec elle que je me suis dit : pourquoi pas ? Et donc après, j'ai commencé à me renseigner. »*

2.2.6.2 Auto documentation

Les femmes se sont renseignées sur cette contraception via internet, sur des sites comme choisirscontraception.fr ou madmoizelle.com mais aussi sur des forums, des blogs, des vidéos « YouTube ». Elles se sont aussi renseignées via leurs amies ou leur famille.

- Entretien 4 : *« (Je me renseigne sur la contraception) plutôt sur internet en général. Les plus grosses informations que j'ai eues, c'était sur madmoizelle.com. Elles font souvent des articles là-dessus. Ailleurs sur internet, je ne suis pas sûre, enfin j'ai peut-être regardé un autre youtubeur qui a fait une vidéo sur la contraception. Il y a un docteur anglais qui a fait une vidéo, je me souviens, j'avais regardé une vidéo de 3 minutes là-dessus, mais c'était en anglais. Et les plaquettes un peu chez les gynécos mais oui, c'est ça. »*
- Entretien 7 : *« Moi je ne suis pas très médecin donc je ne vais pas me renseigner directement chez les professionnels. J'ai d'abord cherché sur internet. »*
- Entretien 11 : *« Sur le site ... heu ... je ne me rappelle pas quel site c'est ... le site de santé.gouv ou quelque chose comme ça, où il y a tout un truc sur comment trouver sa bonne contraception. »*

- Entretien 13 : « *Sur internet et avec des copines, comme on est toutes un peu à utiliser différentes choses et à avoir des parcours un peu différents. J'ai une amie qui a eu un diaphragme mais ça ne lui convenait pas du tout, par exemple.* »

2.2.6.3 *Information par les professionnels de santé*

Après s'être décidées, en se renseignant par elles-mêmes, les femmes sont allées consulter des sages-femmes, des médecins généralistes ou des gynécologues pour plus d'information et pour procéder à la pose du DIU. Elles ont parfois eu des informations ou avis différents selon les professionnels de santé. Le déroulement de la pose et le risque de dysménorrhée et de ménorragie n'ont pas toujours été expliqués aux patientes.

- Entretien 8 : « *J'ai eu les petits fascicules, donc c'est des trucs un peu officiels que ma gynéco m'a donnés, donc là, j'ai eu toute l'explication de : c'est quoi un stérilet, comment on le pose, où il se situe, quelques informations de base.* »
- Entretien 5 : « *Je n'ai pas eu d'explication du tout lorsque j'ai demandé le stérilet, c'était la remplaçante de mon médecin traitant. J'ai eu la consultation gynécologique, le frottis, la prescription et ça s'est arrêté là, c'est tout.* »
- Entretien 11 : « *Je savais juste que ça allait être posé de manière ... manuelle (rire), que c'était implanté dans l'utérus, mais sinon non, pas plus d'informations que ça au niveau de la pose, ni au niveau des douleurs et tout, on ne m'a jamais expliqué ça.* »
- Entretien 16 : « *D'habitude, c'est mon gynécologue qui me renseigne, là je me suis un peu renseignée avant d'y aller et elle m'a aidée. Elle m'a bien expliqué comment se passerait la pose, comment ça serait après, elle m'a bien expliqué que si j'avais des règles douloureuses avant ou mal réglées, peut être que le stérilet au cuivre n'était pas une bonne solution pour moi. Mais après, je n'avais pas énormément de questions*

comme j'avais lu sur internet. Elle m'a expliqué comment se passerait la pose mais aussi le retrait, dans 5 ans, comment ça allait se passer. Elle m'a bien tout expliqué, je n'avais pas de questions en sortant. »

- Entretien 15 : *« Je n'ai pas eu d'informations sur la pose, c'est peut-être pour ça que j'appréhendais. »*

2.2.7 Connaissance des femmes

2.2.7.1 Sur l'anatomie féminine

Les femmes ont du mal à se représenter leur anatomie et à savoir où est situé le DIU. Quand on leur demande de nous expliquer où se situe leur DIU, elles répondent :

- Entretien 9 : *« Bah ... ça doit être vers l'utérus mais précisément, je ne sais pas exactement. »*
- Entretien 15 : *« Plus ou moins, mais je pense que je ne vais pas être très précise. Je dirais qu'il est en haut du col, centré à ce niveau-là. »*
- Entretien 16 : *« Oui je pense quand même, il est quelque part par-là (elle montre le bas de son ventre). Il est dans l'utérus. »*
- Entretien 13 : *« (Elle se lève) je vous montre, je pense qu'il était par-là (elle montre le bas de son ventre) ... Heu dans quel organe, ... ? Je n'ai pas envie de dire des bêtises mais heu ... sur les côtés, là où il y a les ovaires ? »*

Et sur le fonctionnement du système de reproduction féminin :

- Entretien 4 : *« Je pense que je ne connais pas bien dans les détails... Alors, on a un utérus, ça c'est sûr, après, ... il y a des ovaires et des ovules, ... dans l'utérus. Donc un utérus dans lequel il y a les ovaires, et je pense que les ovaires fabriquent les ovules,*

tous les mois. Il y en a un sur deux qui se fabrique tous les mois et heu quand l'ovule se refait, ça déclenche les règles, parce qu'il évacue ... heu ... je ne sais pas trop quoi d'ailleurs, ... il évacue du sang mais pourquoi ? Ça doit être lié à l'ovule. Et, ... je connais les trompes de Fallope mais je ne sais pas où ça va, ni à quoi ça sert. Je pense que l'utérus doit être relié au vagin, j'imagine, il doit être au bout peut être et heu.... Eh oui, il y a des trompes car il y a une contraception permanente qui est la ligature des trompes donc il y en a forcément. Ah ! Les trompes ça doit être le truc qui tient les ovules au bout... Et je pense que je n'en connais pas beaucoup plus. »

- Entretien 5 : « Je sais que l'ovulation se fait au 14ème jour. Je sais qu'on peut avoir des enfants en période d'ovulation en milieu de cycle, qu'on peut tomber enceinte. Hum quoi d'autre... Je ne sais pas grand-chose d'autre. »

2.2.7.2 *Sur les infections sexuellement transmissibles*

La plupart des femmes connaissent les infections sexuellement transmissibles les plus connues comme le VIH, les hépatites, la syphilis et même l'infection par chlamydiae trachomatis. Elles savent que le DIU ne les protège pas de ces infections. Elles ont pour la plupart eu un dépistage avant la pose du DIU. Elles ne connaissent pas le risque spécifique des infections à chlamydiae et gonocoque chez les porteuses de DIU.

- Entretien 2 : « *La dernière fois que je suis venue pour un examen gynéco, elle m'a bien demandé si j'étais à jour de mon dépistage chlamydiae, je sais que ça peut être dangereux avec le stérilet mais je ne sais plus pourquoi.* »
- Entretien 4 : « *Je connais l'infection à chlamydiae, j'ai des copines qui l'ont eue. Je sais que ça peut rendre stérile mais je ne crois pas qu'il y ait un lien avec le stérilet.* »
- Entretien 10 : « *Le sida, L'hépatite, voilà. Non le stérilet n'en protège pas.* »

- Entretien 13 : « *Je connais les chlamydias, la syphilis, les hépatites, le sida. Non, le stérilet n'en protège pas. Je n'avais pas eu de dépistage avant la pose.* »
- Entretien 14 : « *Oui, je connais le VIH, on appelle ça les MST mais je ne sais pas trop ce que ça englobe. Le stérilet n'en protège pas. J'ai eu un dépistage urinaire et de sang avant la pose.* »
- Entretien 16 : « *HIV bien sûr, après...papillomavirus peut-être...et j'avoue que la liste s'arrête là, je n'en connais pas tant que ça, non. Le stérilet n'en protège pas, je sais très bien qu'il faut plus (rire)... Je ne sais pas si le chlamydiae est dangereux avec le stérilet mais en tout cas, elle m'avait dit qu'il n'en fallait pas s'il était là donc je pense que ça ne doit pas aller super bien ensemble.* »

2.2.7.3 Sur le fonctionnement du DIU au cuivre

Toutes les femmes de l'étude ne connaissent pas précisément le fonctionnement du DIU au cuivre et beaucoup de femmes qualifient le cuivre de « spermicide naturel ».

- Entretien 4 : « *Je crois que le cuivre c'est toxique pour les ... ovules ? Ou les ovaires ? Et du coup ça bloque ... pas l'ovulation, je pense, car j'ai mes règles mais ça doit bloquer la fertilité ... ou alors ... heu je n'en sais rien.* »
- Entretien 8 : « *Je sais que c'est le cuivre qui est un spermicide naturel, donc en fait les spermatozoïdes ne peuvent pas survivre dans un milieu cuivré, donc c'est ça qui fait la contraception.* »
- Entretien 9 : « *Je sais que le cuivre fait une sorte de réaction... Comment dire ? Acide ou quelque chose comme ça, je ne suis pas douée en biologie... Je sais que ça fait une*

réaction type anode-cathode, un peu, avec les fluides tout ça. Je pense que ça désactive, on va dire, le sperme mais je ne suis pas du tout sûre de ça. »

- Entretien 13 : *« Pas trop en fait, je ne sais pas si c'est une réaction chimique du cuivre par rapport peut être au sperme, du coup ça va oxyder le sperme, et du coup il n'a pas le temps de... Ou si ça perce l'ovule... ? Je ne sais pas du tout. »*

2.2.7.4 *Sur l'efficacité du DIU au cuivre*

Les femmes de l'étude estiment que le DIU au cuivre est très efficace mais elles savent qu'il n'est pas fiable à 100%.

- Entretien 9 : *« Je crois que c'est comme la pilule, précisément, je ne sais pas mais je sais que c'est très efficace en tout cas. »*
- Entretien 10 : *« J'espère bien qu'il est efficace (rires). Mais oui, je pense qu'il est efficace et puis il n'y a pas d'oublis. »*
- Entretien 13 : *« Je dirais 99%. »*
- Entretien 16 : *« Je sais que l'efficacité n'est pas à 100%, mais comme toutes les contraceptions, après je sais que d'après ce que j'ai lu, c'est quelque chose d'assez efficace et qu'il y a quelques petites chances qu'il tombe mai rien de ... c'est très très rare. »*

2.2.8.Représentation des femmes

2.2.8.1 Pas d'analogie avec stérilité

Les femmes interrogées ne mettent pas en lien le mot stérilet avec stérilité. Elles utilisent le mot stérilet et non pas DIU qui est un acronyme scientifique pour elles.

- Entretien 4 : « *Moi, je dis stérilet. DIU ça doit être le nom scientifique. Stérilet ça doit être son nom commun. Mais ça ne signifie rien de particulier pour moi.* »
- Entretien 6 : « *Je dis stérilet et DIU ça ne me dit rien du tout.* »
- Entretien 9 : « *Non, enfin, je ne l'associe pas à la stérilité ou quoi que ce soit, pas du tout !* »
- Entretien 11 : « *Si on fait référence à stérile, etcétera, non, moi je n'ai pas du tout eu..., ça ne me vient pas à l'idée de me dire stérilet va rendre stérile !* »

2.2.8.2 Le DIU chez les femmes nullipares

La plupart des femmes de l'étude estiment qu'aujourd'hui, la possibilité pour une femme nullipare d'accéder au DIU est connue du grand public. Mais parfois, elles ont lu des informations erronées sur internet et des réticences ont été évoquées par leur entourage familial.

- Entretien 4 : « *J'ai l'impression qu'aujourd'hui, c'est assez ressassé que le stérilet, on peut le mettre sans avoir eu d'enfants. J'ai l'impression qu'il y a plus d'informations là-dessus.* »
- Entretien 6 : « *Donc, le stérilet je savais que ça se faisait et qu'il n'y avait plus trop de réticences pour les jeunes femmes qui n'avaient jamais eu d'enfants. Je ne me suis pas inquiétée de : est-ce que je peux, est-ce qu'il ne vaut pas mieux autre chose... ?* »

- Entretien 7 : *« Et le problème c'est que, on n'est pas vraiment informé, ... enfin en cherchant sur internet en tout cas, il y a beaucoup d'informations, beaucoup d'informations qui divergent et au final, c'était surtout qu'on ne posait pas de stérilet aux femmes qui n'avaient pas eu d'enfants et aux jeunes femmes, donc de mon âge en particulier, donc je ne savais pas si c'était possible. »*

3. Discussion

3.1. Biais de l'étude

3.1.1 Biais internes : liés aux chercheurs

Il s'agissait, pour l'enquêtrice, d'un premier travail en recherche qualitative ; l'expérience pour les entretiens était donc limitée. Les patientes étaient informées du statut d'interne de médecine générale en fin de formation de l'enquêtrice, ce qui a pu influencer leurs discours. Pour limiter ce biais et maintenir une neutralité, les entretiens ont été réalisés hors des structures médicales, chez les patientes ou chez l'enquêtrice, hormis les deux premiers entretiens qui ont été réalisés dans les locaux du SSU. Lors des entretiens, une attitude la plus neutre possible a été recherchée pour que les patientes ne se sentent pas jugées et des questions ouvertes ont été formulées pour ne pas influencer les réponses. Le fait de réaliser un entretien enregistré avec une personne inconnue constitue un biais en soi : il n'est pas toujours évident d'être à l'aise et d'exprimer totalement sa pensée à l'autre.

