



Représentations des femmes nullipares à la Réunion sur la contraception par dispositif intra-utérin

Marion Roger

► To cite this version:

Marion Roger. Représentations des femmes nullipares à la Réunion sur la contraception par dispositif intra-utérin. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03019305

HAL Id: dumas-03019305

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03019305>

Submitted on 23 Nov 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.

**UNIVERSITE DE LA REUNION
UFR SANTE**

Année 2019-2020

N° 2020LARE046M

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**Représentations des femmes nullipares à la Réunion
sur la contraception par dispositif intra-utérin.**

Présentée et soutenue publiquement le 27 octobre 2020 à
Saint Pierre à la Réunion

Par

Mlle Marion ROGER
Née le 01/07/1992 à Lyon 7ème

DIRECTEUR DE THESE : Madame le Docteure Emmanuelle THORE-DUPONT

MEMBRES DU JURY

<u>PRESIDENT</u> :	Monsieur le Professeur Jean-Marc FRANCO
<u>RAPPORTEUR</u> :	Monsieur le Professeur Peter VON THEOBALD
<u>ASSESEUR</u> :	Madame le Professeur associée Line RIQUEL
<u>ASSESEUR</u> :	Madame le Docteure Anne VIENNE-CESSOU

Table des matières

TABLE DES TABLEAUX.....	4
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	4
LISTE DES ABBREVIATIONS	5
I. INTRODUCTION	6
I.1) Les particularités sur les pratiques sexuelles et la contraception à la Réunion	6
I.2) La crise de la pilule	7
I.3) Un système scolaire en échec et un faible niveau de vie à la Réunion	8
I.4) Une offre de soin qui couvre le territoire	8
I.5) Une réticence des professionnels de santé à l'utilisation du DIU chez les nullipares	9
I.6) Les méthodes contraceptives en France métropolitaine	11
I.7) Généralités sur le dispositif intra-utérin	13
I.8) La question de recherche	20
II. MATERIEL ET METHODES	21
II.1) Revue de la littérature	21
II.2) Choix de la méthode	21
II.3) Population	21
II.4) Recueil des données	22
II.5) Analyse des données	22
II.6) Aspects éthiques	23
III. RESULTATS	24
III.1) Caractéristiques des entretiens	24
III.2) Le recours aux méthodes contraceptives	28
III.2.1) Méthode contraceptive initialement choisie	28
III.2.2) La pilule : un passage incontournable	29
III.3) Les éléments du choix contraceptif : 3 catégories de femmes	30
III.3.1) Les femmes qui utilisent le DIU : proactives	30
III.3.2) Les femmes qui n'envisagent pas le DIU : passives.....	32
III.3.3) Les femmes qui n'excluent pas le DIU	36
III.4) L'influence du vécu des femmes.....	38
III.4.1) Les femmes qui utilisent le DIU	38
III.4.2) Les femmes qui n'envisagent pas le DIU	41
III.4.3) Les femmes qui n'excluent pas le DIU	45

III.5) Les freins et les bénéfices identifiés	48
III.5.1) Chez les femmes n'envisageant pas une contraception par DIU	48
III.5.2) Chez les femmes qui utilisent le DIU	52
III.5.3) Les femmes qui envisagent le DIU	55
IV. DISCUSSION	59
IV.1). Forces et faiblesses de l'étude	59
IV.1.1) Forces identifiées	59
IV.1.2) Faiblesses de l'étude	60
IV.2) Interprétation des résultats de l'étude	61
<i>Catégories de femmes</i>	61
<i>Le DIU : une méthode contraceptive en très grand retrait vis-à-vis de la pilule</i>	62
<i>Motivations à l'utilisation du DIU</i>	62
<i>Freins objectifs à l'utilisation du DIU</i>	64
<i>Freins subjectifs à l'utilisation du DIU</i>	66
<i>Déficit d'information sur l'utilisation du DIU</i>	67
V. CONCLUSION ET PERSPECTIVES	69
<i>Amélioration de l'information aux jeunes femmes par le médecin traitant</i>	71
<i>Amélioration de la pose</i>	74
VI. MODELISATION DES RESULTATS DE L'ANALYSE	79
VII. CONCLUSION GENERALE	81
VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	83
IX. ANNEXES.....	88
X. SERMENT D'HIPPOCRATE	101

TABLE DES TABLEAUX

- Tableau 1 : Récapitulatif de la localisation, date et durée d'entretien.....	25
- Tableau 2 : Caractéristiques des femmes interrogées.....	26
- Tableau 3 : Facteurs influençant le choix contraceptif.....	27
- Tableau 4 : Freins à l'utilisation du DIU.....	70
- Tableau 5 : Motivations à l'utilisation du DIU.....	70

TABLE DES ILLUSTRATIONS

- Carte 1 : Localisation des entretiens à la Réunion avec les femmes nullipares	24
- Fiche info patiente	72
- Position gynécologique en décubitus latéral vue de dessus.....	76
- Examen gynécologique en décubitus latéral.....	77
- Modélisation des résultats de l'analyse.....	80

LISTE DES ABBREVIATIONS

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

ARS OI : Agence Régionale de Santé Océan Indien.

CEPS : Centre d'Education et de Prévention Santé.

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français.

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés.

COREQ : consolidated criteria for reporting qualitative research.

CHU : Centre hospitalo-universitaire.

CMU-c : Couverture maladie universelle complémentaire.

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale.

CPP : Comité de protection des personnes.

DIU : dispositif intra-utérin.

GEU : grossesse extra-utérine.

HAS : Haute Autorité de Santé.

INGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales.

IST : infection sexuellement transmissible.

IVG : interruption volontaire de grossesse.

INED : Institut National d'Etudes Démographiques.

NSP : niveau socio-professionnel.

SIU : système intra-utérin.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

ONU : Organisation des Nations Unies

ORS OI : Observatoire Régional de la Santé Océan Indien.

I. INTRODUCTION

Dans les services de gynécologie à la Réunion, constat est fait sur les échecs des méthodes contraceptives, plus particulièrement chez les jeunes, malheureusement illustrés par un taux de grossesses non désirées très élevé. Cet état relève-t-il d'un contexte propre à la Réunion ? Comment y remédier ? C'est une problématique à laquelle je me suis attachée, en espérant contribuer tout modestement à une évolution de la situation des jeunes femmes de l'île.

I.1) Les particularités sur les pratiques sexuelles et la contraception à la Réunion :

a. Une population jeune :

La Réunion compte environ 162 000 jeunes de 13 à 25 ans, ce qui représente 19% de la population réunionnaise contre 15% au niveau national. Les réunionnais de moins de 30 ans représentent 43,1% de la population générale réunionnaise en 2017 (58).

b. Une fécondité précoce par rapport à la Métropole :

Selon l'ORS OI (5), le taux de fécondité observé en 2017 chez les jeunes réunionnaises est de 6,6 naissances pour 100 femmes de 15 à 24 ans contre 2,2 naissances pour 100 femmes dans la même tranche d'âge en Métropole soit un taux trois fois supérieur à celui de la Métropole. En 2017, on décompte 4677 naissances de mères âgées entre 13 et 25 ans dont 311 de mères mineures.

c. Une sexualité précoce :

Selon l'ORS OI (5), 50% des jeunes femmes de 15 à 25 ans ont déjà eu un rapport sexuel avant 16,5 ans. L'âge médian du premier rapport sexuel en Métropole est de 17,6 ans (selon le Baromètre 2016) (6).

d. Les limites de la contraception à la Réunion :

Selon l'ORS OI (5) (2017), 80% des informations sur la contraception sont données à l'école en moyenne à 13,7 ans. L'utilisation du préservatif a augmenté entre 1990 et 2012 mais l'utilisation des autres moyens de contraception lors du premier rapport sexuel n'a pas augmenté (Figure 1). 63% des réunionnaises de 15 à 17 ans déclarent avoir déjà pris une pilule du lendemain.

Selon l'enquête KABP Réunion 2012, 1 femme sur 10 de 15 à 25 ans sexuellement active a déclaré avoir déjà subi au moins une IVG au cours de sa vie (soit 10,5%). Un quart des jeunes réunionnais de 15 à 25 ans partage la croyance selon laquelle les IVG sont un moyen de contraception comme un autre, ce qui souligne l'inefficacité de l'information reçue par les jeunes.

e. Le nombre croissant de grossesses non désirées :

Selon la DREES (4) (A. Vilain, Sept 2019), en 2018, 224300 interruptions volontaires de grossesse ont été réalisées en France dont 4528 à la Réunion (Figure 2). Le taux d'IVG pour 1000 femmes s'élève à 15 en Métropole et à 21,8 à la Réunion. Pour les mineures de 15 à 17

ans, le taux d'IVG pour 1000 femmes est de 5,9 en Métropole et de 12,4 à la Réunion soit le double. En 2018, le recours aux IVG a atteint son niveau le plus élevé depuis 1990 (Figure 3). La tranche d'âge la plus concernée se situe entre 20 et 29 ans avec un taux de 27 IVG pour 1000 femmes sur l'ensemble du territoire (Figure 4). Chaque année, on décompte environ 1 IVG pour un peu plus de 3 naissances. En 2018, le nombre d'IVG a augmenté de 3% par rapport à 2017. L'indice conjoncturel d'avortement, correspondant au nombre moyen d'IVG que connaîtrait une femme tout au long de sa vie selon les taux de recours par âge de l'année considérée, est de 0,56 en 2018. En décomposant l'indice conjoncturel en nombre moyen de premières IVG et d'IVG répétées, il a été estimé en 2011 que le nombre de première IVG par femme était de 0,33, soit une femme sur 3 réalisant au moins une IVG.

Selon le rapport de synthèse de 2009 de l'Inspection générale des affaires sociales concernant les grossesses non désirées (27), 72% des IVG sont réalisées chez des femmes sous contraception et dans 42% des cas il s'agit d'une méthode médicale théoriquement très efficace. Parmi les échecs contraceptifs, la majorité survient sous pilule (23%) ou sous préservatif (17%), contraceptions qui sont utilisées majoritairement chez les jeunes femmes nullipares (68%). Cela reflète une inadéquation des méthodes et des pratiques contraceptives. Le schéma du « tout pilule » reste prédominant dans les pratiques et l'éducation à la sexualité à l'école, sans prendre en compte l'inobservance du protocole de prise. Le rapport souligne l'importance de renforcer les mesures préventives et d'encourager les méthodes contraceptives les plus efficaces afin de diminuer le nombre de grossesses non désirées notamment les méthodes non sujettes aux problèmes d'observance de la contraception orale hormonale. Cet objectif doit être pris en compte notamment par la valorisation de la filière de médecine générale et la formation des sages-femmes.

I.2) La crise de la pilule :

Selon l'INED et l'équipe Fécond (Mai 2014) (7) (Figure 5), les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération ont fait l'objet de controverses importantes à partir de décembre 2012 à propos du risque de thrombose veineuse profonde. Cela a entraîné leur déremboursement en mars 2013. Un recul du recours à la pilule avait déjà été observé à partir des années 2000. Suite à la crise médiatique, les méthodes contraceptives ont évolué, près d'une femme sur cinq déclare avoir changé de méthode. Le recours à la pilule a baissé de 50 à 41% de 2010 à 2013. Alors que 40% des pilules utilisées en 2010 étaient de 3^{ème} et 4^{ème} génération, cette proportion est passée à 25% en 2013. En conséquence, quelques femmes ont adopté d'autres méthodes de contraception notamment le DIU (+ 1,9%), le préservatif (+3,2%), la méthode en fonction du cycle (absence de rapport pendant la période de fécondabilité ou le retrait) (+3,4%). Toutefois, selon l'enquête du Baromètre Santé en 2016 (70) soit 4 ans après la crise de la pilule, la pilule reste la méthode contraceptive la plus utilisée chez les femmes en âge de procréer et tout particulièrement chez les femmes de 15 à 19 ans (60,4%) et celles de 20 à 24 ans (59,5%). La population des 15-19 ans a volontiers remplacé les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération par une pilule de 2^{ème} génération. Chez ces femmes de 15 à 19 ans, le schéma contraceptif n'a pas été

modifié. Les femmes entre 25 et 29 ans ont eu une tendance plus importante à changer de méthode contraceptive. Ainsi, l'utilisation de la pilule a diminué chez les femmes plus âgées pour être remplacée par le DIU qui rejoint le niveau d'utilisation de la pilule entre 30 et 34 ans (31,9%) puis devient le 1^{er} contraceptif utilisé après 35 ans.

Chez les nullipares de moins de 25 ans aucune évolution sur l'utilisation du DIU n'a été constatée. Parmi les femmes de 25 à 29 ans, l'utilisation du DIU est passée de 0,4 à 8% chez les nullipares alors qu'il atteint 31,8% chez les femmes ayant déjà eu au moins un enfant. Le report d'utilisation de la pilule chez les 20-29 ans vers des méthodes contraceptives réversibles de longue durée d'action est intimement lié à la parité et souligne son importance dans le choix contraceptif.

I.3) Un système scolaire en échec et un faible niveau de vie à la Réunion :

Selon l'ARS OI (57), en 2014 42% des habitants à la Réunion vivent en-dessous du seuil de pauvreté avec un taux de chômage trois fois supérieur à celui de la Métropole (28,5% à la Réunion contre 9,8% en Métropole). Près d'un tiers des jeunes réunionnais sort du système scolaire sans diplôme. Selon le rapport de l'Insee (58), en 2017 40,3% des jeunes de plus de 15 ans n'ont aucun diplôme ou un certificat d'études primaires, 16,9% ont un niveau CAP ou BEP et 16,7% ont un niveau baccalauréat. Un lien entre le niveau scolaire et le choix de la méthode est présent (7). Ainsi les femmes sans diplômes ont plus tendance à utiliser des méthodes moins efficaces comme le retrait ou la date du cycle, celles détenant un BEP ou un CAP ont opté pour le préservatif et les plus diplômés (Bac +4) pour le DIU. Les jeunes dont le niveau scolaire est bas et qui n'ont pas eu d'enfant (nullipares de moins de 25 ans) sont plus particulièrement réceptives au discours de leur entourage dont certains rapportent des effets infondés ou exagérés de la pose du DIU qui les dissuadent d'avoir recours à ce moyen contraceptif.

Selon ce même rapport, le taux de pauvreté chez les réunionnais de moins de 30 ans est de 52,3% or un lien est établi également entre le niveau social et la méthode contraceptive (7). Ce lien dépend de l'accès à l'information ainsi que de l'éducation qu'ont reçues les femmes qui les amène plus ou moins à rechercher la connaissance par elle-même. Les femmes cadres qui étaient les principales utilisatrices des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération se sont plus tournées vers les DIU. Les catégories sociales les plus précaires ont aujourd'hui une couverture contraceptive moins efficace liée à la diminution de l'utilisation de la pilule et au recours aux méthodes dites naturelles.

I.4) Une offre de soin qui couvre le territoire :

En 2019 selon l'ARS OI (54), la densité de médecins généralistes à la Réunion est identique à celle en Métropole comme constaté en 2018 (138 pour 100 000 habitants à la Réunion, 139

pour 100 000 habitants en Métropole). La densité de médecins généralistes a augmenté régulièrement de 2013 jusqu'en 2016 à la Réunion alors qu'elle n'a cessé de diminuer en Métropole.

La Réunion compte en 2019 un tiers de plus de gynécologues-obstétriciens qu'en Métropole (la densité est de 23 pour 100 000 femmes à la Réunion contre 17 pour 100 000 femmes en Métropole) (55). Le nombre de gynécologues médicaux est à l'inverse quasiment diminué par 2 comparé à la Métropole (5 gynécologues médicaux pour 100 000 habitants à la Réunion contre 9 pour 100 000 habitants en Métropole), cependant il est en hausse de +0,7% à la Réunion par rapport à 2018, et en baisse de -0,3% en Métropole par rapport à 2018.