3.1.2 Biais externes : liés au recrutement des patientes

Nous avons recruté les patientes par le biais de gynécologues, médecins généralistes et d'une sage-femme posant des DIU aux femmes nullipares et qui étaient donc sensibilisés au sujet et formés à la pose de DIU. Par conséquent, les femmes ont pu avoir un parcours et des prises en charge facilités, ce qui peut créer une limite dans notre étude.

3.1.3 Biais externes : liés aux patientes

Le fait que les patientes aient accepté de participer à notre étude montre qu'elles se sentent concernées et motivées par ce sujet ; ce qui peut créer un biais de diversité. Nous pouvons nous

demander pourquoi elles ont accepté de parler d'un sujet plutôt personnel : l'intérêt, la politesse, une envie d'aider la recherche, un besoin de parler, une envie d'exprimer des mécontentements ou des convictions. Certaines femmes ont apprécié le choix de notre sujet car elles estimaient ce sujet important et intéressant.

3.1.4 Biais d'interprétation : liés à l'analyse d'entretien

Dans une recherche qualitative, le biais d'interprétation peut être limité, afin d'éviter la subjectivité, en effectuant un double codage (deux chercheurs effectuent le codage indépendamment) et une triangulation des données ou des méthodes (en comparant les résultats obtenus avec les résultats issus d'autres études ou d'autres enquêteurs). Le double codage et la triangulation des données ont été effectués par l'investigatrice et la directrice de thèse.

3.1.5 Biais d'échantillonnage

L'échantillon est constitué d'une majorité de femmes vivant en milieu urbain et titulaires d'un baccalauréat, ce qui aurait dû être corrigé par la recherche de nouvelles participantes. La saturation des données à 16 entretiens n'a pas permis de prendre en compte ce biais assez tôt dans le travail de recherche.

3.2 Analyse des résultats

3.2.1. Remise en question de la contraception hormonale

Les femmes ont tendance à rejeter les contraceptions hormonales pour revenir à des contraceptions dites « naturelles ». Elles souhaitent avoir un cycle naturel et physiologique qui ne soit pas régulé par l'apport d'hormones exogènes. Elles veulent maîtriser leur fertilité sans

« l’emprise » des hormones. Elles ne veulent plus « subir » les effets indésirables des contraceptions hormonales, ni les risques potentiels des contraceptifs hormonaux tels que le cancer du sein ou les maladies thromboemboliques veineuses. De plus, elles souhaitent une contraception avec laquelle elles pensent pouvoir retrouver une fertilité immédiate après l’arrêt de celle-ci.

On retrouve dans la littérature les mêmes déterminants de choix du DIU au cuivre que ceux cités par les femmes de notre étude. Une étude mixte, qualitative et quantitative a été menée auprès de femmes nullipares pour comprendre leur motivation quant au choix d’un DIU au cuivre. Le sujet principal révélé par les entretiens était le souhait d’éviter la contraception hormonale et le facteur de motivation principal révélé par l’enquête quantitative était d’éviter les effets secondaires liés à la contraception hormonale (10).

De même, une grande enquête belge sur la contraception, menée sur internet en 2017, confirme nos résultats. L’enquête a porté sur 4607 réponses à un questionnaire. Elle indique que les trois raisons principales aux freins de l’utilisation d’une contraception sont : les effets secondaires, l’effet nocif pour la santé et le côté non naturel de la contraception. La présence d’effets secondaires est la première cause de non-utilisation des contraceptifs ; alors que le prix était la raison la plus évoquée en 2010 (11).

Dans notre étude, les trois effets indésirables de la contraception hormonale les plus cités par les femmes sont : la baisse de la libido, la baisse de moral et la prise de poids.

Les femmes se sont souvent plaintes d’une baisse de libido qu’elles attribuaient à leur contraception hormonale, la pilule le plus souvent, et qui se régularisait après l’arrêt de celle-ci. Plusieurs études montrent que les contraceptions hormonales peuvent influencer la libido

des femmes. Une étude menée sur 1100 femmes a comparé les relations sexuelles des femmes utilisant une contraception hormonale avec des femmes sans contraception hormonale. L'étude montre que les femmes avec une contraception hormonale ont moins de rapports sexuels, de désir sexuel, de plaisir, d'orgasme et de lubrification (12). Fin 2017, le centre de pharmacovigilance de l'OMS (Organisation Mondiale pour la Santé) a relevé 694 notifications de perte totale de la libido imputée à des contraceptions hormonales. La diminution de la libido est mentionnée dans 1743 notifications, contre 55 pour l'augmentation de la libido imputable à des contraceptions hormonales (13). Une grande étude appelée CHOICE project, a été menée dans la région de St Louis aux États-Unis, sur 9 000 femmes âgées de 14 à 45 ans. Elle consistait à analyser le choix des femmes en matière de contraception. Une partie de cette étude portant sur 1 938 femmes, s'est intéressée aux effets des contraceptions hormonales sur le désir sexuel. Les résultats de l'étude montrent que les utilisatrices de l'anneau vaginal, de l'implant et des progestatifs injectables ont une diminution de la libido significativement supérieure aux utilisatrices du DIU au cuivre. Toutefois, le lien entre la baisse de la libido et l'utilisation du DIU hormonal, de la pilule contraceptive et du patch n'a pas été établi (14).

En ce qui concerne la modification de l'humeur, une étude de cohorte danoise portant sur 500 000 femmes, âgées de 15 à 33 ans et suivies pendant 8,3 années en moyenne, a montré que comparées aux femmes qui n'ont jamais pris de contraceptif hormonal, les femmes avec une contraception hormonale, orale ou autre, progestative ou oestroprogestative, ont un risque 3 fois plus élevé de suicide et 2 fois plus élevé de tentative de suicide (15). Le risque relatif de première tentative de suicide est plus élevé chez les femmes jeunes de 15 à 19 ans (15). De même, l'association entre l'utilisation d'un contraceptif hormonal et une dépression est plus marquée chez les adolescentes (16) (17). Cependant, d'autres études ne retrouvent pas de différences significatives dans la survenue d'une dépression, entre le groupe placebo et le

groupe d'utilisatrices de contraceptions hormonales (18) (19). Une revue de la littérature de 2012 montre que l'association entre l'utilisation des contraceptions hormonales et l'apparition ou l'aggravation d'une dépression n'est pas claire (20).

Le troisième effet indésirable lié aux contraceptions hormonales, rapporté par les femmes de l'étude, est la prise de poids. Les résultats de la Cochrane Database de 2014, portant sur l'effet des contraceptifs combinés sur le poids, ne retrouvent pas de preuves significatives entre la prise de poids et l'utilisation de contraception oestroprogestative (21). De même, une étude Cochrane de 2016 ne met pas en évidence de différence significative dans la prise de poids entre les utilisatrices de contraceptions progestatives (pilule, implant, DIU au lévonorgestrel) et celles utilisant une contraception non hormonale (22). Le collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) indique, en 2018, que les contraceptions hormonales ne sont pas associées à une prise de poids. Cependant, ils informent que l'utilisation de l'implant sous-cutané à l'étonogestrel pourrait augmenter modérément le risque de prise de poids sans que celle-ci soit systématique. Ils recommandent, en cas de prise de poids importante, d'effectuer un bilan médical complet pour rechercher une autre cause (23).

Néanmoins, la modification de la libido et de l'humeur (incluant la dépression) et la prise de poids sont mentionnées comme étant des effets indésirables fréquents dans les résumés des caractéristiques et notices pour les utilisatrices des contraceptions hormonales classiques telles que Minidril®, Leeloo® ou Nexplanon® (24) (25) (26). Au vu de ces données, en cas de prise de poids et/ou de troubles de l'humeur ou de la libido chez une femme utilisant une contraception hormonale, le professionnel de santé pourrait évoquer le rôle de la contraception hormonale.

D'autre part, les femmes de notre étude ont exprimé la peur de développer un cancer du sein en utilisant des contraceptifs hormonaux. En 2017, une étude de cohorte portant sur 1,8 million de femmes suivies pendant 10,9 années a montré que les utilisatrices de contraception hormonale (oestroprogestative ou progestative, pilule ou autre) ont 20% plus de risque de développer un cancer du sein invasif que les femmes n'ayant jamais eu recours à une contraception hormonale (27). Le risque augmente avec la durée d'exposition. Cependant, le surrisque est plus important chez les femmes âgées de plus de 40 ans et pour une durée d'exposition supérieure à 10 ans (27). Ce surrisque est contrebalancé par une diminution du risque de cancer de l'endomètre et de l'ovaire chez les utilisatrices de contraceptif hormonal, mais les femmes de notre étude ne semblaient pas connaître cette information. Il semblerait important d'informer les femmes du risque de cancer du sein mais aussi de l'effet protecteur des contraceptions hormonales sur les cancers de l'endomètre et de l'ovaire.

Certaines femmes n'ont plus confiance dans les contraceptions hormonales et notamment depuis les scandales des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations. Elles connaissent le risque de maladie thrombo-embolique veineuse avec certaines contraceptions hormonales et ne veulent pas prendre de risque pour leur santé. Elles n'ont plus confiance dans les hormones en général, sans différencier les hormones oestroprogestatives et progestatives. On sait que ce risque thromboembolique veineux existe, il est maximum durant la première année d'utilisation de la pilule oestroprogestative puis il décroît tout en restant supérieur à celui des non-utilisatrices de pilule oestroprogestative. Le risque de maladie thromboembolique veineuse est 3 à 6 fois supérieur chez les premières utilisatrices de contraception oestroprogestative (COP) par rapport aux non-utilisatrices (28). Ce risque est supérieur chez les femmes employant une pilule de 3^{ème} génération : le risque passe de 3,8 événements pour 100 000 années-femmes en l'absence de

COP à 16 pour 100 000 années-femmes avec les pilules de 2^{ème} génération et à 29 pour 100 000 années-femmes avec celles de 3^{ème} génération (29).

À la suite du scandale sur les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations fin 2012, début 2013, une femme sur cinq a changé de contraception. On a pu observer une baisse de l'utilisation de la pilule, passant de 45% à 40% entre 2010 et 2013 et de 40% à 36,5% entre 2013 et 2016. Le taux d'utilisation des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations est passé de 40% à 25% des pilules utilisées entre 2010 et 2013, sans transfert vers les pilules de 2^{ème} génération dont le taux d'utilisation est resté stable (6). Parallèlement, on a pu observer une augmentation de l'utilisation du DIU, du préservatif et des méthodes dites naturelles que sont le retrait et l'abstinence périodique. Ce scandale a été très médiatisé en France: plus de deux tiers des femmes et plus de la moitié des hommes disent en avoir entendu parler (6). Il a participé à la remise en cause de la contraception hormonale, les femmes se sont alors tournées vers des contraceptions qu'elles pensaient plus saines et moins dangereuses pour leur santé. Entre 2010 et 2016, l'utilisation du DIU est passée de 18,7% à 25,6%, celle du préservatif de 10,8% à 15,5% et celle des méthodes naturelles de 4,7% à 6% entre 2010 et 2013 puis de 6% à 4,6% entre 2013 et 2016 (6). Ce sont les femmes les plus diplômées (BAC+4) qui ont délaissé les pilules au profit du DIU. Les femmes sans aucun diplôme se sont tournées vers les méthodes les moins efficaces (retrait et abstinence périodique) et celles avec CAP ou un BEP ont opté pour le préservatif (6).

Les effets indésirables, les risques de maladies thromboemboliques veineuses et de cancer du sein ne sont pas les seules raisons de ce rejet des contraceptions hormonales. Les femmes de notre étude ont exprimé la crainte d'une infertilité prolongée après l'arrêt des contraceptions hormonales. Elles se tournaient vers le DIU au cuivre lorsqu'elles avaient un projet de grossesse à moyen ou long terme pour retrouver une fertilité optimale immédiatement après le retrait du DIU. Elles pensent qu'après l'arrêt de la pilule, la fertilité met plusieurs mois, voire années pour

revenir à l'état antérieur à la prise de la contraception hormonale. Cependant, plusieurs études montrent qu'il n'y a pas de risque d'infertilité avec l'utilisation des contraceptions hormonales. Une étude prospective sur 8497 couples a montré que 74% d'entre eux ont conçu un enfant en moins de 6 mois après l'arrêt de la contraception hormonale, 14% entre 6 et 12 mois et 12% après un an (30). Ces résultats correspondent à la moyenne des couples ne souffrant pas d'infertilité. De plus, l'étude montre que l'usage prolongé d'une contraception orale supérieure à 5 ans est associé à une conception plus précoce après l'arrêt de la contraception (inférieure à un an) (30). De même, une étude menée sur 60 000 femmes, dans le cadre du programme européen de surveillance active sur les contraceptifs oraux, montre qu'il n'y a pas de risque d'une baisse de la fertilité après l'utilisation de contraception hormonale, quelle que soit la durée de prise (31). L'HAS précise que le retour à la fécondité est immédiat après toutes les méthodes contraceptives sauf les progestatifs injectables (retour de la fécondité entre 6 et 10 mois après la dernière injection) et les méthodes de stérilisation (disparition irréversible de la fécondité) (32). Il ne semble donc pas nécessaire de s'inquiéter d'une éventuelle baisse de la fertilité après l'arrêt des contraceptions hormonales ; les professionnels de santé peuvent rassurer leurs patientes à ce sujet.