La densité de sages-femmes exerçant sur l'île a augmenté de 1,9% depuis 2018 avec un quart de plus de sages-femmes qu'en métropole en 2019 (56) (densité de sages-femmes de 205 pour 100 000 habitants à la Réunion contre 149 pour 100 000 habitants en Métropole).

Selon l'enquête de l'ARS OI de 2016 (57), 94% des réunionnais bénéficient de la couverture de la complémentaire santé, le taux de bénéficiaire de la CMU-c est 5 fois plus important qu'en Métropole. 91% des réunionnais déclarent avoir accès en moins de 15 minutes à un service de soins courants. Enfin 85% des réunionnais consultent un médecin généraliste au moins 1 fois par an, le délai d'attente médian pour l'accès à une consultation de médecine générale étant inférieur à 2 jours, et 34% des réunionnaises de plus de 18 ans ont recours au gynécologue au moins une fois par an. 55,5% des patientes interrogées déclaraient être satisfaites du délai d'attente pour obtenir un rendez-vous chez un gynécologue.

Malgré une offre de soin bien meilleure à la Réunion qu'en Métropole pour le recours aux consultations gynécologiques, l'étude de Sarah Laurent (42) constate qu'il existe une faible demande des patientes pour la pose d'un DIU. Cela peut être lié à une réticence des patientes d'une prise en charge gynécologique par le médecin traitant ou à un manque d'informations concernant les compétences du médecin traitant dans ce domaine. De plus, l'accès facile au spécialiste en gynécologie à la Réunion renforce le détachement d'un certain nombre de médecins généralistes vis-à-vis de la pose du DIU qui est chronophage, nécessite du matériel et une maîtrise de la technique de pose.

I.5) Une réticence des professionnels de santé à l'utilisation du DIU chez les nullipares :

Dans la thèse de Sarah Laurent sur les opinions et réticences des médecins généralistes concernant le DIU (42), il était constaté au sein des médecins généralistes interrogés des croyances erronées concernant le DIU avec une surestimation des complications possibles. Il persiste une méconnaissance du DIU chez les nullipares par les médecins généralistes qui considèrent cette méthode contraceptive comme étant de 2ème intention. Il existe également un manque de formation et des expériences vécues ou entendues négatives sur la pose du DIU ainsi qu'un manque d'intérêt envers ce geste. Des freins matériels, mais aussi financiers et liés au temps dédié à l'acte sont évoqués par les médecins interrogés. L'opinion

des médecins est globalement favorable au DIU mais le frein principal est représenté par le geste de pose du DIU. Malgré une offre de soin élevée à la Réunion et la pratique de la gynécologie par un grand nombre de médecins, le manque d'intérêt envers le DIU est partagé par un certain nombre de médecins et de patientes. Enfin certains médecins déclarent ne pas le proposer à certaines patientes selon leur « profil » ou s'ils estiment que cette méthode ne leur conviendrait pas. L'étude de Chloé Rieu et Marie Sibel sur l'accès au mode de contraception par DIU pour les nullipares (73) met en évidence la difficulté des femmes à trouver un médecin généraliste acceptant de poser un DIU chez une femme nullipare et les nombreux refus de la part des professionnels pour des raisons qui ne semblent plus justifiées à savoir les risques infectieux, les risques liés à la pose, les risques de stérilité et de perforation utérine. Dans l'étude d'Elise Reynier sur le DIU chez les nullipares (74) menée chez 100 médecins généralistes, 68% des médecins interrogés pensent que le DIU est une bonne indication après échec d'une autre méthode contraceptive, seuls 46% estiment que l'on peut poser un DIU chez une femme nullipare, 64% considèrent qu'une mauvaise tolérance des méthodes contraceptives hormonales est une indication au DIU, 16% des médecins pensent que le DIU est une cause de stérilité ultérieure chez les nullipares, 47% des médecins craignent l'infection pelvienne, enfin 57% craignent une mauvaise tolérance chez cette catégorie de femmes. Il persiste chez un certain nombre de professionnels de santé des fausses croyances malgré une connaissance globalement bonne des nouvelles recommandations sur l'utilisation du DIU chez les nullipares.

Le rapport du CNGOF de 2014 (68) met en évidence au sein des gynécologues et médecins généralistes des réticences importantes à la pose d'un DIU chez les jeunes femmes nullipares pour lesquelles ils redoutent des effets indésirables plus importants que chez les femmes multipares. Pourtant le rapport bénéfice-risque du DIU est largement positif chez la nullipare.

Malgré les recommandations internationales et françaises encourageant l'utilisation du DIU chez les jeunes femmes nullipares, son utilisation reste encore très faible en France cela étant lié à un ensemble de réticences des professionnels de santé et des femmes. Pourtant son efficacité en utilisation courante en France est 2 fois supérieure à celle de la pilule. De plus, les jeunes femmes ont une fertilité plus importante et devraient pouvoir bénéficier d'une contraception plus efficace, avec moins de problèmes d'observance et avec un taux de continuation à 1 an supérieur aux contraceptions qui leurs sont réservées (68).

On retrouve à la Réunion, une population jeune, qui a rapidement interrompu ses études. Ces jeunes réunionnaises ont une vie sexuelle précoce avec des pratiques contraceptives qui laissent peu de place aux méthodes contraceptives réversibles de longue durée d'action en dépit d'un nombre très élevé de grossesses non désirées avec le recours à la pilule du lendemain voir à l'IVG. L'instruction à l'école comme le milieu médical contribuent à prévaloir la pilule en dépit de l'inobservance de son protocole de prise et propage encore souvent l'idée que le DIU est exclu pour une nullipare.

Sur la base de ce constat, l'objectif de mon étude a été d'explorer les représentations des femmes nullipares à la Réunion sur la contraception par DIU afin d'identifier les freins à leur utilisation. La question a été aussi de savoir si les solutions à apporter devaient répondre à une problématique originale ou partagée avec la métropole.

I.6) Les méthodes contraceptives en France métropolitaine :

a. Un modèle figé en France :

Selon l'enquête de Bajos et al. (47), la pilule est la méthode contraceptive la plus utilisée en France tout âge confondu puisqu'en 2010 une femme sur deux l'utilisait. Le modèle français apparaît figé avec l'utilisation majoritaire du préservatif au début de la vie sexuelle, puis de la pilule quand la vie sexuelle se régularise puis le recours au dispositif intra-utérin lorsque les couples ont eu le nombre d'enfants désiré. En 2010, le DIU est utilisé par 21% des femmes majoritairement entre 45 et 49 ans, seul 1,3% des femmes nullipares de 15 à 49 ans y ayant recours, ce taux est passé à 3% en 2013 sans augmentation depuis (68). 54% des femmes interrogées en 2010 pensent que le DIU n'est pas indiqué chez les femmes n'ayant jamais eu d'enfants, ce sentiment est partagé par 69% des gynécologues et 84% des généralistes. Dans l'enquête Fecond, il est observé que les femmes consultant un gynécologue ont moins recours à la pilule que si elles sont suivies par un généraliste (48% contre 70%). Ce chiffre est expliqué par la formation initiale à la pose du DIU qui est bien meilleure chez les gynécologues que les généralistes (98% des gynécologues interrogés considèrent être bien préparés contre 29% pour les généralistes). Les choix contraceptifs sont orientés par les représentations des médecins de l'aptitude des femmes à suivre une prescription. L'enquête Fecond montre que le choix contraceptif est conditionné par la position sociale des femmes ainsi qu'aux logiques médicales et financières qui régissent la contraception. Elle met également en évidence le fait que l'utilisation du DIU est fortement corrélée à l'âge, aucune évolution de l'utilisation du DIU n'ayant été constatée chez les femmes nullipares de moins de 24 ans entre 2010 et 2013 (7) malgré les recommandations de 2004 de l'ANAES selon lesquelles « les DIU ne sont pas destinés uniquement aux multipares » et constituent une « méthode de contraception de 1^{ère} intention » (59).

b. Un frein culturel français au recours du DIU chez les nullipares :

D'après les recommandations de la CNGOF de 2018 (69), la contraception orale a une efficacité théorique de 99,7% mais une efficacité pratique de seulement 97,6%. La couverture contraceptive est élevée en France puisqu'en 2013 97% des femmes de 15 à 49 en âge de procréer utilisent une contraception principalement médicale. Ce rapport souligne qu'en cas de risque de mauvaise observance, les contraceptions réversibles de longue durée d'action semblent les plus adaptées. Le DIU est la méthode contraceptive réversible la plus utilisée dans le monde en 2013 selon le rapport de l'ONU (72), il est utilisé par 22% des couples dans

le monde qui veulent se protéger d'une grossesse (71) principalement en Asie et particulièrement en Chine (>40%). En 2013, elle arrive en 2^{ème} position des méthodes contraceptives utilisées en France après la pilule (22,6% contre 36,5% pour la pilule) (7) chez les femmes de 15 à 49 ans, pourtant elle ne représente que 3% d'utilisation chez les nullipares. La CNGOF rappelle que le DIU peut être proposé aux adolescentes et aux nullipares et que contrairement aux idées reçues antérieures il n'augmente pas le risque d'IST ni d'infections génitales hautes sauf dans les 3 premiers mois suivants l'insertion. Il n'augmente pas non plus le risque de GEU, la présence de kystes fonctionnels ovariens ne doit pas motiver le retrait du DIU au lévonorgestrel si les patientes sont asymptomatiques ; la présence d'organismes *Actinomyces-like* sur le frottis chez une patiente asymptomatique ne doit pas motiver d'explorations complémentaires ni de retrait ni d'antibioprophylaxie. Il est mentionné que les antécédents d'IST et d'infections génitales hautes ne sont pas des contre-indications à l'utilisation du DIU à distance des épisodes et qu'en cas de survenue d'IST ou d'infection génitale haute, seule une évolution clinique défavorable à 48-72h de l'initiation de l'antibiothérapie doit faire discuter le retrait. Le DIU au lévonorgestrel est recommandé pour ses effets bénéfiques sur les ménorragies et dysménorrhées et le DIU au cuivre réduit de manière significative le risque de cancer de l'endomètre et du col de l'utérus.

Une revue de la littérature réalisée en 2013 par Léa Plan sur l'amélioration du conseil contraceptif concernant le DIU chez la femme nullipare (26) montre que la tolérance du DIU chez les femmes nullipares est bonne. Les différentes études mettent en évidence un taux de continuation à 1 an du DIU au lévonorgestrel similaire à la contraception orale oestroprogestative chez les moins de 25 ans (60), une bonne tolérance des 2 types de DIU chez la majorité des femmes (61), l'absence de complications supplémentaires chez les femmes nullipares comparativement aux femmes multipares (62), une bonne tolérance des femmes nullipares à l'insertion du DIU avec un taux de satisfaction à 4 mois de 72% (63) enfin un taux de continuation à 1 an identique à la pilule oestroprogestative chez les utilisatrices du DIU nullipares (64).

L'étude prospective unicentrique de Guicheteau et al. concernant la tolérance du DIU chez les femmes nullipares (65) montre un taux de continuation à 1 an du DIU de 90,3% chez 72 femmes nullipares. Une majoration des règles a été observée chez 84% des femmes dont 75% déclarent ne pas être gênées par ce symptôme. La tolérance était globalement très bonne à 1 an chez les femmes suivies.

L'étude américaine CHOICE menée en 2010 (66) est une étude prospective menée chez 10 000 femmes de 14 à 45 ans n'ayant pas de désir de grossesse avant au moins 1 an et souhaitant utiliser une nouvelle méthode contraceptive réversible. Après lecture d'une brochure d'information présentant les méthodes contraceptives réversibles de longue durée d'action comme des méthodes de 1^{ère} intention et avec la fourniture gratuite de la contraception, 75% des femmes ont choisi une méthode contraceptive réversible de longue durée d'action dont 66% un DIU et 11% un implant. Cette étude a démontré qu'avec une information suffisante et l'absence de barrière financière, 2 tiers des femmes ont choisi une contraception de longue durée d'action.

L'étude américaine CHOICE menée en 2015 (67) est une étude de cohorte chez 6106 femmes en âge de procréer comparant le taux de continuation des méthodes contraceptives de longue durée d'action entre les adolescentes nullipares et les femmes multipares plus âgées. Les résultats de cette étude retrouvent un taux de continuation à 12 mois élevé et similaire dans tous les groupes quels que soit la parité ou l'âge allant de 82 à 86%. L'âge inférieur à 20 ans n'était pas un facteur d'arrêt des méthodes contraceptives de longue durée d'action, cela encourageant les médecins à proposer ces méthodes contraceptives chez les jeunes femmes nullipares.

La position de la France concernant l'usage du DIU chez les nullipares fait exception, pourtant la revue de la littérature encouragerait les professionnels de santé à proposer davantage les méthodes contraceptives réversibles de longue durée d'action aux jeunes femmes nullipares. Cette position partagée entre la métropole et la Réunion, trouve sur l'île un contexte qui met particulièrement en lumière la nécessité de la faire évoluer.

Avant que de promouvoir auprès des femmes et des professionnels de santé le recours à des méthodes contraceptives réversibles de longue durée d'action comme le DIU, il est nécessaire de disposer d'une information complète rapportant avantages et inconvénients de cette approche.

1.7) Généralités sur le dispositif intra-utérin :

a. L'histoire du DIU (8) (9) :

Le dispositif intra-utérin n'apparaît qu'au XX^{ème} siècle car il nécessite une connaissance de l'anatomie féminine pour pouvoir accéder à la cavité utérine ainsi que de la physiologie de la reproduction. Il a fallu attendre également l'invention des matières plastiques car les matières métalliques étaient mal tolérées et source d'infections (9). En 1902, Carl Hollweg dépose un 1^{er} brevet pour un dispositif en forme de fourchette à volaille avec 2 branches métalliques (Figure 6). Cependant ce dispositif est associé à de nombreux effets secondaires dont un taux élevé d'infections. Il était parfois utilisé à visée abortive ce qui discréditait son utilisation à visée contraceptive. L'anneau en crin de Florence a été décrit pour la première fois par Richard Richter en 1909, à Waldeburg en Pologne (8), il était constitué d'intestin de ver à soie sous la forme d'un anneau flexible (Figure 7), il s'agit du premier dispositif à visée contraceptive. Le premier véritable DIU en anneau d'argent fut inventé en 1928 par le médecin allemand Gräfenberg avec un taux de grossesse de 1,6%. En 1960 apparaît le premier DIU inerte au polyéthylène aux Etats-Unis n'ayant un effet contraceptif que mécanique. Le DIU en forme de « T » fut inventé par le docteur Tatum après avoir remarqué que quand l'utérus se contractait il prenait cette forme. En 1968, l'adjonction par le docteur Zipper de fils de cuivre autour de la branche verticale du dispositif en forme de « T » permet d'augmenter l'efficacité et la tolérance des DIU en diminuant leur taille. Le contenu en cuivre a augmenté progressivement de 200 mm² initialement à 250,275 mm² jusqu'à 380 mm² actuellement avec un gain d'efficacité associé à la toxicité cuivre-dépendante sur les spermatozoïdes.

b. Les types de dispositifs intra-utérins :

➤ **Dispositifs intra-utérins non hormonaux au cuivre :**

Le DIU est composé d'un support radio-opaque avec des bras latéraux flexibles sur lesquels s'enroulent les fils de cuivre (43) (Figure 8). La surface de cuivre est de 375 ou 380 mm² selon le type de dispositif. Un fil de nylon est attaché au support permettant de contrôler la présence du DIU et son retrait. Leur coût s'élève à 30,5 euros, ils sont remboursés à 65% par le Sécurité Sociale.

3 tailles sont disponibles en fonction de la hauteur utérine :

- Short : destinés principalement aux femmes nullipares ayant une hauteur utérine inférieure à 7 cm.
- Standard : à privilégier chez les femmes ayant une hauteur utérine supérieure à 7 cm.
- Maxi (largeur 36,5 mm, longueur 38 mm) : destinés principalement aux multipares.