3.2.2. Souhait d'une contraception dite « libératrice »

Les femmes de notre étude souhaitent une contraception facile d'utilisation, pratique, leur permettant d'avoir « l'esprit libre » et de ne plus être obligées de penser à leur contraception au quotidien. Elles veulent une contraception efficace, dans laquelle elles peuvent avoir confiance, pour se sentir en sécurité, ne pas être stressées par les risques d'oubli et donc par le risque de grossesse non désirée. Elles ne veulent plus être constamment préoccupées par leur contraception, elles souhaitent se libérer des contraintes que celle-ci représente. Elles apprécient le fait que le DIU soit en place pour 5 ans, elles le trouvent confortable, elles ne le « sentent »

pas. Et enfin, elles souhaitent que leur contraception soit remboursée, mais cet aspect n'a été retrouvé que deux fois dans notre étude. Les femmes avaient majoritairement eu une pilule comme contraception antérieure au DIU. Or, les pilules de 1^{ère} et 2^{ème} générations sont remboursées par la sécurité sociale et représentent 79% des ventes de pilule, contrairement aux pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations qui ne sont pas remboursées et qui représentent seulement 21% des ventes de pilule (7). Les femmes de l'étude utilisaient principalement une pilule remboursée avant d'accéder au DIU, le prix n'était donc pas un argument majeur dans le choix de leur contraception.

Le souhait d'une contraception facile d'utilisation est retrouvé dans la littérature. Dans une étude menée dans huit pays différents, auprès de 5120 femmes utilisant une contraception hormonale (la pilule dans 70% des cas), 81% des femmes envisageraient de changer de contraception pour une méthode plus simple, ne nécessitant pas une prise régulière (33).

De même, dans une étude française de 2014 étudiant la sexualité et le choix du mode contraceptif chez 153 femmes, la méthode de contraception choisie était la plus facile d'utilisation pour 48% des femmes, la plus adaptée au mode de vie pour 37%, celle en laquelle elles avaient confiance pour 27%, celle avec le moins d'effets secondaires pour 20%, la plus adaptée à la sexualité pour 15%, celle leur permettant des rapports sexuels plus sereins pour 13 % et enfin, celle qui paraissait efficace pour seulement 9%.

De plus, les femmes veulent une contraception qui améliore leur sexualité. Le DIU leur permet d'avoir des rapports sexuels pendant lesquels elles ne pensent pas au risque d'oubli de la pilule et donc au risque de grossesse potentiel, elles se sentent en sécurité et elles peuvent avoir des rapports en toute sérénité.

Nous avons pu observer que les patientes de l'étude ne veulent pas utiliser le préservatif car elles trouvent que les rapports sont changés, ils sont moins spontanés, moins agréables, et le coût d'utilisation peut être élevé au long cours. Une étude montre, en effet, qu'il existe une baisse du plaisir sexuel en utilisant des préservatifs (34). Elles veulent donc une contraception qui leur permette de se sentir en sécurité par rapport au risque de grossesse, qui ne baisse pas la libido et qui ne change pas les rapports sexuels. Pour autant, les femmes de l'étude savent que le DIU ne les protège pas des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et que le préservatif est indispensable pour s'en protéger. En France, l'utilisation du préservatif s'est généralisée : lors du premier rapport sexuel, 87,6 % des femmes et 84,2% des hommes utilisent un préservatif (35). Les femmes de l'étude connaissent la plupart des IST existantes, y compris l'infection par *Chlamydiae trachomatis* mais elles ne font pas le lien entre le risque de cette infection et le fait d'être porteuse d'un DIU. Cependant, elles avaient majoritairement eu un dépistage des IST dont les bactéries *Chlamydiae trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae* avant la pose du DIU. Dans sa thèse sur l'évaluation des connaissances sur les IST des adolescents, Sophie Tortuyaux-Juliac montre que le VIH est une IST pour 90,4% des élèves, l'herpès génital pour 66,2%, la syphilis pour 64,3%, les chlamydiae pour seulement 18% et enfin le gonocoque pour seulement 15,1% (36). Pourtant, l'infection par *Chlamydiae trachomatis* est l'IST bactérienne la plus fréquente chez la femme et concerne principalement la population sexuellement active de 15 à 24ans (37) (38). C'est pourquoi l'HAS recommande d'effectuer avant la pose d'un DIU, un dépistage systématique des femmes sexuellement actives de 15 à 25 ans et des femmes de plus de 25 ans présentant des facteurs de risque (39).

Pour les femmes de notre étude, le DIU au cuivre représente la seule contraception possible, dans le sens où c'est « *la seule contraception sans hormone qui soit efficace* ». En effet, elles ont confiance en cette contraception, elles savent qu'un risque de grossesse existe mais qu'il

est faible. L'indice de Pearl (indice théorique du taux de grossesses non désirées pour 100 femmes pendant la première année d'utilisation correcte et régulière de leur méthode contraceptive), basé sur les données de l'OMS (ANNEXE VI), est de 0,6 en efficacité théorique et 0,8 en efficacité pratique pour le DIU au cuivre, 0,2 en efficacité théorique et pratique pour le DIU hormonal, 0,3 en efficacité théorique et 8 en efficacité pratique pour la pilule et 20 en efficacité pratique pour les méthodes dites naturelles de retrait ou de l'abstinence périodique (40). L'indice de Pearl en efficacité pratique passe donc de 0,8 pour le DIU au cuivre à 8 pour la pilule, ce qui constitue une différence importante. Cependant, ces calculs d'indices sont basés sur des études menées principalement aux États-Unis et anciennes, la plupart datant des années 1990 (41). Or, les pratiques contraceptives et l'âge des femmes accédant aux contraceptions ont changé. En Europe, une étude prospective de 2015 a suivi 17497 femmes avec un DIU au cuivre : 92 d'entre elles sont tombées enceintes dans l'année suivant la pose du DIU, ce qui correspond à un indice de Pearl de 0,52. Cependant dans cette étude, les femmes étaient âgées en moyenne de 33 ans et seulement 12% d'entre elles étaient nullipares (42). Dans le cadre du projet CHOICE aux États-Unis, une étude de cohorte a été menée entre 2007 et 2011 sur 7486 femmes pour comparer l'efficacité des contraceptions réversibles de longue durée d'action par rapport aux autres contraceptions. Les résultats montrent que le taux de grossesses non désirées pour 100 femmes sur une année d'utilisation est de 4,55 pour la pilule, le patch ou l'anneau vaginal et de 0,27 pour les contraceptions réversibles de longue durée d'action (DIU et implant) (43). L'étude montre que les femmes de moins de 21 ans utilisant une pilule, patch ou anneau ont deux fois plus de risque d'une grossesse non désirée que les femmes plus âgées (43). Concernant les contraceptions réversibles de longue durée d'action, l'âge ne modifiait pas le risque de grossesses non désirées (43). L'OMS considère qu'une méthode de contraception est très efficace si l'indice de Pearl est inférieur à 1 et efficace s'il est compris entre 1 et 9 (44). Le

DIU au cuivre fait donc partie des contraceptions très efficaces, y compris chez les femmes jeunes et nullipares.

Si on informe les patientes concernant toutes les contraceptions existantes et qu'on leur laisse le choix, elles choisissent, dans la grande majorité des cas, une contraception de longue durée d'action. L'étude CHOICE project consistait à informer les femmes sur les contraceptions existantes et à leur délivrer, de façon gratuite, pendant 2 à 3 ans, celle qu'elles avaient choisie : 75% des femmes ont choisi une contraception de longue durée d'action alors que seulement 19% d'entre elles ont choisi la pilule. Les femmes de 18 à 20 ans ont choisi le DIU dans 61,4% des cas (45). Une autre étude, menée aux États-Unis sur 252 femmes âgées de 14 à 27 ans, dont 84% de femmes nullipares, montre que 55% d'entre elles n'ont pas entendu parler du DIU et seulement 27% des femmes nullipares qui ont entendu parler du DIU ont eu l'information par un centre de santé. L'étude montre que les femmes ayant entendu parler du DIU sont 2,7 fois plus intéressées par cette contraception (46). Si on informe les jeunes femmes nullipares des contraceptions de longue durée d'action, tel que le DIU, et qu'on leur propose ces contraceptions, elles les choisiront en grande majorité. Pourtant en France, chez les femmes de 15 à 29 ans, seulement 23,7% utilisent un DIU (1).

Au vu des données de la littérature, la contraception intra-utérine est efficace et désirée des femmes nullipares informées à son sujet.

Le DIU ne pourrait-il pas être une des solutions pour baisser le nombre de grossesses non désirées et donc d'IVG ?

Car, malgré l'augmentation des contraceptions disponibles en France, le nombre d'IVG est stable depuis les années 2000, aux alentours de 220 000 par an et représente un enjeu majeur de santé publique (2). Environ un tiers des femmes y ont recours au moins une fois dans leur

vie (3). Pourtant, le taux de couverture contraceptive est élevé en France, parmi les femmes concernées par la contraception, seulement 8 % déclarent ne pas utiliser de contraception pour éviter une grossesse (2,3% chez les moins de 20 ans et 19,1% chez les 45-49 ans) (1). L'HAS précise qu'un tiers des grossesses ne sont pas prévues et que 2/3 des grossesses non prévues surviennent sous contraception (47). On estime que 23% des IVG concernent des femmes sous pilule et que 6 fois sur 10 la grossesse est due à un oubli (4). La pilule est la contraception la plus utilisée en France, 36,5% des femmes concernées par la contraception et 60% des 15-25 ans l'utilisent. La période de transition contraceptive est une période à risque d'échec de la contraception : en 2004, une femme sur deux avait changé de contraception dans les six mois précédant le rapport ayant conduit à l'IVG (48). Le taux le plus élevé d'IVG concerne les femmes âgées de 18 à 25 ans, deux tiers des IVG pratiquées en France concernent les moins de 30 ans et un cinquième des femmes ayant recours à l'IVG sont étudiantes (3).

Ces jeunes femmes, parfois étudiantes, rentrent pour la plupart dans la vie sexuelle active, elles ont besoin d'une contraception efficace et pratique qui s'adapte à leur nouveau mode de vie, leur budget, leur vie sociale, affective et sexuelle. Il semble donc important d'apporter une attention particulière à ces jeunes femmes, concernant la contraception pour éviter des grossesses non désirées.

Il existe une disparité entre les taux d'IVG des pays d'Europe. Par exemple, ces taux sont plus élevés en France qu'en Hollande et en Suisse. Le taux annuel d'IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans en 2015 est de 5,3 en Suisse, 8,6 en Hollande et 14,9 en France (49) (50) (2). Dans leur livre, Brigitte Letombe, Sophie Marinopoulos, et Israël Nissand suggèrent que la mise en place de programmes d'éducation à la vie affective et sexuelle dès l'école primaire dans ces deux pays peut être une des explications à leur taux plus faible d'IVG (51) (52).

3.2.3. Prise en charge active et indépendante de la contraception

Au cours de notre étude, nous avons remarqué que les femmes participent activement dans le choix de leur contraception. Pour elles, la contraception est avant tout une démarche personnelle. En premier lieu, elles se renseignent sur la contraception indépendamment de tout cadre médical, à travers des sites internet, des forums, des blogs et auprès de leurs amies et de leur famille. Dans un second temps, elles consultent un professionnel de santé, pour avoir des informations supplémentaires, pour être rassurées sur certains points, comme la possibilité d'accéder au DIU pour une femme nullipare et pour se faire prescrire la contraception choisie. Le professionnel de santé informe, il rassure la patiente, prescrit la contraception qu'elle a choisie et réalise le geste technique. Il ne décide pas à la place de la patiente mais l'informe sur les différents aspects des contraceptions pour qu'elle choisisse celle qui lui correspond le mieux. D'autres études montrent que le professionnel de santé n'est pas la première source d'information. Plusieurs études citent comme principales sources d'information : les médias, les amis, la famille, le milieu scolaire puis les professionnels de santé (53) (54) (55).

Les femmes ont plus de connaissances sur les contraceptions grâce aux nouveaux moyens de communication, à travers internet principalement, mais aussi grâce à la libération de la parole sur la sexualité. Elles connaissent les scandales sanitaires, que ce soit ceux des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations, des débats à propos du Mirena®, des implants Essure®, d'Androcur® ou de Diane 35®. Elles se créent leur propre opinion sur chaque scandale sanitaire, mais aussi sur chaque contraception. Elles accèdent à une connaissance importante qui leur permet de décider seules de leur contraception.

Mais cet accès facilité à l'information n'est pas toujours bénéfique pour les femmes. Les informations trouvées sur internet peuvent diverger d'une source à l'autre. Plusieurs femmes ont cité le site internet du gouvernement « choisirsacontraception.fr » ainsi qu'un autre site

« madmoizelle.com ». Certaines d'entre elles s'informent sur des forums de discussion dans lesquels on peut trouver de fausses informations et des idées reçues. Dans ces forums, les femmes ont tendance à relater principalement leurs mauvaises expériences ou des idées reçues comme les risques de stérilité et de Grossesse Extra-Utérine (GEU) et le fait que le stérilet soit interdit aux femmes nullipares. Par exemple, une femme de notre étude était persuadée que le DIU était contre indiqué aux femmes nullipares car elle avait lu cette information sur des forums et des blogs. Elle a attendu plusieurs années avant de demander conseil à un professionnel de santé.

Au cours de notre étude, nous avons pu observer que les femmes avaient peu de connaissances sur la localisation et le fonctionnement du DIU ainsi que sur l'anatomie féminine en général. Elles savent que le DIU se situe dans « le bas de leur ventre » mais elles ne le localisent pas avec précision. Peu de femmes ont décrit avec exactitude le fonctionnement du DIU au cuivre mais la plupart ont qualifié le cuivre de « spermicide naturel ». Dans son mémoire, sur la connaissance de la contraception intra-utérine des étudiantes nullipares, Mathilde Sivet montre que plus de la moitié des étudiantes (56,1%) pensent que le DIU se met dans le col de l'utérus et que 44% d'entre elles pensent qu'il agit en bloquant l'ovulation (55). Ces résultats concordent avec le travail de thèse de Louise Jugnon Formentin, qui retrouve un niveau de connaissance non satisfaisant des femmes sur leur anatomie génitale (56). L'étude montre que l'éducation sexuelle scolaire en France semble insuffisante et que les femmes souhaitent recevoir par leur médecin généraliste des informations fiables sur le sujet et un accompagnement adapté (56).

Les femmes aiment se sentir libres, indépendantes et actrices dans la prise en charge de leur contraception. Elles refusent qu'on leur dicte la marche à suivre, elles souhaitent une contraception qui soit en accord avec leur corps et leurs opinions. Les femmes informées ont le

pouvoir de choisir leur contraception : une contraception choisie et voulue sera mieux tolérée et poursuivie. Les femmes de l'étude ont parfois eu l'impression que certains professionnels de santé ne leur avaient pas laissé le choix de la contraception prescrite. Pourtant, en 2007, l'INPES et le ministère de la Santé lancent une campagne à destination du grand public et des professionnels de santé intitulée « choisir sa contraception ». À travers des moyens de communication (spots publicitaires, site choisirsacontraception.fr, affiches, brochures...), ils expliquent qu'une contraception efficace est une contraception choisie et adaptée à chaque situation personnelle. Ils délivrent un message simple et direct : « la meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit ». Avec cette campagne, ils souhaitent faire connaître la diversité des méthodes contraceptives et rappellent qu'en cas d'oubli de pilule, d'autres modes de contraception peuvent être envisagés. Cette campagne a aussi pour but d'aider les professionnels de santé à mieux prendre en charge la question de la contraception en consultation. Des documents sont mis à leur disposition : fiche synthèse sur « la contraception : comment mieux la personnaliser » intégrant des chiffres clés, des repères et des ressources disponibles, ainsi qu'une carte « que faire en cas d'oubli de pilule ? » que les professionnels de santé peuvent remettre à leurs patientes (57). L'OMS insiste sur l'importance de procéder à un bon « counseling » en ayant une démarche de conseil et d'accompagnement et propose un déroulement de la consultation et du suivi en 6 étapes, c'est le modèle BERCER : Bienvenue (temps d'accueil), Entretien (recueil d'informations et élaboration d'un bilan éducatif partagé), Renseignement (délivrance d'une information claire, hiérarchisée et sur mesure), Choix (la décision finale appartient à la patiente), Explication (discussion autour de la méthode choisie et de son emploi) et Retour (réévaluer la méthode et son utilisation, vérifier qu'elle est adaptée) (58).

Dans notre étude, la demande de DIU vient des femmes ; les professionnels de santé ne leur ont pas spontanément proposé cette contraception. C'est parce que les femmes leur ont demandé que les professionnels de santé les ont informées sur le DIU. Dans sa thèse sur les pratiques des médecins généralistes concernant le DIU chez les femmes nullipares, Élise Reynier met en évidence que 76% des médecins généralistes ne proposent pas spontanément le DIU aux femmes nullipares (59). De plus, ils sont seulement 27% à être favorables au principe de poser un DIU chez une nullipare et 43% à y être favorables en seconde intention seulement (59). Le DIU apparaît donc comme une méthode de seconde intention chez la femme nullipare, pourtant il est autorisé dans cette population depuis 2004 et l'HAS rappelle, en 2013, que le DIU au cuivre est une contraception de première intention quelle que soit la parité (5).

Une grande majorité des femmes de l'étude savaient que la pose de DIU était possible chez les femmes nullipares ; pour elles, « *c'est assez rassuré que le stérilet, on peut le mettre sans avoir eu d'enfant* ». De plus, pour elles, le mot « stérilet » n'a aucune connotation avec le mot stérile. Elles savent que le mot « stérilet » a été changé par « DIU » pour éviter cet amalgame mais elles utilisent néanmoins le mot « stérilet » car c'est pour elles le nom commun, habituel. Le « DIU » reste un acronyme scientifique qu'elles n'ont pas l'habitude d'utiliser. Elles n'ont pas peur d'un risque éventuel de stérilité avec le DIU. D'ailleurs, les études confirment bien que le DIU n'altère pas la fertilité. Une revue de la littérature faite en 2011 a analysé 17 études et a conclu que les taux de grossesses après un an d'arrêt d'une contraception orale, d'un implant, d'un DIU au cuivre ou au Lévonorgestrel étaient similaires aux taux de grossesses des femmes utilisant des méthodes barrières ou n'utilisant pas de contraception (60). Une étude menée en 2015, dans le cadre du projet CHOICE aux États-Unis, a recruté des femmes âgées de 18 à 35 ans qui ont stoppé leur contraception pour un désir de grossesse. Ils n'ont pas trouvé

de différences dans les taux de grossesses à un an entre les femmes ayant porté un DIU au cuivre et celles utilisant une autre contraception (61).

Plusieurs études montrent que les femmes d'aujourd'hui savent que le DIU est possible chez les femmes nullipares et qu'il n'y a pas de risque d'infertilité. Dans son mémoire sur les idées reçues du stérilet chez la nullipare en 2016, Anaïs Didot met en évidence que la grande majorité des femmes savent que le stérilet est possible chez la femme nullipare (84%), et qu'il ne rend pas stérile (64%) (62). La thèse d'Anne-Laure Chanzy Waroquet, menée auprès de 189 femmes nullipares en 2013, montre que 82% des femmes savent que le stérilet peut être posé chez les nullipares et 75.7% ont répondu que le stérilet n'augmente pas le risque de stérilité (63). Ces résultats sont plus élevés que dans des études plus anciennes. Dans sa thèse, en 2012, Fanny Roussel Bureau montre que 62 % des femmes savent qu'on peut poser un DIU chez une femme nullipare et 59% d'entre elles pensent qu'il n'y a pas plus de difficultés à concevoir un enfant après avoir eu un DIU (53). Dans l'enquête Fécond de 2010, 46% des femmes seulement pensent que le DIU est possible chez les femmes nullipares (64). De même, dans l'enquête BVA de 2007, la moitié des Français pensent que l'on ne peut pas utiliser de stérilet si on n'a pas eu d'enfant (65). On note donc une évolution dans la représentation et les connaissances des femmes sur le DIU ces dernières années. Cela peut être la conséquence d'un discours différent des professionnels de santé, qui sont plus nombreux à proposer le DIU aux femmes nullipares, à la circulation des informations via internet et enfin par les cours d'éducation sexuelle dans les établissements scolaires.

3.2.4. Détermination forte malgré certains obstacles

Les femmes sont déterminées à accéder à une contraception qu'elles ont choisie et qui leur convient. Même devant les préjugés de leur famille, elles sont sûres de leur choix et elles n'y renoncent pas.

Certains préjugés concernant le DIU chez les femmes nullipares persistent dans l'imaginaire collectif. Les préjugés les plus fréquents sont l'interdiction de poser le DIU chez les femmes nullipares et les risques de stérilité et de GEU. Les femmes sont parfois considérées comme inconscientes, elles prennent des risques : « *mais non, tu vas être stérile, c'est dangereux !* ». Mais elles étaient sûres de leur choix ; devant les doutes et réticences exprimés par leur entourage, elles n'ont pas hésité à réaffirmer leur décision. Cependant, les femmes de notre étude étaient des jeunes femmes diplômées, bien informées et donc peut-être plus sûres d'elles. Il est compréhensible que certaines femmes renoncent à l'idée d'accéder au DIU devant les obstacles qu'elles rencontrent. Car il semble, encore aujourd'hui, que l'accès des femmes nullipares au DIU ne soit pas aussi simple qu'on pourrait le croire.

Dans leur thèse, en 2015, Chloé Rieu et Marie Sibel qualifient l'accès au DIU par les femmes nullipares d'un parcours du combattant, elles doivent franchir plusieurs étapes : l'accès à l'information, les préjugés et idées reçues et les refus des professionnels de santé (66).

Selon une étude de 2014, les 3 raisons principales des professionnels de santé français de ne pas poser de DIU chez les femmes sont : la nulliparité (57%), le risque de Maladie Inflammatoire Pelvienne (MIP) (51%) et la modification des règles (38%). La crainte des professionnels de santé de poser des DIU chez les femmes nullipares est justifiée par la peur des MIP (64%), la difficulté d'insertion (61%), la pose douloureuse (39%) et le risque d'infertilité (29%) (67). Pourtant, l'OMS classe l'utilisation du DIU chez les femmes nullipares en catégorie 2 (les avantages l'emportent sur les risques) (68). La HAS énonce également

certain freins à la prescription de contraception chez les jeunes femmes : la non-reconnaissance sociale de la sexualité des adolescentes, la norme sociale sur le « temps fertile prescrit » qui se situe entre 25 et 40 ans environ et les préjugés sur la fréquence des rapports et la sexualité des jeunes femmes (47).

Du fait de l'évolution du système de soin avec la diminution du nombre de gynécologues et la répartition inégale sur le territoire, les médecins généralistes sont de plus en plus sollicités pour les questions de contraception et de gynécologie en général (47). La profession médicale se féminise et il semble que les jeunes médecins et les médecins femmes soient plus enclins à proposer et à poser le DIU aux femmes nullipares (59). De plus, les sages-femmes sont autorisées à poser des DIU depuis 2009. Ces éléments permettront probablement de diminuer les préjugés des femmes et des professionnels de santé et ainsi de favoriser l'accessibilité du DIU aux femmes nullipares.

Mais la pose de DIU demande du temps et nécessite d'avoir été formé au préalable. Même si, depuis l'instauration de l'internat, les internes de médecine générale reçoivent une formation en gynécologie, tous les médecins ne se sentent pas assez formés pour pratiquer la pose de DIU dans leur cabinet. En effet, en 2010, 29% des généralistes contre 98% des gynécologues se sentent formés pour la pose de DIU (64). De même, les femmes suivies par un gynécologue utilisent 4 fois plus le DIU que les femmes suivies par un médecin généraliste (69). La formation initiale et continue des médecins généralistes en gynécologie semble donc primordiale pour pallier le manque de gynécologues en France et pour répondre aux nouvelles demandes de contraception des femmes. Cependant, la pose de DIU est un acte compliqué et chronophage et qui peut parfois être source de malaise pour la patiente. Sa cotation pourrait être réévaluée, comme l'ont été, en 2017, celles du frottis cervico vaginal et de la première consultation de contraception. La formation des médecins généralistes et la réévaluation de l'acte permettraient

peut-être d'encourager les médecins généralistes, non seulement à informer et à prescrire le DIU, mais aussi à réaliser le geste technique et assurer le suivi des patientes. Le fait que les patientes soient suivies par un seul professionnel de santé permettrait d'instaurer une relation de confiance et d'assurer un bon « counseling » tout au long de la prise en charge.

Après avoir trouvé un professionnel de santé en mesure de proposer et de poser le DIU, les femmes passent par « l'étape » de la pose, qui est parfois douloureuse et anxiogène. Une très grande majorité des femmes de notre étude ont ressenti une forte douleur lors de la pose du DIU. C'est une douleur qu'elles « *ne connaissaient pas avant* », certaines d'entre elles ont fait un malaise vagal lors de la pose. Elles qualifient cette douleur comme intense mais rapidement résolutive. Une étude sur 109 femmes nullipares âgées de 18 à 30 ans avec un DIU, montre que 78% des femmes ont eu une douleur modérée à sévère et 46% ont eu des symptômes de malaise vagal lors de la pose du DIU. Pourtant, 75% des femmes expriment que la pose du DIU s'est très bien passée (70). Plusieurs études ont montré qu'aucun antalgique administré avant la pose du DIU ne réduit de façon significative la douleur provoquée par celle-ci, que ce soit le misoprostol, les AINS, le bloc paracervical ou encore la crème de lidocaïne (71) (72) (73). Cependant, l'HAS recommande l'administration d'antalgiques avant la pose et notamment chez la femme nullipare dans la mesure où son risque de douleur est décrit comme plus élevé que chez la femme multipare (40). Par ailleurs, plusieurs études ont mis en évidence l'importance d'instaurer un bon accompagnement avant et pendant l'insertion du DIU (relation de confiance, explications, professionnalisme, prendre le temps) pour diminuer la perception de la douleur chez la patiente. Selon ces différentes études, l'anxiété liée à la pose majore le ressenti de la douleur, il est important de procéder à un « verbal anesthésia » : réassurance, distraction lors de la pose, mise en confiance et connaissance de ses patientes pour savoir quelles informations elles souhaitent qu'on leur délivre. La présence d'une tierce personne lors de la pose aide à

réduire l'anxiété des femmes et donc la perception de la douleur (71) (74). Il semble important d'expliquer aux patientes, de façon réaliste, le déroulement de la pose et de les informer qu'une douleur peut survenir mais qu'il est difficile de prévoir l'intensité de la douleur car son niveau varie beaucoup d'une femme à l'autre.