Les différents modèles existants en France en 2020 sur la liste du VIDAL (48) :

❖ Formes en Ω : fil de cuivre de 375 mm², efficacité de 5 ans.

- **GYNELLE 375** (CCD) (standard)
- **7MED ML 375** (standard)
- **ANCORA 375 CU** (EUROMEDIAL) (standard)
- **MONA LISA 375 CU** (HRA Pharma) (short ou standard)

❖ Formes en Y : fil de cuivre de 380 mm², efficacité de 5 ans.

- **NT 380** (CDD) (short ou standard)
- **UT 380** (CDD) (short ou standard)
- **NOVAPLUS 380 AG** (EUROMEDIAL) (short, standard ou maxi)
- **NOVAPLUS T380 CU** (EUROMEDIAL) (short ou standard)
- **T CU USTA** (7 MED) (standard)
- **T CU USHA** (7 MED) (short)
- **T CUAg NSTA** (7 MED) (standard)
- **T CUAg NSHA** (7 MED) (short)
- **MONA LISA NT CU 380** (HRA Pharma) (short ou standard)

Les DIU NT 380 disposent d'un noyau d'argent n'ayant pas démontré d'amélioration du service médical rendu en comparaison au DIU UT 380.

- ❖ Formes en T : fil de cuivre de 380 mm² (cuivre sur la barre verticale et horizontale), efficacité 10 ans sauf pour le T SHA (5 ans).
- **COPPER T380 A** (EUROMEDIAL) (standard)
- **T SHA U380** (7MED) (short)
- **T STA U380** (7MED) (standard)
- **MONA LISA CuT380A QL** (HRA Pharma) (standard)

2 nouveaux dispositifs intra-utérins mis sur le marché :

- **IUB BALLERINE MIDI** (CCD) : DIU à base de cuivre de forme sphérique d'un diamètre d'environ 15 mm à mémoire de forme, la surface totale de cuivre est de 300 mm². Son efficacité est de 5 ans, il n'est pas remboursé et son prix de vente est libre. L'avantage prôné par le laboratoire serait de réduire le risque de perforation et de saignements lors de la pose. Dans une étude observationnelle menée chez 201 femmes en Israël, la pose s'est déroulée sans effets secondaires notables chez 86,9% des femmes et seuls 2 DIU étaient mal placés entre 1 et 3 mois, le taux d'expulsion spontanée était de 3,4% observé chez des femmes multipares ou âgées de plus de 24 ans (50).
- **ETHERENA T CU 380 A** (CCD) : remboursé à 60% (son coût est de 28,37 euros), efficace 10 ans (49). Il se compose d'un corps en forme de T avec un fil de cuivre autour de l'axe vertical et autour des 2 bras horizontaux conférant une surface en cuivre de 380 +/- 38 mm².

➤ **Dispositifs intra-utérins hormonaux :**

La commission de transparence classe les DIU contenant du lévonorgestrel comme des moyens contraceptifs de 2^{ème} intention après le DIU au cuivre. Compte tenu de la moins bonne tolérance et du coût plus élevé du DIU au lévonorgestrel, il est recommandé de n'utiliser le SIU hormonal qu'en cas de bénéfice supplémentaire attendu notamment en cas de ménorragies ou de règles abondantes sous DIU au cuivre (13).

Une enquête de pharmacovigilance a été menée en 2017 par l'ANSM (51) concernant 2 DIU au lévonorgestrel (Miréna et Jaydess) devant un nombre important de signalement d'effets indésirables liés à des symptômes d'anxiété entre mai et août 2017. Le rapport a conclu qu'il n'y avait pas suffisamment de données pour établir un lien direct entre ces effets indésirables et l'utilisation des DIU. L'ANSM rappelle le rôle du médecin d'informer les patientes du risque de survenue de ces effets indésirables avant la pose.

- **MIRENA** (3) (Bayer) : contient 52 mg de lévonorgestrel. Durée de contraception maximale de 5 ans, remboursé à 65% (prix de vente de 106 euros).
- **KYLEENA** (3) (Bayer) : système intra-utérin contenant 19,5 mg de lévonorgestrel. Durée de contraception maximale de 5 ans. Remboursable à 65% (prix s'élevant à 99,42 euros). Dose intermédiaire entre le Mirena et le Jaydess.
- **JAYDESS** (Bayer) : contient 13,5 mg de lévonorgestrel. Durée de contraception maximale de 3 ans, remboursé à 65% (prix de vente de 94,52 euros).

Les différents types de DIU commercialisés en 2015 sont représentés dans l'annexe 9.

c. Les indications à l'utilisation du DIU :

Selon l'HAS (43), il s'agit d'une « méthode de 1^{ère} intention, considérée comme très efficace, de longue durée d'action et pour laquelle aucun risque de cancer ni de risque cardiovasculaire n'est établi ».

- Contraception d'urgence pour les DIU au cuivre dans les 120 heures (soit 5 jours) suivant un rapport sexuel non protégé (52).
- Contraception de longue durée d'action pour toutes les femmes, quelle que soit la parité après avoir écarté les contre-indications.
- Le DIU au lévonorgestrel est indiqué chez les femmes souffrant de ménorragies fonctionnelles après avoir recherché et éliminé une cause organique.

L'OMS considère qu'avant 20 ans, les avantages du DIU l'emportent sur les risques avérés ou théoriques (43).

d. Les contre-indications absolues à la pose d'un DIU selon l'HAS (1) et l'OMS (44):

- Grossesse suspectée ou avérée
- Infection puerpérale en post-partum
- En post-abortum : immédiatement après un avortement septique.
- Maladie inflammatoire pelvienne en cours
- Cervicite purulente ou infection à chlamydia ou gonococcie en cours.
- Tuberculose génito-urinaire avérée
- Saignements vaginaux inexpliqués
- Maladie trophoblastique gestationnelle maligne
- Cancer du col utérin
- Cancer de l'endomètre
- Anomalie anatomique utérine congénitale ou acquise entraînant une déformation de la cavité utérine rendant impossible l'insertion du DIU.
- Fibromes utérins avec déformation de la cavité utérine.

Spécifiques au type de DIU :

- DIU au cuivre : hypersensibilité au cuivre ou à l'un des composants du dispositif.

- SIU hormonal : tumeur sensible aux progestatifs, affection hépatique, hypersensibilité au lévonorgestrel.

Contre-indications relatives :

- Période de post-partum comprise entre 48h et 4 semaines après un accouchement.

e. Les avantages :

- Efficacité contraceptive : le pourcentage de grossesses non désirées dans la première année d'utilisation est de 0,6% en utilisation correcte et régulière et de 0,8% en utilisation courante pour le DIU au cuivre. Il est de 0,2% en utilisation correcte et régulière pour le DIU au lévonorgestrel et 0,6% en utilisation courante. Il n'y a pas de différence significative d'efficacité contraceptive entre le DIU au cuivre et celui au lévonorgestrel (43). Il rentre dans le cadre des contraceptions très efficaces selon la classification de l'OMS et arrive en 3^{ème} position derrière la stérilisation tubaire et l'implant (Figure 10).
- Longue durée d'action : 5 à 10 ans pour le DIU au cuivre et 3 à 5 ans pour le DIU au lévonorgestrel.
- Observance optimale notamment chez les jeunes de 18 à 24 ans dont la fertilité est maximale et le taux d'IVG 2 fois supérieur aux taux tout âge confondu (68).
- Faible taux d'abandon à 1 an : d'après l'étude Cocon entre 2000 et 2004 chez des femmes ayant changé de méthode contraceptive suite à une IVG, le DIU avait le plus faible taux d'abandon à 1 an parmi l'ensemble des méthodes choisies (68).
- Contraception non hormonale

f. Les principaux effets indésirables cités par l'HAS (43) :

- Douleurs ou contractions utérines ou saignements liés à la pose.
- Risque de perforation utérine (rare) dont les facteurs de risque sont (69) l'allaitement, l'accouchement < 6mois, le manque d'expérience du professionnel de santé et une anté ou rétro-version utérine extrême.
- Risque d'expulsion le plus souvent la 1^{ère} année après la pose (69) dont les facteurs de risque sont l'âge <20 ans, les ménorragies, dysménorrhées, myomes, adénomyose, l'antécédent d'expulsion et une longueur transversale importante de la cavité utérine.