Une fois le DIU posé, les femmes doivent parfois faire face à certains effets indésirables. Les principaux effets secondaires décrits par les femmes de notre étude sont les dysménorrhées et les ménorragies. Une étude française de 2014 portant sur la tolérance du DIU au cuivre chez les femmes nullipares, montre que les femmes ont, au cours du suivi à 1 mois, des règles plus abondantes qu'avant pour 54% et identiques pour 26% et une abondance des règles forte pour 42% et moyenne pour 42% également. Dans le suivi à 1 an, l'étude retrouve une augmentation de l'abondance des règles chez 84% des femmes, dont 75% se disent peu ou pas gênées. Une dysménorrhée est retrouvée chez 80% des femmes dont 58% sont peu ou pas gênées (75). Malgré des dysménorrhées et des ménorragies fréquentes, les femmes ne se sentent pas ou peu gênées, elles sont satisfaites de leur DIU.

Les effets secondaires sont mieux tolérés par les femmes qui ont été averties au préalable (75). Dans leur étude sur la tolérance du DIU au cuivre chez les femmes nullipares, Guicheteau C. et coll. retrouvent des taux plus élevés de continuation à 1 an (90%) que les taux retrouvés dans la littérature (de 78 à 87%). Les auteurs expliquent ce résultat grâce à un bon « counseling » (75). L'importance de ce dernier est aussi mise en évidence dans une étude qui analyse la tolérance et le taux de continuation du DIU hormonal chez des femmes nullipares. L'étude montre qu'une information préalable, claire et adaptée sur les symptômes potentiels du DIU, apportée par une équipe de planification, permet d'améliorer les taux de continuation (76). De même, l'étude de Mimoun, montre que les ménorragies sous DIU sont significativement ressenties comme plus inconfortables par les patientes qui jugent « insuffisantes » les

explications fournies par le prescripteur (77). Les femmes acceptent mieux les effets secondaires de leur contraception lorsqu'elles en ont été informées car elles ont choisi leur contraception en connaissance de cause. Dans sa thèse, Élise Reynier met en évidence que 57% des médecins généralistes pensent que le principal inconvénient du DIU chez les femmes nullipares est la mauvaise tolérance (59). Il ne faudrait pas que la crainte des professionnels de santé devienne un frein à l'accès au DIU par les femmes nullipares car les données de la littérature montrent que le DIU est très bien toléré dans cette population. De plus, l'information des patientes, le suivi et l'écoute par les professionnels de santé participent à la tolérance des effets secondaires de la contraception.

3.2.5. Vers un tournant du modèle contraceptif français ?

Les femmes de notre étude ont toutes eu une pilule comme première contraception, certaines ne s'étaient pas posé la question d'une autre contraception car elles ne connaissaient que la pilule ; d'autres ont eu le sentiment de ne pas avoir eu le choix lorsqu'elles ont consulté un professionnel de santé pour la mise en place d'une première contraception. On leur a parfois dit « *tu as des rapports, donc tu prends la pilule !* ». Elles auraient aimé qu'on les informe de toutes les contraceptions possibles, qu'on prenne le temps de détailler chaque contraception pour qu'elles puissent choisir celle qui semblait adaptée à leur rythme de vie, leur rapport au corps, leurs antécédents médicaux, leur sexualité et leur opinion personnelle. Lors des consultations de suivi, elles ont parfois signalé un inconfort avec leur contraception et un désir de changer mais elles ont l'impression de ne pas avoir été ni entendues ni comprises par le soignant.

Comme l'indique l'enquête Fécond de 2010, 2013 et 2016, le modèle contraceptif en France est figé : c'est le préservatif qui est le plus utilisé au début de l'activité sexuelle, puis la pilule

quand les femmes se mettent en couple et enfin le DIU lorsqu'elles ont eu un enfant. En effet, la pilule est le moyen de contraception le plus utilisé chez les 15-29 ans (60% des 15-24ans et 47,8% des 25-29ans), puis chez les 30-34ans, la pilule et le DIU sont utilisés de façon équivalente (33,5% pour la pilule et 31,6% pour le DIU) et enfin, chez les femmes de 35 à 50 ans c'est le DIU qui est le plus utilisé (34,6%) (1).

Mais ce modèle tend à changer, chez les jeunes femmes, l'utilisation du DIU a augmenté entre 2010 et 2016 passant de 1,6% à 4,7% chez les 20-24ans et de 6,9% à 19% chez les 25-29ans (1). De même, on constate que les ventes de DIU ont augmenté de 60% chez les 20-29ans entre 2013 et 2014 (17). En contrepartie, on constate que l'utilisation de la pilule a diminué de 10% chez les femmes de 15 à 29ans entre 2010 et 2016 (1).

Malgré ces changements et la demande des patientes, certains préjugés persistent. Dans l'enquête Fécond de 2013, 57% des femmes, 68 % des gynécologues et 85% des médecins généralistes pensent que le DIU est contre indiqué chez les femmes nullipares, 43% des gynécologues et 54% des généralistes pensent que le DIU est associé à un haut risque de GEU et 29% des gynécologues et 40% des généralistes pensent que le DIU est associé à un haut risque de MIP (69). Pourtant, l'HAS indique, en décembre 2004, que la pose du DIU chez la femme nullipare est possible, qu'il n'y a pas de risque de stérilité tubaire, que le risque de GEU est extrêmement faible et que le risque de MIP lié à la pose est essentiellement limité aux 3 semaines qui suivent l'insertion (78). Avant l'âge de 20 ans, l'OMS considère que les avantages de cette méthode de contraception l'emportent sur les risques théoriques ou avérés, mais rappelle que les risques d'expulsion chez les nullipares et les risques d'IST chez les femmes jeunes existent et que ces derniers peuvent être responsables de salpingites voir de stérilité tubaire (40).

Plusieurs études ont été menées pour évaluer le risque de GEU et de MIP chez les femmes porteuses d'un DIU. Concernant les GEU, les études montrent que le risque d'avoir une GEU en étant porteuse d'un DIU est plus faible qu'en l'absence de contraception. Le risque est de 0,2 à 2,5 GEU pour 1000 utilisatrices de DIU au cuivre pendant un an contre 1,2 à 5 GEU pour 1000 femmes sans contraception (79). La probabilité d'avoir une grossesse avec un DIU est très faible. Cependant, si une grossesse survient sous DIU, le risque qu'elle soit extra-utérine est plus élevé qu'avec une autre contraception (10 fois plus élevé selon une étude épidémiologique française) (80) (81). En résumé, le DIU prévient mieux des grossesses intra-utérines qu'extra-utérine mais le risque de GEU reste très faible du fait du risque faible de grossesse.

Concernant le risque de MIP chez les femmes utilisant un DIU, on sait que ce risque existe principalement durant les 3 semaines qui suivent l'insertion du DIU, mais qu'il est très faible. Ce risque est lié aux IST et non pas au DIU lui-même (79). L'HAS recommande de dépister les infections à *Chlamydiae trachomatis* et à *Neisseria gonorrhoea* chez les femmes avec des facteurs de risques d'IST (âge inférieur à 25 ans, nouveaux ou plusieurs partenaires sexuels, utilisations irrégulières du préservatif, antécédent d'IST) avant la pose de DIU. Aucune antibioprofylaxie n'est recommandée car son inefficacité a été prouvée (40). La nulliparité, la peur des GEU et des MIP ne devraient pas être des obstacles à la pose de DIU chez les femmes nullipares car les données scientifiques et les recommandations de l'HAS contredisent ces raisons. Il semble important, pour favoriser l'accès des femmes nullipares au DIU, que les professionnels de santé reçoivent une formation initiale et continue adaptée et conforme aux dernières recommandations.

La demande des femmes nullipares en matière de contraception évolue, elles souhaitent accéder à des contraceptions plus simples d'utilisation et adaptées à leur vie sociale et sexuelle. La

sexualité des femmes change et l'âge de la première grossesse aussi, les femmes nullipares sont plus âgées qu'il y a quelques années. En France, en 2015, l'âge moyen du premier rapport sexuel était à 17,5 ans et l'âge moyen du premier enfant à 28,5 ans (4,5 années plus tard qu'en 1974) (82) (83). La durée de nulliparité a donc considérablement augmenté en quelques années, elle est de 11 ans actuellement. Si on s'en tient au modèle contraceptif français standard, cela signifie que les femmes devront prendre la pilule durant 11ans : 11 années à ne pas oublier sa pilule et à supporter les éventuels effets secondaires. Les professionnels de santé doivent s'adapter à l'évolution de la société et aux nouvelles pratiques. La pilule n'est pas toujours adaptée aux femmes nullipares, lorsqu'elles ont une sexualité irrégulière (difficulté de prendre une contraception quotidienne lorsque le risque est irrégulier), ou lorsque le mode de vie quotidien ne permet pas la vigilance nécessaire à une prise régulière d'une contraception orale. Il est donc important d'adapter la méthode de contraception au mode de vie et aux besoins de la femme et/ou du couple.

3.2.6.Satisfaction des patientes

Les femmes de l'étude sont satisfaites de leur contraception par DIU au cuivre. Quand elles parlent de contraception avec leurs amies ou leurs sœurs, elles conseillent le DIU. Malgré certaines contraintes, comme les ménorragies, dysménorrhées et la pose douloureuse, les femmes souhaitent renouveler l'expérience et elles recommandent le DIU à leur entourage. En effet, trois femmes de notre étude ont choisi de renouveler l'expérience du DIU malgré l'expulsion de son DIU au bout de 4 ans d'utilisation pour une femme, la présence de ménorragies pour une autre et l'échec de la première pose pour une troisième femme. Ceci montre bien leur détermination et leur satisfaction dans cette contraception.

Les femmes ont exprimé la sensation de liberté et la tranquillité d'esprit acquises grâce au DIU. Elles ne pensent plus au risque de grossesse non désirée dans leur vie quotidienne et sexuelle. Le DIU est perçu comme agréable, confortable et fiable. Plusieurs études confirment la grande satisfaction des femmes nullipares dans l'utilisation du DIU au cuivre. L'étude CHOICE project, mené à Saint-Louis sur 9 000 femmes, montre que le taux de continuation du DIU au cuivre est de 85% à 1 an et 77% à 2ans, contre 59% à 1 an et 43% à 2 ans pour la pilule oestroprogestative. Le taux de satisfaction à 1an d'utilisation est de plus de 80% pour le DIU contre 54% pour la pilule oestroprogestative (45) (84). Une revue de la littérature a étudié le taux de continuation du DIU comparé aux autres méthodes de contraception chez les femmes de moins de 25ans. Cette étude montre que le taux de continuation à 1an chez les adolescentes est plus élevé avec le DIU (86,5%) qu'avec les contraceptions orales (39,6%), l'anneau vaginal (48,9%), le patch contraceptif (39,8%) et il est équivalent avec l'implant contraceptif (85,3%) (85).

Les femmes souhaitent que les professionnels de santé proposent davantage cette contraception et notamment aux femmes jeunes et nullipares. Elles n'ont souvent pas ou peu de connaissances sur le DIU lorsqu'elles sont jeunes car on ne parle pas forcément de contraception dans leur entourage, elles n'ont pas toujours eu accès aux cours d'éducation sexuelle au collège ou au lycée et parfois même si elles y ont eu accès, seuls la pilule et le préservatif ont été évoqués. Trois séances annuelles d'éducation à la vie affective et sexuelle, pour chaque tranche d'âge scolaire, sont obligatoires depuis 2001 mais malheureusement ces programmes sont très peu suivis par les établissements scolaires (86). Pourtant, ces cours pourraient permettre d'informer les jeunes sur les différentes méthodes de contraception et de casser certains préjugés.

Le médecin généraliste, lui aussi, peut aider à diminuer les préjugés sur les contraceptions et les IST en informant ses patients. Cependant, dans leurs deux thèses respectives, Merrra Potey,

Johanna Torres et Sophie Tortuyaux-Juliac s'accordent à montrer que le médecin généraliste n'est pas une source d'information prioritaire concernant la sexualité chez les adolescents (87) (36). Elles retrouvent comme principales sources d'informations, les amis, internet, les médias, la famille et le milieu scolaire, alors que le médecin généraliste est peu cité par les adolescents. Pourtant, Merrera Potey et Johanna Torres montrent que 91,6 % des adolescents souhaitent être informés et 86,4% être écoutés à ce sujet par le médecin généraliste (87). Les IST et la contraception sont les deux sujets que les jeunes souhaitent aborder en consultation (87). Le médecin généraliste a un rôle important à jouer dans la prévention et l'information des adolescents concernant la sexualité. Il est le mieux placé pour connaître son jeune patient et donc définir avec lui les connaissances qui lui manquent. En médecine générale, grâce aux consultations itératives, le médecin peut répéter certaines informations, en fonction des connaissances antérieures. De plus, à 16 ans l'adolescent choisit et déclare son médecin traitant, ce qui peut permettre la mise en place d'une relation de confiance. Il semblerait important que le médecin généraliste puisse s'impliquer dans l'éducation sexuelle, la prévention des grossesses non désirées, des IST et la prescription de contraception chez les jeunes femmes.

3.2.7. Nouvelle vision de la contraception

Les méthodes de contraception sont restées interdites en France jusque dans les années 60 par une loi créée en 1920. Le « mouvement français pour le planning familial » né en juin 1960 a comme principaux objectifs : l'information sur la sexualité, l'abrogation de la loi de 1920 et l'importation de produits contraceptifs. Les débats ont été virulents entre défenseurs et opposants à l'usage de la pilule. Le 28 décembre 1967, la loi Neuwirth autorise l'usage des contraceptifs, mais les décrets qui règlementent la fabrication et la prescription des contraceptifs ne furent appliqués qu'en 1972. Cette loi est considérée comme une véritable révolution dans

la vie sexuelle des Françaises. Elle permet aux femmes de maîtriser leur fertilité en leur offrant la possibilité de dissocier la sexualité de la procréation.

Les femmes se sont ensuite battues pour la légalisation de l'avortement. Le 5 avril 1971, sous l'impulsion du Mouvement de Libération des Femmes, le journal *Le Nouvel Observateur* publie une pétition portant 343 signatures de femmes déclarant avoir recouru à l'avortement. L'IVG étant sévèrement punie par la loi, elles prennent des risques afin de changer la législation. Elles réclament, en effet, le droit d'accéder librement à la contraception, ainsi que celui d'avorter en toute légalité. Finalement, la loi Veil du 17 janvier 1975 légalise l'IVG.

L'accès à la contraception et à l'IVG a permis aux femmes d'avoir des relations sexuelles sans risque de grossesse et ainsi de débiter une libération sexuelle des femmes.

On peut comprendre que les femmes qui ont connu cette révolution soient attachées à la pilule, elle leur a permis une liberté sexuelle, de choisir quand et combien d'enfants avoir et de dissocier la sexualité de la reproduction.

Mais les jeunes femmes d'aujourd'hui n'ont pas connu cette révolution. Ce qu'elles veulent aujourd'hui c'est se libérer de cette charge contraceptive, ne plus subir les effets indésirables de la contraception hormonale et ne plus avoir à penser quotidiennement à la contraception. En 2013, 37 % des femmes sont tout à fait d'accord avec le fait que « la pilule permet aux femmes d'avoir une sexualité plus épanouie » contre 44 % en 2010. Plus les femmes sont jeunes et moins elles partagent cette idée (de 32 % chez les 15-19 ans à 51 % chez les 45-49 ans) (6). L'image sociale de la pilule s'est modifiée au fil des générations. Les femmes d'aujourd'hui ne voient plus la pilule comme une libération sexuelle mais comme une contrainte avec des effets secondaires, un risque pour leur santé et une contrainte psychologique quotidienne.

Les femmes veulent se sentir libres et en accord avec leur idéologie. Notre société évolue vers des valeurs écologiques (alimentation biologique, végétarienne, végan, sans gluten, sans lactose, ...) et elle tend à un retour au « naturel » en étant « antihormone », « anti tampon », « anti-antibiotique » mais aussi « antivaccin », « anti-Mirena ® », « anti-Essure® » par peur des effets indésirables.

Toutes les femmes de notre étude étaient dans une démarche « anti hormones ». Les objectifs étaient différents selon les femmes : retrouver un cycle physiologique et un corps plus sain, accéder à une contraception dite plus « naturelle », éviter les effets secondaires des contraceptions hormonales et ne plus s'inquiéter des risques potentiels des hormones sur leur corps et leur santé. Cette tendance est confirmée par l'enquête belge de 2017, réalisée via internet sur 4607 personnes, qui compare les données actuelles sur la contraception par rapport à 2010. L'étude montre qu'en 2017, la moitié des répondantes expriment que la composante hormonale des moyens contraceptifs les inquiète (11). Les auteurs retrouvent une importante évolution, par rapport à 2010, sur le fait que les contraceptifs ont des effets secondaires (+24 points), sont nocifs pour la santé (+16 points) et ne sont pas naturels (+6 points) (11). Les femmes les plus diplômées citent principalement le fait que ces moyens soient non-naturels et nocifs pour la santé (41% contre 26% des moins diplômées) alors que les moins diplômées citent la prise de poids (11).

Il existe une méfiance croissante des patients envers les laboratoires pharmaceutiques et les dispositifs médicamenteux qui peut expliquer que les femmes se détournent des contraceptions hormonales.

Les femmes de l'étude ont le sentiment qu'il existe un monopole de la pilule sur le marché de la contraception. Pour certains professionnels de santé la prescription de pilule est devenue un automatisme : *« je trouve que sur les jeunes on ne fait pas la pub du stérilet, mais si on ne s'interroge pas, si on ne demande pas, nous, en tant que patientes, le premier réflexe des*

médecins ça va être la pilule pour tout le monde ! » En France, la pilule est la contraception la plus utilisée par les femmes (36,5% en 2016) contrairement à d'autres pays du monde. La méthode la plus utilisée dans le monde est la stérilisation féminine (30%) puis vient le stérilet (22%) puis la pilule (14,1%) (88). Parmi les femmes utilisant une contraception, 54% des femmes ont recours à la stérilisation au Mexique, 43% aux États-Unis, 39% en Chine, 20% en Espagne et seulement 5% en France (89). Le DIU est utilisé chez 48% des femmes concernées par la contraception en Chine, 38% en Ukraine et 25,6% en France. En 2013, la pilule est utilisée par 40% des femmes en France et au Brésil contre seulement 4% au Mexique et 1% en Chine. La « norme contraceptive » française incite à attribuer une méthode de contraception selon l'âge et la situation relationnelle de la femme (89). De plus, elle ne semble pas intégrer les hommes dans la responsabilité contraceptive. En Espagne, l'utilisation des méthodes contraceptives considérées comme masculines (stérilisation masculine, préservatif masculin et retrait) représente 53% des usages contraceptifs contre 15% en France et 37% aux États-Unis (89). Cette norme contraceptive limite donc la possibilité du choix des femmes en matière de contraception et elle n'inclut pas les hommes dans la prise en charge de la contraception.

La demande des femmes concernant la contraception évolue, elles souhaitent une contraception adaptée à leur idéologie, leur rapport au corps, leur situation affective et leur mode de vie. Les professionnels de santé doivent s'ouvrir aux nouvelles conceptions et visions de la contraception pour permettre une meilleure communication et relation avec les patientes. Ils doivent permettre aux femmes de faire un choix éclairé et adapté à leur situation afin de garantir une meilleure tolérance et adhésion à la contraception choisie.

Conclusion

Cette étude qualitative avait pour objet de connaître les raisons qui poussent les femmes nullipares à choisir comme contraception un DIU au cuivre. Au travers des résultats riches et nombreux de ce travail, la principale raison est le désir d'un retour au naturel avec un rejet des contraceptions hormonales. Les femmes souhaitent retrouver un cycle naturel et physiologique non régulé par l'apport d'hormones exogènes, elles ont peur des effets des hormones sur leur corps, peur des risques potentiels pour leur santé et craignent une infertilité persistante après l'arrêt de la contraception hormonale. Le souhait d'éviter les effets secondaires (baisse de la libido, modification de l'humeur, prise de poids) et l'envie de vivre en toute tranquillité d'esprit (pas de risque d'oubli) sont des éléments majeurs retrouvés lors des entretiens, auxquels s'ajoutent le coût faible et la longue durée d'action de ce moyen contraceptif.

Peu de praticiens avaient proposé le DIU en première intention. Ce sont les femmes qui ont motivé leur demande, et construit leurs recherches sur internet (sites et blogs), et auprès de leurs proches avant de consulter un professionnel de santé. Elles auraient souhaité un dialogue plus fourni lors des consultations concernant leur contraception pour avoir un choix éclairé et exhaustif. L'INPES et le ministère de la Santé ont pourtant diffusé en 2007 une campagne à destination du grand public et des professionnels de santé pour informer que : « la meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit ». Malgré l'autorisation du DIU chez les femmes nullipares en 2004, certains professionnels de santé restent réticents à cette pratique. Les freins retrouvés dans la littérature sont la peur des maladies inflammatoires pelviennes, des grossesses extra-utérines, de l'infertilité, des difficultés d'insertions et d'une pose douloureuse. Désormais, les recommandations de l'HAS et les données de la science permettent de proposer le DIU aux femmes nullipares.

Ce travail a écouté les patientes. Les femmes qualifient le DIU de pratique, confortable, fiable, sans contrainte, leur permettant une liberté quotidienne et une amélioration de leur santé sexuelle. Les effets secondaires à type de ménorragies et de dysménorrhées sont fréquemment présents mais les femmes les tolèrent et les acceptent, ainsi que la douleur de pose pour certaines. Le bénéfice de ce moyen contraceptif est plébiscité par les femmes elles-mêmes, tout en reconnaissant les quelques inconvénients du dispositif.

La sexualité change, l'arrivée de la première grossesse aussi. Le combat de la contraception du siècle dernier a construit les fondations d'une libération de la femme au travers du contrôle des naissances. Maintenant, la demande des femmes concernant la contraception évolue, avec l'envie du respect de la physiologie du corps, d'une sécurité sans iatrogénie et d'un confort quotidien. Il est souhaitable que les professionnels de santé s'adaptent eux aussi. Ce temps privilégié d'échange de la consultation permet de proposer, expliquer, écouter les demandes afin que la patiente ait les moyens d'un choix éclairé et respectueux de sa santé pour sa contraception.

Le DIU au cuivre est efficace, adapté au mode de vie actuel et bien toléré, les femmes nullipares doivent en connaître les caractéristiques pour en bénéficier au même titre que les autres contraceptions.

BIBLIOGRAPHIE

1. Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016. Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017. 8 p. 2016;8.
2. Institut National d'Études Démographiques: évolution du nombre d'avortements et des indices annuels. 2017. [Internet]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/avortements/>
3. Mazuy M, Toulemon L, Baril É. Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours. Population. 2014;69(3):365.
4. Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? :4.
5. Haute Autorité de Santé. Contraception chez la femme adulte en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG). Fiche mémo. Juillet 2013. Dernière mise à jour octobre 2017. [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraceptionfadulte-procreer-060215.pdf
6. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? 2014;4.
7. ANSM: Évolution de l'utilisation en France des Contraceptifs Oraux Combinés (COC) et autres contraceptifs de janvier 2013 à avril 2014 [Internet]. 2014. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Communiqués-Communiqués-Points-presse/Evolution-recente-de-l-utilisation-en-France-des-contraceptifs-oraux-combinés-COC-et-autres-contraceptifs-Communiqué>
8. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. Revue exercer. 19(84):4.
9. Paul Frappé. Initiation à la recherche. Association française des jeunes chercheurs en médecine générale. Page 43. 2011.
10. Wiebe ER, Trouton KJ, Dicus J. Motivation and Experience of Nulliparous Women Using Intrauterine Contraceptive Devices. J Obstet Gynaecol Can. avr 2010;32(4):335-8.
11. Solidaris institut. Grande enquête contraceptive 2017. Belgique 2017 [Internet]. Disponible sur: http://www.institut-solidaris.be/wp-content/uploads/2017/04/Contraception-2017_FINAL.pdf
12. Smith, Nicole K., Kristen N. Jozkowski, and Stephanie A. Sanders. Hormonal contraception and female pain, orgasm and sexual pleasure. J Sex Med 112 2014 462-470.
13. Watson S. Complete loss of libido reported for women on systemic hormonal contraceptive. WHO Pharmaceuticals Newsletter : 15-17, No. 5, Oct 2017.
14. Boozalis A, Tutlam NT, Chrisman Robbins C, Peipert JF. Sexual Desire and Hormonal Contraception: Obstet Gynecol. mars 2016;127(3):563-72.
15. Skovlund CW, Mørch LS, Kessing LV, Lange T, Lidegaard Ø. Association of Hormonal Contraception With Suicide Attempts and Suicides. Am J Psychiatry. avr 2018;175(4):336-42.

16. Skovlund CW, Mørch LS, Kessing LV, Lidegaard Ø. Association of Hormonal Contraception With Depression. *JAMA Psychiatry*. 1 nov 2016;73(11):1154.
17. Prescrire Rédaction « contraception hormonale : dépressions et suicides » *Revue prescrire* 2018;38 (n°417, page 512).
18. Robinson SA, Dowell M, Pedulla D, McCauley L. Do the emotional side-effects of hormonal contraceptives come from pharmacologic or psychological mechanisms? *Med Hypotheses*. janv 2004;63(2):268-73.
19. O'Connell K, Davis AR, Kerns J. Oral contraceptives: side effects and depression in adolescent girls. *Contraception* 75.4 (2007): 299-304. 2007;6.
20. Böttcher B, Radenbach K, Wildt L, Hinney B. Hormonal contraception and depression: a survey of the present state of knowledge. *Arch Gynecol Obstet*. juill 2012;286(1):231-6.
21. Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA, Carayon F, Schulz KF, Helmerhorst FM. Combination contraceptives: effects on weight. *Cochrane Fertility Regulation Group*, éditeur. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 29 janv 2014 [cité 2 mai 2019]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003987.pub5>
22. Lopez LM, Ramesh S, Chen M, Edelman A, Otterness C, Trussell J, et al. Progestin-only contraceptives: effects on weight. *Cochrane Fertility Regulation Group*, éditeur. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 28 août 2016 [cité 2 mai 2019]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD008815.pub4>
23. B. HÉDON, N. CHABBERT-BUFFET , H. MARRET. Recommandations pour la pratique clinique. Contraception. Élaborées par le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France. [Internet]. Disponible sur: http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2018%252FCNGOF_RPC_2018-CONTRACEPTION.pdf&i=21002
24. ANSM « RCP + notice-Minidril » 6 mars 2017 : 27 pages.
25. ANSM « RCP + notice-leeloo » 8 juin 2012 : 30 pages.
26. ANSM « RCP + notice-nexplanon » 19 octobre 2016 : 32 pages.
27. Mørch LS, Skovlund CW, Hannaford PC, Iversen L, Fielding S, Lidegaard Ø. Contemporary Hormonal Contraception and the Risk of Breast Cancer. *N Engl J Med*. 7 déc 2017;377(23):2228-39.
28. Lévesque, H., & Courtois, H. (1997). Estrogénothérapie et maladie thromboembolique veineuse. *La Revue de médecine interne*, 18, 620s-625s.
29. Julen, O., Dubuisson, J. B., & Godinho Lourenço, A. (2011). Quelle contraception pour les femmes à risque de maladie thromboembolique veineuse ? *Revue Médicale Suisse*, (281), 351.
30. Farrow Alexandra et al. Prolonged use of oral contraception before a planned pregnancy is associated with a decreased risk of delayed conception. *Human Reproduction* 17.10 (2002): 2754-2761.