- Modification du cycle menstruel pour le DIU au cuivre: ménorragies, douleurs et crampes au moment des règles.
- Effets indésirables les plus fréquents pour le SIU hormonal : acnée, tension mammaire, tension abdominale, troubles de l'humeur, kystes ovariens et dysménorrhées (oligoménorrhée ou aménorrhée ou spotting).
- Risque de maladies inflammatoires pelviennes et de GEU rares.

Le retrait du DIU au lévonorgestrel doit être envisagé en cas de survenue ou d'aggravation de migraines, de céphalées sévères, d'ictère, d'augmentation importante de la pression artérielle, tumeur hormono-sensible comme le cancer du sein, survenue d'une pathologie artérielle sévère (accident vasculaire cérébral ou infarctus du myocarde) ou d'un événement thromboembolique aigu (43).

g. Les mécanismes d'action (2) (43) :

- Le DIU au cuivre : cytotoxicité sur les gamètes rendant les spermatozoïdes inactifs ce qui inhibe la fécondation et inflammation endométriale empêchant la nidation de l'ovocyte fécondé.
- Le DIU au lévonorgestrel : épaissit la glaire cervicale empêchant le passage des spermatozoïdes au niveau cervical, empêche la prolifération de l'endomètre et parfois l'ovulation.

h. Choix du dispositif intra-utérin (13) :

- Pour les DIU au cuivre, il est préférable de choisir un dispositif avec le plus faible taux d'échec et la plus longue durée d'utilisation, à savoir les T380S.
- Si le T380S ne peut être inséré en raison d'un orifice trop étroit, un autre dispositif 380 mm² est recommandé.
- Si la hauteur utérine est inférieure à 6,5 cm, un dispositif sans cadre ou avec une tige courte peuvent être utilisés.

Les dispositifs T380S sont ceux à privilégier chez les femmes nullipares, aucune preuve n'ayant été apportée concernant l'utilisation de DIU différents selon la parité.

- Le SIU hormonal (69) est la méthode contraceptive apportant le plus de bénéfices en cas de ménorragies ou dysménorrhées et en prévention de l'anémie. Le Miréna avec 52 mg de lévonorgestrel est recommandé en 1^{ère} intention en cas d'endométriose douloureuse non opérée. Il existe deux fois moins de complications en cas d'utilisation du SIU hormonal comparativement à l'endométréctomie. En cas d'endométriose opérée, il réduit le risque de récurrence des douleurs ainsi que la qualité de vie des patientes.

i. Conditions d'utilisation (43) :

- Recherche de Chlamydia Trachomatis et Neisseria Gonorrhoea si la femme présente des facteurs de risque : IST, infection génitale haute en cours ou récente, âge inférieur à 25 ans ou partenaires multiples (53).
- Examen gynécologique précédent la pose afin d'estimer la taille et la position de l'utérus.
- Insertion recommandée en 1^{ère} partie de cycle afin d'écarter le risque de grossesse (dans les 7 jours suivant le début des règles). Si le SIU hormonal est inséré en dehors des 7 premiers jours du cycle, il faut compter 7 jours d'abstinence ou d'utilisation du préservatif après la pose avant d'être protégé efficacement.
- Pose immédiate possible après une IVG par aspiration ou lors de la visite de contrôle pour une IVG médicamenteuse après vérification de la vacuité utérine ou avec un dosage d'HCG plasmatique négatif (53).
- L'administration d'antalgiques peut être proposée avant la pose, notamment chez les nullipares pour qui la pose est plus douloureuse mais n'est pas systématique.
- Consultation de suivi 1 à 3 mois après la pose pour vérifier la position du DIU et la tolérance puis 1 fois par an.
- Retrait possible à n'importe quel moment du cycle avec remplacement immédiat pour assurer une contraception continue.
- Pas d'indication d'une antibioprophylaxie avant la pose.

j. Méthode de pose classique (34) : (Figure 11)

- Respect des conditions d'asepsie soit en portant des gants stériles soit en ne touchant pas tout ce qui doit être inséré dans la cavité utérine. Il n'existe pas de preuve d'une diminution des infections pelviennes après désinfection cervicale avant la pose.
- Faire rentrer le DIU dans le tube inserteur.
- Introduction du spéculum.
- Préhension du col par une pince de Pozzi.
- Traction de l'utérus pour l'horizontaliser et mesure de la hauteur utérine à l'aide d'un hystéromètre.
- Placer la bague du tube inserteur au niveau de la mesure retrouvée.
- Maintien d'une traction avec la pince de Pozzi et insertion du tube à travers le col jusqu'au fond utérin avec butée de la bague contre le col.
- Reculer le tube inserteur d'un cran le long du poussoir.
- Repousser l'ensemble jusqu'au fond utérin et reculer le tube inserteur d'un 2^{ème} cran le long du poussoir.
- Retirer le poussoir et le tube inserteur et couper les fils à 2-3 cm de leur sortie par l'orifice exo-cervical.

Les DIU présentent certes des contre-indications et des effets indésirables avérés et théoriques mais les avantages de la méthode l'emportent objectivement sur les inconvénients y compris chez les jeunes filles nullipares.

Les freins qui expliquent un moindre recours au DIU relèvent-ils de cette réalité ou de l'imaginaire des femmes voir des professionnels de santé ? Les avantages que les femmes pourraient en tirer sont-ils connus ? L'information paraît jouer un rôle central dans la prise de décision de la femme sur la méthode contraceptive qu'elle a retenue.

I.8) La question de recherche :

Mon hypothèse de recherche a été que les représentations socio-culturelles des femmes nullipares à la Réunion induisaient une sous-utilisation du DIU. De cette hypothèse est née la question de recherche : Quelles sont les représentations des femmes nullipares à la Réunion sur la contraception par dispositif intra-utérin ? J'ai mené une série d'entretiens auprès d'un échantillon de ces femmes :

- afin d'identifier les freins à son utilisation chez ces femmes
- afin de connaître les sources de leur jugement
- pour proposer des pistes afin de faire évoluer la contraception.

II. MATERIEL ET METHODES :

II.1) Revue de la littérature :

La recherche bibliographique s'est faite à partir des bases de données Pubmed, Google Scholar, Santé Publique France, le catalogue du SUDOC et sur des sites tels que l'HAS, Thèse.fr, l'INSEE, l'INPES, Cairn.info, le VIDAL et sur des revues tels qu'Exercer, la Revue du Praticien, Prescrire. Elle s'est faite également à partir des références bibliographiques pertinentes de thèses de médecine générale.

Les termes utilisés étaient : « dispositif intra-utérin », « stérilet », « nullipares », « freins », « motivations », « représentations », « connaissances ».

II.2) Choix de la méthode :

L'objectif de ma thèse était d'explorer les représentations des femmes nullipares à la Réunion sur la contraception par DIU afin d'identifier les freins et motivations à utiliser cette méthode contraceptive en lien avec le vécu des femmes. Afin de répondre à cette question, le choix d'une analyse qualitative par entretiens semi-dirigés semblait plus approprié pour permettre d'explorer l'ensemble des représentations des femmes.

II.3) Population :

La population choisie était composée de femmes nullipares habitant à la Réunion. Les critères d'inclusion étaient les femmes majeures nullipares. Les critères d'exclusion étaient les mineures et les majeures protégées car le consentement de leurs représentants légaux était obligatoire et peu approprié dans ce contexte, et les femmes refusant de participer à l'étude.

L'échantillonnage était raisonné et s'est fait selon les critères de variation maximale en fonction des critères d'inclusion, de la localisation géographique, du niveau socio-professionnel, de la méthode contraceptive utilisée et de l'âge.

Le recrutement des femmes s'est fait initialement par convenance pour les 3 premiers entretiens puis de manière aléatoire principalement dans des CPEF et dans des cabinets médicaux par l'intermédiaire des médecins, sages-femmes ou conseillères conjugales à la fin des consultations. Dans les cabinets médicaux, le recrutement s'est fait par l'intermédiaire des secrétaires. Si les femmes remplissaient les critères d'inclusion et acceptaient de participer à l'étude, elles leur expliquaient le principe de l'étude puis les adressaient secondairement vers une salle de consultation dédiée à l'entretien. Une fois arrivées dans le cabinet, je me présentais en tant qu'interne en médecine générale en leur expliquant que je

réalisais ces entretiens dans le cadre de ma thèse. Je leur expliquais que ma thèse portait sur la contraception par stérilet chez les femmes n'ayant jamais eu d'enfants afin de connaître leurs opinions sur cette méthode contraceptive. Le terme « stérilet » était volontairement choisi afin de s'adapter aux femmes qui connaissaient toutes ce terme.

II.4) Recueil des données :

Les entretiens se sont déroulés entre le 1^{er} août 2019 et le 1^{er} octobre 2019. Il s'agissait d'entretiens semi-directifs dans des salles de consultation, au domicile de l'investigatrice et dans des salles de réunion à l'hôpital.

Les entretiens étaient enregistrés à l'aide d'un ordinateur portable et d'un dictaphone. Il n'y a eu que des enregistrements audio après consentement oral et écrit des femmes.

Le canevas d'entretien a été testé lors d'un entretien pilote en atelier thèse avec une interne. Il s'articulait autour d'une question « brise-glace » : « comment as-tu choisi ton premier mode de contraception ? ». Le canevas a été élaboré à partir des données de la littérature et s'est enrichi à partir du 4^{ème} entretien puis tout au long des entretiens. Le canevas d'entretien a exploré : le premier choix contraceptif, la place de l'entourage familial et amical ainsi que du compagnon dans ce choix, le déroulement de l'entretien médical, les informations reçues sur le DIU, la perception de cette méthode de contraception, les freins et motivations à son utilisation et enfin les critères d'une « bonne » contraception. Le canevas d'entretien comportait également des questions fermées à savoir : l'âge, le statut conjugal, la contraception actuelle, l'antécédent d'IVG, le niveau socio-professionnel.

Une fois les entretiens enregistrés, ils étaient retranscrits dans leur intégralité en incluant les onomatopées sur le logiciel Word®.

La saturation théorique des données a été obtenue au vingt-troisième entretien.

II.5) Analyse des données :

Une analyse par théorisation ancrée a été effectuée. Le codage était ouvert et axial. L'analyse a été faite à l'aide de la version Release 1.2 (426) du logiciel Nvivo® afin d'effectuer un premier codage en unité de sens puis en catégories articulées autour d'un concept central.

La triangulation des données a été effectuée après une première analyse par l'investigatrice avec la directrice de thèse et une thésarde de l'Université de Lyon pour les premiers entretiens.

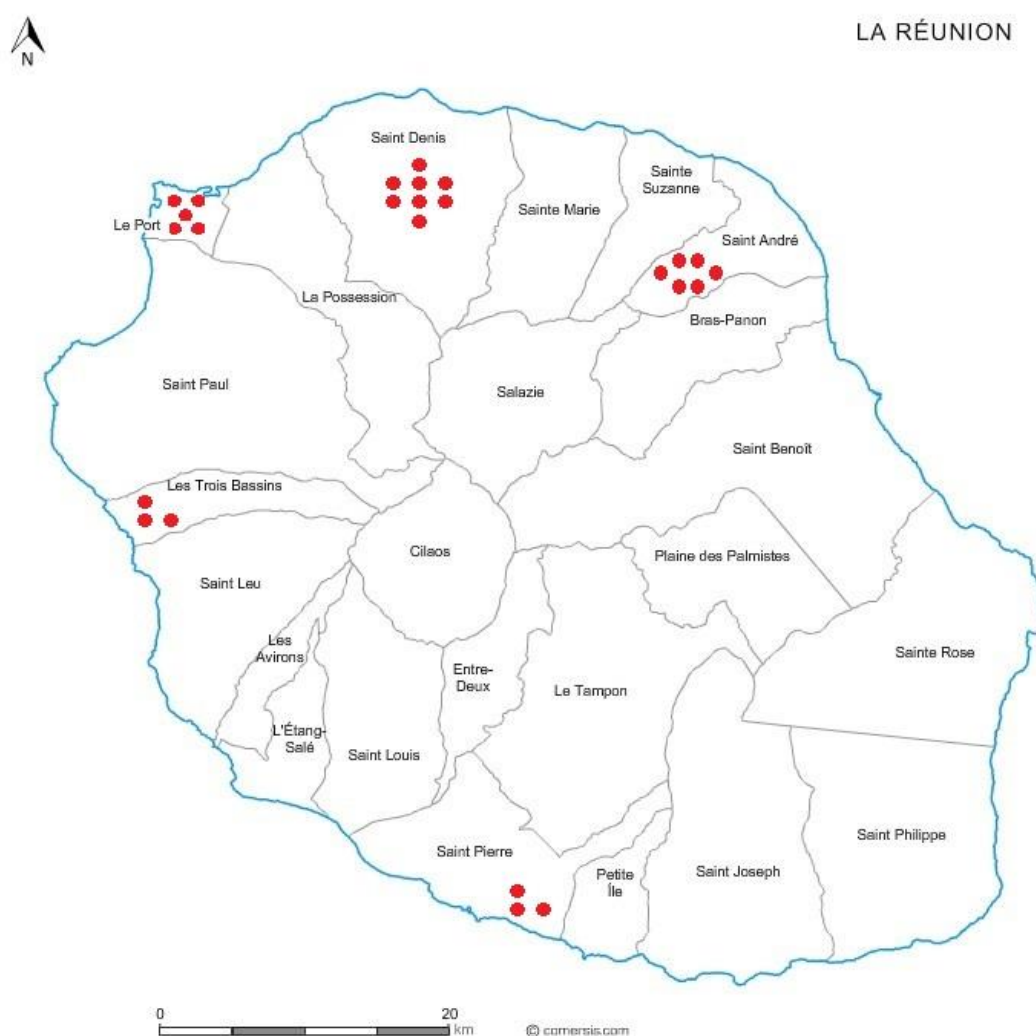
II.6) Aspects éthiques :

Une déclaration simplifiée de conformité à la méthodologie de référence MR003 a été enregistrée auprès de la CNIL, l'étude se situant hors loi Jardé. L'avis du CPP n'était pas nécessaire car il s'agissait d'une étude non interventionnelle se situant en dehors du champ d'application de la loi 2004-806 du 9 août 2004 modifiée sur la protection des personnes, de plus il n'y avait pas de questions directes sur des données à caractère sensible. Une déclaration au délégué à la protection des données de l'Université a été réalisée conformément au Règlement général sur la protection des données. Le consentement oral et écrit a été recueilli après information éclairée. Les entretiens ont été anonymisés et retranscrits sur Word® intégralement. Conformément à la loi sur la protection des données à caractère personnel, les enregistrements ont été détruits après retranscription et l'origine ethnique n'a pas été retenue.

III. RESULTATS :

III.1) Caractéristiques des entretiens :

Au total, 25 entretiens ont été réalisés entre le 1^{er} août et le 1 octobre 2019 dont 6 entretiens au CPEF de Saint André, 2 entretiens au CHU de St Denis, 1 entretien au domicile de l'investigatrice à St Denis, 5 entretiens au CPEF de Saint Denis, 5 entretiens au CPEF du Port, 3 entretiens au Centre Médical du Lagon à la Saline et enfin 3 entretiens au CPEF de Saint Pierre (Carte 1).



Carte 1. Localisation des entretiens à la Réunion avec les femmes nullipares.

La durée des entretiens était comprise entre 3,38 minutes et 24 minutes avec une moyenne de 8,12 minutes. La moyenne d'âge des femmes interrogées était de 22,7 ans et la médiane de 19 ans. Ces données sont résumées dans le tableau 1.