31. Cronin, Maureen, Ilka Schellschmidt, and Jürgen Dinger. « Rate of pregnancy after using drospirenone and other progestin-containing oral contraceptives. » *Obstetrics & Gynecology* 114.3 (2009): 616-622.
32. Haute Autorité de Santé. Contraception chez l'homme et chez la femme. Rapport d'élaboration. Mise à jour octobre 2017. Saint Denis LA Plaine. HAS avril 2013. [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/contraception_fiches_memo_rapport_delaboration.pdf
33. Hooper DJ. Attitudes, Awareness, Compliance and Preferences among Hormonal Contraception Users: A Global, Cross-Sectional, Self-Administered, Online Survey. *Clin Drug Investig.* nov 2010;30(11):749-63.
34. Randolph, Mary E., et al. Sexual pleasure and condom use. *Archives of sexual behavior* 36.6 (2007): 844-848.
35. Moreau C, Lydié N, Warszawski J, Bajos N. Activité sexuelle, IST, contraception : une situation stabilisée. 2005;25.
36. Tortuyaux-Juliac S. Évaluation des connaissances sur les IST, des adolescents du Grand Nancy. Propositions d'actualisation des messages de prévention primaire délivrés en Médecine générale. *Sciences du Vivant [q-bio]*. 2011. <hal-01733009>. :158.
37. Cubaynes, M. H., et al. Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010–2014. Ministère de la Santé et des Sports (2010).
38. Santé publique France : « Infections sexuellement transmissibles (IST): préservatif et dépistage, seuls remparts contre leur recrudescence ». Communiqué de presse. Saint-Maurice, le 18 juillet 2018.
39. Haute Autorité de Santé. Réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à chlamydiae trachomatis. Synthèse de la recommandation en santé publique. Septembre 2018 [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-10/synthese_reevaluation_de_la_strategie_de_depistage_des_infections_a_chlamydia_trachomatis.pdf
40. Haute Autorité de Santé. Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. Saint-Denis La Plaine: HAS 2013. Actualisation novembre 2017. [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf
41. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception*. mai 2011;83(5):397-404.
42. Heinemann, Klaas, et al. « Comparative contraceptive effectiveness of levonorgestrel-releasing and copper intrauterine devices: the European Active Surveillance Study for Intrauterine Devices. » *Contraception* 91.4 (2015): 280-283.
43. Winner B, Buckel C, Secura GM. Effectiveness of Long-Acting Reversible Contraception. *N Engl J Med*. 2012;10.
44. Haute Autorité de Santé: Efficacité des méthodes contraceptives. [Internet]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/efficacite-methodes-contraceptives.pdf>

45. Birgisson NE, Zhao Q, Secura GM, Madden T, Peipert JF. Preventing Unintended Pregnancy: The Contraceptive CHOICE Project in Review. *J Womens Health*. mai 2015;24(5):349-53.
46. Fleming KL, Sokoloff A, Raine TR. Attitudes and beliefs about the intrauterine device among teenagers and young women. *Contraception*. Août 2010;82(2):178-82.
47. Haute Autorité de Santé. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. Document de synthèse. Saint-Denis La Plaine: HAS (2013). [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf
48. INPES. Contraception: que savent les Français. Connaissances et opinions sur les moyens de contraception : état des lieux. Dossier de presse. 5 juin 2007.
49. Office Fédéral de la Statistique. Statistique des interruptions de grossesse. OFS 2018. [Internet]. Disponible sur: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/reproductive/interruptions-grossesses.html>
50. Wm. Robert Johnston. Historical abortion statistics, Netherlands. Last updated 25 March 2018. [Internet]. Disponible sur: <http://www.johnstonsarchive.net/policy/abortion/ab-netherlands.html>
51. La Revue Prescrire. Accès aux soins de qualité. Diminuer le nombre de grossesses non souhaitées chez les mineurs. Janvier 2014/Tome 34 N°363. Page 70.
52. Nissand I et coll. Et si on parlait de sexe à nos ados? Odile Jacob, Villeuneuve d'Ascq 2012: 248 pages.
53. Roussel Bureau Fanny. Connaissances des femmes en âge de procréer sur les dispositifs intra-utérins en Sarthe et en Maine-et-Loire. Diplôme d'État de Docteur en Médecine. Mars 2014.
54. Galli S. DIU chez les nullipares, enquête qualitative : projet, pose et vécu. *Médecine humaine et pathologie*. 2017. <dumas-01630320>. :129.
55. Sivet M. La connaissance de la contraception intra-utérine chez les étudiantes nullipares: enquête auprès de 2391 étudiantes des Universités. *Médecine humaine et pathologie*. 2018. <dumas-01989893>. :84.
56. Formentin LJ. Anatomie du sexe féminin : évaluation du niveau de connaissance des femmes majeures consultant en médecine générale en région Rhône-Alpes. Étude transversale descriptive à partir de 262 questionnaires. Thèse médecine générale. 2015. :76.
57. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Contraception: les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie? [Internet]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/11/dp111026.pdf>
58. Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé: Comment aider une femme à choisir sa contraception? Repères pour votre pratique. Septembre 2013. [Internet]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/784.pdf>
59. Reynier E. Dispositifs Intra-Utérins chez les nullipares: enquête sur les pratiques des médecins généralistes. Th Méd: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales (2011).

60. Mansour D, Gemzell-Danielsson K, Inki P, Jensen JT. Fertility after discontinuation of contraception: a comprehensive review of the literature. *Contraception*. nov 2011;84(5):465-77.
61. Stoddard AM, Xu H, Madden T, Allsworth JE, Peipert JF. Fertility after Intrauterine Device Removal: A Pilot Study. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 4 mai 2015;20(3):223-30.
62. Didot A. Mémoire de fin d'études de sage-femme. Le stérilet chez la nullipare: des idées reçues à une information éclairée. Université de Lorraine - École de sages-femmes de NANCY - 2017.
63. Waroquet A-LC. Pourquoi les nullipares ne choisissent pas plus le DIU ? Enquête auprès de femmes. *Médecine humaine et pathologie*. 2013. :81.
64. Bajos N, Bohet A, Guen ML, Moreau C. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? 2012;4.
65. Gall Bérengère JE. INPES. BVA. Les Français et la contraception. mars (2007): 2. 2007;47.
66. RIEU Chloé, SIBEL Marie. L'accès au DIU comme mode de contraception pour les nullipares: un parcours du combattant? Thèse de doctorat en médecine. 2015.
67. Buhling KJ, Hauck B, Dermout S, Ardaens K, Marions L. Understanding the barriers and myths limiting the use of intrauterine contraception in nulliparous women: results of a survey of European/Canadian healthcare providers. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. déc 2014;183:146-54.
68. Medical eligibility criteria for contraceptive use. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/181468/9789241549158_eng.pdf;sequence=1
69. Moreau C, Bohet A, Hassoun D, Ringa V, Bajos N. IUD use in France: women's and physician's perspectives. *Contraception*. janv 2014;89(1):9-16.
70. Hall AM, Kutler BA. Intrauterine contraception in nulliparous women: a prospective survey. *J Fam Plann Reprod Health Care*. janv 2016;42(1):36-42.
71. Gemzell-Danielsson K, Mansour D, Fiala C, Kaunitz AM, Bahamondes L. Management of pain associated with the insertion of intrauterine contraceptives. *Hum Reprod Update*. 1 juill 2013;19(4):419-27.
72. Zapata LB, Jatlaoui TC, Marchbanks PA, Curtis KM. Medications to ease intrauterine device insertion: a systematic review. *Contraception*. déc 2016;94(6):739-59.
73. Lopez LM, Bernholc A, Zeng Y, Allen RH, Bartz D, O'Brien PA, et al. Interventions for pain with intrauterine device insertion. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 7 (2015). Cochrane Fertility Regulation Group, éditeur. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 29 juill 2015 [cité 6 mai 2019]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007373.pub3>
74. Bahamondes L, Mansour D, Fiala C, Kaunitz AM, Gemzell-Danielsson K. Practical advice for avoidance of pain associated with insertion of intrauterine contraceptives. *J Fam Plann Reprod Health Care*. janv 2014;40(1):54-60.

75. Guicheteau C, Boyer L, Somé DA, Levêque J, Poulain P, Denier M, et al. Tolérance du dispositif intra-utérin au cuivre chez les patientes nullipares : étude prospective unicentrique. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* févr 2015;43(2):144-50.
76. Suhonen S, Haukkamaa M, Jakobsson T, Rauramo I. Clinical performance of a levonorgestrel-releasing intrauterine system and oral contraceptives in young nulliparous women: a comparative study. *Contraception.* mai 2004;69(5):407-12.
77. Mimoun S, Le MG, Buhler M, Costa A, Hosansky F. Le vécu des règles et de leurs troubles chez 603 femmes sous contraception en 1999. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* déc 2000;28(12):904-12.
78. Anaes, Inpes, Afssaps. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme: recommandations pour la pratique clinique: recommandations. (2004). :15.
79. Black, Amanda, et al. Canadian Contraception Consensus (part 3 of 4): chapter 7–intrauterine contraception. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 38.2 (2016): 182-222.
80. Bouyer J. Épidémiologie de la grossesse extra-utérine: incidence, facteurs de risque et conséquences. *J Gynecol Obstet Reprod* 2003; 32 (suppl. au n°7): 3S8-3S17. 2019;32:10.
81. Xiong X, Buekens P, Wollast E. IUD use and the risk of ectopic pregnancy: A meta-analysis of case-control studies. *Contraception.* juill 1995;52(1):23-34.
82. Institut National d'Étude Démographique: âge au premier rapport sexuel. [Internet]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/l-age-au-premier-rapport-sexuel/>
83. Institut National de la Statistique et des Études Économiques: Un premier enfant à 28,5 ans en 2015 : 4,5 ans plus tard qu'en 1974. [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2668280#documentation>
84. Peipert JF, Zhao Q, Allsworth JE, Petrosky E, Madden T, Eisenberg D, et al. Continuation and Satisfaction of Reversible Contraception: *Obstet Gynecol.* mai 2011;117(5):1105-13.
85. Usinger KM, Gola SB, Weis M, Smaldone A. Intrauterine Contraception Continuation in Adolescents and Young Women: A Systematic Review. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* déc 2016;29(6):659-67.
86. Diminuer le nombre de grossesses non souhaitées chez les mineures : *Rev Prescrire* 2014 ; 34(363) : 70.
87. Potey M, Torres J. Rôle du médecin généraliste dans la communication sur le thème de la sexualité : freins et attentes de collégiens de classe de 3e de l'agglomération grenobloise. *Médecine humaine et pathologie.* 2011. ffdumas-00620672. :47.
88. Institut National d'Études Démographiques: La contraception dans le monde (2011) [Internet]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/la-contraception-dans-le-monde/>
89. Guen ML, Roux A, Rouzaud-Cornabas M, Fonquerne L, Thomé C. Cinquante ans de contraception légale en France : diffusion, médicalisation, féminisation. 2017;4.

ANNEXE I : PREMIER GUIDE D'ENTRETIEN

Premier guide d'entretien :

- Présentation de la thèse, objectif, entretien anonyme, envoi de l'enregistrement possible
- Âge, études, niveau socio professionnel, tabac, célibataire/couple, lieu d'habitation
- Que savez-vous du DIU au cuivre ?
- Êtes-vous satisfaite de votre DIU ?
- Comment se fait-il que vous ayez choisi ce mode de contraception ?
- Comment l'avez-vous connu ? Qui vous l'a conseillé ?
- Que connaissez-vous sur le fonctionnement du corps féminin ?
- Dites-vous Stérilet ou DIU ? Qu'est-ce que cela signifie pour vous ?
- Comment le DIU agit-il ?
- Est-ce votre 1^{ère} contraception ? - Si non : quelle(s) contraception(s) avez-vous eue avant ? Pourquoi avoir changé ?
- Quelles informations sur le DIU avez-vous eues ? Et quelles explications sur sa pose ?
- Comment s'est passé la pose (douleur, peur ?) et par qui ?
- Que connaissez-vous des IST ? Le DIU vous en protège-t-il ? Avez-vous eu un dépistage avant la pose ?
- Avez-vous rencontré des difficultés par rapport à ce choix de contraception ?
- Comment se fait-il que votre choix se soit porté sur un DIU au cuivre (vs hormones) ? Qui vous l'a proposé ?

ANNEXE II : GUIDE D'ENTRETIEN CORRIGÉ

Deuxième guide d'entretien :

- Présentation de la thèse, objectifs, entretien anonyme, envoi de l'enregistrement possible
- Âge, études, niveau socio professionnel, tabac, célibataire/couple, lieu d'habitation
- Dites-vous stérilet ou DIU (Dispositif Intra Utérin) ?
- Le mot stérilet vous évoque-t-il quelque chose ?
- Racontez-moi comment vous en êtes arrivé à avoir un stérilet ?
- Comment avez-vous connu le stérilet ? Qui vous l'a conseillé ? Et en général, comment vous renseignez-vous sur la contraception ?
- Comment se fait-il que vous ayez choisi ce mode de contraception ? Qui vous l'a proposé ?
- Avez-vous rencontré des difficultés par rapport à ce choix de contraception ?
- Comment avez-vous vécu la pose (douleur, peur) ? Qui vous l'a posé ?
- Êtes-vous satisfaite de votre stérilet ?
- Est-ce votre 1^{ère} contraception ? - Si non : quelle(s) contraception(s) avez-vous eue avant ? Pourquoi avoir changé ?
- Est-ce que vous repérez par rapport à votre anatomie où est placé votre stérilet ?
- Que connaissez-vous sur son fonctionnement ? Connaissez-vous son efficacité ?
- Quelles informations sur le stérilet avez-vous eues ? Et quelles explications sur sa pose ?
- Connaissez-vous les maladies qu'on peut attraper sexuellement ? Le stérilet vous en protège-t-il ? Avez-vous eu un dépistage avant la pose ?
- Recommanderiez-vous ce moyen de contraception à une amie et pourquoi ?

ANNEXE III : FICHE D'INFORMATION PATIENTE AVANT L'ÉTUDE

Nom et Prénom de l'étudiant : HUAU Pauline

Formation : Interne en médecine générale

Information pour participation à une étude médicale

Dans le cadre de ma thèse de fin d'études, j'ai choisi de réaliser un travail de recherche médicale sur le sujet du stérilet au cuivre chez les femmes nullipares, c'est-à-dire n'ayant jamais eu d'enfants.

Ces dernières années, nous avons observé que les femmes nullipares choisissent de plus en plus le stérilet au cuivre comme moyen de contraception, le but de ma thèse est de comprendre les déterminants de ce choix pour permettre d'améliorer la prise en charge des femmes souhaitant un stérilet au cuivre et de promouvoir ce système de contraception. Cette étude repose sur le recueil de témoignages individuels qui seront enregistrés (enregistrements sonores) et analysés. Ce projet n'est pas financé par un organisme privé. Si vous le souhaitez, les résultats de mes travaux pourront vous être communiqués. Votre participation impliquera une rencontre d'une durée de votre choix. Je serais votre interlocuteur au moment de l'entretien. Cette entrevue aura lieu à l'endroit qui vous convient, selon vos disponibilités. Il s'agira de répondre à des questions ouvertes sur le sujet précédemment développé. Seuls de petits extraits, écrits et rendus anonymes des entretiens seront publiés.

Pour participer à ce travail, il est important que vous sachiez :

- Que votre participation n'est pas obligatoire et se fait sur la base du volontariat
- Que vous avez le droit de vous retirer de l'étude à tout moment si vous le souhaitez, sans en supporter aucune responsabilité
- Que vous avez le droit de refuser de répondre à certaines questions qui vous seront posées
- Que les données recueillies seront traitées de manière confidentielle ; et que si elles devaient être utilisées pour donner lieu à une publication, elles seraient anonymes
- Qu'à tout moment vous pouvez avoir accès aux données vous concernant
- Que je me tiens à votre disposition pour répondre à vos questions concernant les objectifs du travail une fois le recueil des données effectuées
- Que les enregistrements seront détruits dès la fin des travaux

Cette recherche est réalisée dans le respect des règles de bonne pratique clinique et de la législation nationale en vigueur. Les données de santé vous concernant feront l'objet d'un traitement informatique destiné à l'évaluation scientifique de la recherche.

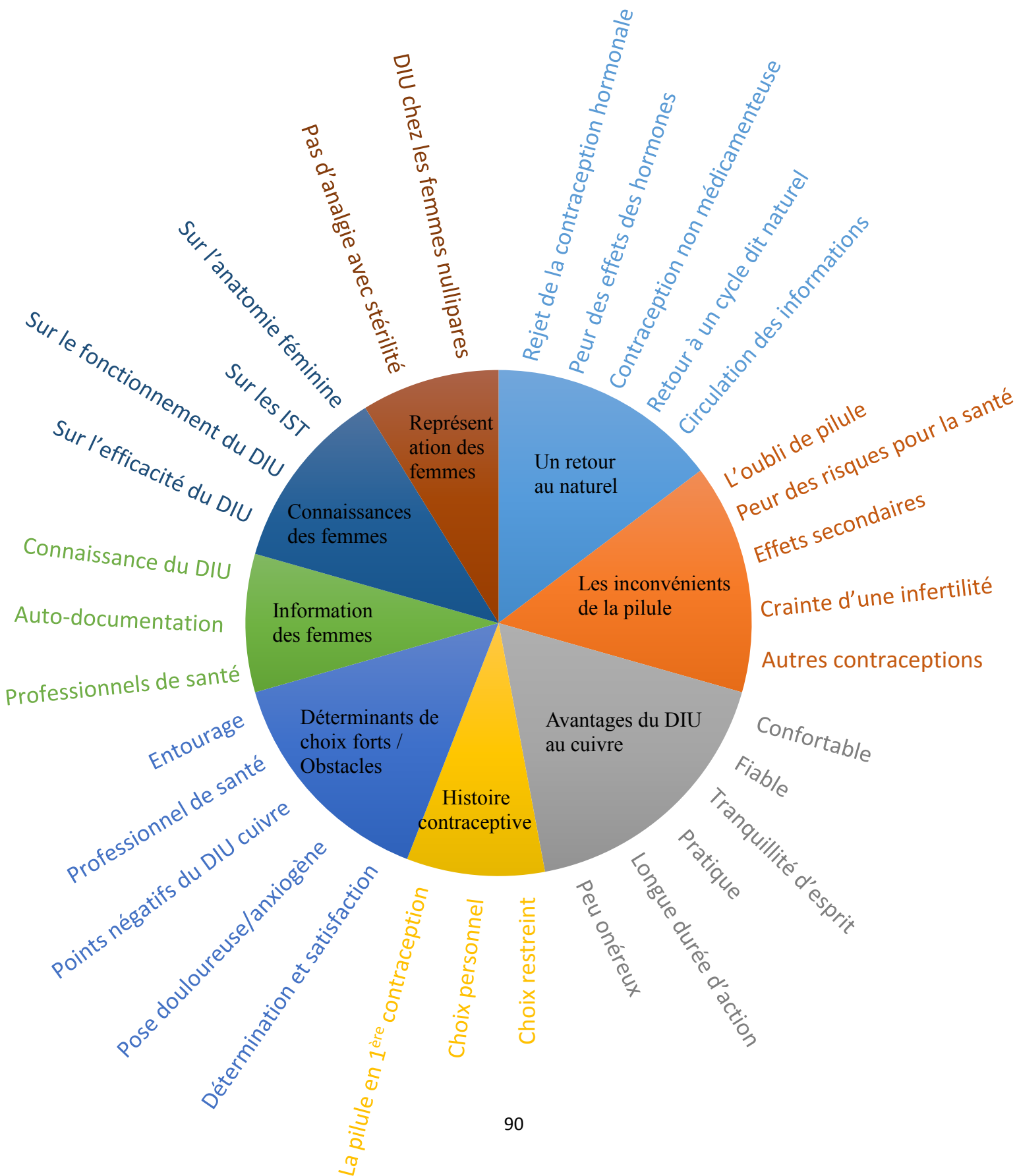
Elles seront transmises dans des conditions garantissant leur confidentialité, c'est-à-dire de manière anonymisée. Vous pourrez exercer vos différents droits dont celui d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition concernant la levée du secret médical auprès du médecin qui vous propose de participer à la recherche.

Par ailleurs, les données de santé vous concernant peuvent vous être communiquées par le médecin de la recherche et pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé, à d'autres entités de cet organisme, aux responsables de l'étude.

ANNEXE IV: RÉSUMÉ DES CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON

Patiente	Âge	Études/profession	Tabac	Situation familiale	Milieu de vie	Âge à la pose, durée d'utilisation	Professionnel de santé/Libéral/Hôpital	Retrait
1	22	Étudiante en 5ème année de médecine	Non	Célibataire	Urbain	22ans, 3mois	Médecin du SSU (Service de Santé Universitaire)	Non
2	26	Étudiante en 3ème année de pharmacie	Occasionnel	Célibataire	Urbain	25 ans, 1an	Médecin du SSU	Non
3	25	Pâtissière. BP chocolatier confiserie	Non	En couple	Urbain	24ans, 8 mois	Gynécologue homme en milieu hospitalier	Non
4	27	Graphiste et co-gérante d'une agence de communication (Bac+3)	Oui	En couple	Urbain	24ans, 3ans	Gynécologue homme en libéral	Non
5	32	Ouvrière agricole (Bac+2)	Arrêt récent	En couple	Rural	32ans, 2mois	Gynécologue femme en milieu hospitalier	Non
6	27	Ingénieur en production	Non	En couple	Urbain	25ans, 2ans	Sage-femme en milieu hospitalier	Non
7	26	Bac professionnel en photographie	Arrêt récent	En couple	Rural	26ans, 2 mois	Interne de gynécologie femme en milieu hospitalier	Non
8	22	Master conduite de projet (Bac+5). Recherche d'emploi.	Occasionnel	En couple	Urbain	21 ans, 1an	Sage-femme en milieu hospitalier	Non
9	25	Factrice (Bac+2)	Non	En couple	Semi-rural	20ans, 5ans	Médecin généraliste en libérale	Non
10	26	Psychologue (Bac+5)	Non	En couple	Semi-rural	26ans, 2 mois	Médecin généraliste en libérale	
11	20	Étudiante en 3ème année de licence d'Anglais	Non	Célibataire	Urbain	20ans, 6mois	Médecin généraliste en libérale	Oui car ménorragies
12	23	Étudiante en 6ème année de médecine	Non	En couple	Urbain	19ans, 4an1/2	Gynécologue femme en libérale	Oui sur expulsion au bout de 4ans1/2
13	27	Chômage. BTS tourisme	Oui	En couple	Rural	26ans, 1an1/2	Gynécologue femme en libérale	Oui car désir de grossesse
14	20	Étudiante en 3ème année de licence d'Anglais	Non	En couple	Urbain	20ans, 1 mois	Sage-femme libérale	Non
15	26	Kinésithérapeute	Occasionnel	En couple	Urbain	26ans, 1 mois	Gynécologue femme en libérale	Non
16	20	Étudiante. DUT mesure physique	Arrêt récent	Célibataire	Urbain	20ans, 1 mois	Médecin généraliste en libéral	Non

ANNEXE V : DIAGRAMME CIRCULAIRE REPRÉSENTANT LES RÉSULTATS



ANNEXE VI : EFFICACITÉ DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES

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

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

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

Clé :

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

Haute Autorité de Santé. Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. Saint-Denis La Plaine : HAS 2013. Actualisation novembre 2017.

SERMENT D'HIPPOCRATE

(Version longue)

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

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

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

SERMENT D'HIPPOCRATE

(Version courte)

En présence des Maîtres de cette FACULTÉ et de mes chers CONDISEIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

RÉSUMÉ

Pourquoi les femmes nullipares choisissent de plus en plus le DIU au cuivre comme moyen de contraception ? Enquête qualitative auprès des femmes

Contexte : Le DIU au cuivre est une méthode de contraception efficace, de longue durée d'action, réversible et sans observance. Il pourrait être une des solutions adaptées pour diminuer le nombre de grossesses non désirées et donc d'IVG (nombre d'environ 220 000 par an en France, stable depuis dix ans). Suite aux scandales des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations, le recours à la contraception orale a diminué tandis que l'utilisation du DIU au cuivre a augmenté en passant de 0,4% à 7,6% chez les femmes nullipares entre 2010 et 2016. Son utilisation dans cette population reste faible, alors que l'HAS rappelle depuis 2013 que le DIU au cuivre est une contraception de première intention quelle que soit la parité.

Objectif : Comprendre pourquoi les femmes nullipares choisissent de plus en plus le DIU au cuivre comme moyen de contraception.

Matériel et méthode : Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 16 femmes nullipares portant ou ayant porté un DIU au cuivre.

Résultats : Les patientes nullipares choisissent le DIU au cuivre pour une raison principale : le désir d'un retour au naturel avec le rejet des contraceptions hormonales. Elles veulent éviter l'apport d'hormones exogènes pour retrouver un cycle naturel et physiologique. Elles ont peur des effets des hormones sur le corps, des risques potentiels pour leur santé et craignent une infertilité persistante après l'arrêt de la contraception hormonale. Le souhait d'éviter les effets secondaires et l'envie de vivre en toute tranquillité d'esprit sont des éléments majeurs retrouvés lors des entretiens. S'y ajoutent la longue durée d'action et le coût faible. Les femmes qualifient le DIU de pratique, fiable, confortable, sans contraintes, leur permettant d'avoir l'esprit « libre » et d'améliorer leur santé sexuelle. Les effets indésirables à type de ménorragies et de dysménorrhées sont fréquemment présents mais les femmes les tolèrent et les acceptent, ainsi que la douleur de pose. Elles sont satisfaites de leur DIU, elles le recommandent à leur entourage et souhaitent renouveler cette contraception.

Conclusion : La demande des femmes concernant la contraception évolue. Après le combat pour la pilule des années 60, les nouvelles générations souhaitent une contraception qui respecte la physiologie du corps, en permettant un confort quotidien et une sécurité sans iatrogénie. Il semble important que les professionnels de santé s'adaptent à la demande des femmes. Le DIU au cuivre est efficace, adapté au mode de vie actuel et bien toléré, les femmes nullipares doivent en connaître les caractéristiques pour en bénéficier au même titre que les autres contraceptions.

Mots clés : Dispositif intra-utérin au cuivre, femmes nullipares, médecine générale, recherche qualitative