Entretiens	Localisation	Durée de l'entretien	Date
E1	CHU St Denis	23,30 min	1/08/19
E2	CHU St Denis	3,5 min	7/08/19
E3	CHU St Denis	24 min	11/08/19
E4	CPF St André	6,04 min	3/09/19
E5	CPF St André	5,48 min	3/09/19
E6	CPF du Port	4,15min	13/09/19
E7	CPF du Port	12,14 min	13/09/19
E8	CPF du Port	5,38 min	20/09/19
E9	CPF du Port	6,44 min	20/09/19
E10	CPF du Port	8,44 min	20/09/19
E11	CPF St Denis	7 ,16 min	23/09/19
E12	CPF St Denis	7,54 min	23/09/19
E13	CPF St Denis	4,18 min	23/09/19
E14	CPF St Denis	3,58 min	23/09/19
E15	CPF St Denis	7,24min	23/09/19
E16	CPF St Pierre	7,58min	25/09/19
E17	CPF St Pierre	16,30 min	25/09/19
E18	CPF St Pierre	5,15 min	25/09/19
E19	Cabinet à la Saline	10 min	26/09/19
E20	Cabinet à la Saline	4,58 min	26/09/19
E21	Cabinet à la Saline	8,28 min	26/09/19
E22	CPEF St André	6,35 min	1/10/19
E23	CPEF St André	5,39 min	1/10/19
E24	CPEF St André	7,33 min	1/10/19
E25	CPEF St André	3,38 min	1/10/19

Tableau 1 : récapitulatif de la localisation, date et durée d'entretien

Les caractéristiques des femmes interrogées sont résumées dans le tableau 2 ainsi que les facteurs influençant le choix contraceptif dans le tableau 3.

Entretiens	Age	Profession	Catégorie socio-professionnelle	Statut	Contraception actuelle
E1	25 ans	Interne	Supérieure	En couple	Implant
E2	18 ans	Etudiante médecine	Supérieure	Célibataire	Pilule
E3	30 ans	Infirmière	Supérieure	En couple	DIU au cuivre
E4	19 ans	Restauration	Basse	En couple	Implant
E5	19 ans	Etudiante en espagnol	Moyenne	En couple	Pilule
E6	20 ans	Etudiante en licence	Moyenne	En couple	Pilule
E7	22 ans	Etudiante à l'école de la seconde chance	Basse	Célibataire	Aucune (Jamais utilisé)
E8	20 ans	Etudiante en architecture	Supérieure	En couple	DIU au cuivre
E9	18 ans	BTS communication	Moyenne	En couple	Pilule
E10	18 ans	Restauration	Basse	En couple	Implant
E11	18 ans	CAP petite enfance	Moyenne	En couple	Préservatif et pilule
E12	43 ans	Esthéticienne	Moyenne	En couple	Préservatif (envisage ligature des trompes)
E13	18 ans	Etudiante en BTS	Moyenne	En couple	Pilule
E14	20 ans	Licence de chimie	Supérieure	En couple	Pilule
E15	19 ans	Vente	Basse	En couple	Pilule
E16	18 ans	Pas d'emploi	Basse	En couple	Pilule
E17	36 ans	Educatrice	Moyenne	Divorcée	Pilule
E18	18 ans	Lycéenne	Moyenne	Célibataire	Pilule
E19	29 ans	Assistante d'éducation dans un collège	Supérieure	En couple	Aucune
E20	36 ans	Traitement des déchets	Basse	Célibataire	Pilule
E21	27 ans	Ne travaille pas	Basse	En couple	Pilule
E22	18 ans	Formation à la mission locale	Moyenne	En couple	Implant
E23	22 ans	Recherche d'emploi dans la vente	Moyenne	En couple	Implant
E24	19 ans	Apprentis en restauration	Basse	En couple	Patch
E25	18 ans	Lycéenne	Moyenne	En couple	Pilule

Tableau 2 : caractéristiques des femmes interrogées.

Entretiens	Age	Niv socio-prof	ATCD IVG	Désir de grossesse	Connaissances sur la contraception	Contraception par DIU
E1	25	Elevé	Non	Long terme	Elevées	Envisagée
E2	18	Elevé	Non	Long terme	Moyennes	Non envisagée
E3	30 ans	Elevé	Non	Moyen terme	Elevées	En cours
E4	19 ans	Bas	Non	Moyen terme	Faibles	Non envisagée
E5	19,5 ans	Moyen	Non	Long terme	Moyennes	Non envisagée
E6	20 ans	Moyen	Non	Long terme	Moyennes	Non envisagée
E7	22 ans	Bas	Oui	Court terme	Faibles	Non envisagée
E8	20 ans	Elevé	Non	Long terme	Elevées	En cours
E9	18 ans	Moyen	Oui	Long terme	Faibles	Non envisagée
E10	18 ans	Bas	Non	Long terme	Faibles	Non envisagée
E11	18 ans	Moyen	Non	Long terme	Moyennes	Non envisagée
E12	43 ans	Moyen	Non	Pas de désir de G	Elevées	Utilisée
E13	18 ans	Moyen	Oui	Long terme	Faibles	Non envisagée
E14	20 ans	Elevé	Non	Long terme	Moyennes	Envisagée
E15	19 ans	Bas	Non	Long terme	Moyennes	SIU ?
E16	18 ans	Bas	Non	Long terme	Faibles	Non envisagée
E17	36 ans	Moyen	Oui	Pas de désir de G	Moyennes	Envisagée
E18	18 ans	Moyen	Oui	Long terme	Faibles	Non envisagée
E19	29 ans	Elevé	Oui	Court terme	Elevées	Utilisée
E20	36 ans	Bas	Non	Moyen terme	Faibles	Non envisagée
E21	27 ans	Bas	Non	Moyen terme	Faibles	Non envisagée
E22	18 ans	Moyen	Non	Moyen terme	Moyennes	Non envisagée
E23	22 ans	Moyen	Oui	Long terme	Elevées	Envisagée
E24	19 ans	Bas	Non	Long terme	Moyennes	Non envisagée
E25	18 ans	Moyen	Non	Long terme	Moyennes	Non envisagée

Tableau 3. Facteurs influençant le choix contraceptif

Désir de grossesse :

Court terme : 0 - 1 an

Moyen terme : 1 à 3 ans

Long terme : au-delà de 3 ans

Dans les Tableau 3, les éléments surlignés en rouge sont des facteurs négatifs pour l'utilisation du DIU et ceux surlignés en vert sont des facteurs positifs pour l'utilisation du DIU.

III.2) Le recours aux méthodes contraceptives :

III.2.1) Méthode contraceptive initialement choisie :

a. La pilule:

- E1: *"Et je voulais être sûre en fait de commencer euh par la pilule pour voir au niveau des effets secondaires parce que tu te dis que la pilule si tu as des effets secondaires tu l'arrêtes enfin voilà je change de mode ».*
- E3: *"Alors le premier choix de contraception j'avais déjà pris la pilule quand j'étais plus jeune ».*
- E9: *"Du coup ben on a choisi la pilule ensemble ».*
- E12: *"Oui, alors ma première contraception ça a été la pilule ».*
- E13: *"Du coup ben j'ai avorté et depuis je prends la pilule ».*
- E15: *"Alors, euh, c'était, ben c'est la pilule ».*
- E19: *"J'ai choisi par rapport, parce que j'ai entendu dire par rapport aux copines etc donc c'est comme ça euh que j'ai vraiment choisi. Parce que les autres j'entendais qu'elles prenaient la pilule, j'en entendais parler aussi à la télé etc, donc c'est comme ça on va dire que j'ai su que la pilule existait et qu'on pouvait prendre la pilule ».*
- E20: *« Euh, c'était la pilule, je connaissais que la pilule ».*
- E21: *« je prenais le préservatif plus la pilule ».*
- E23: *« Alors mon premier choix de contraception c'était à l'âge de 15 ans. C'était la pilule contraceptive ».*
- E24: *« Ben mon premier choix c'était la pilule ».*

b. Le préservatif:

- E2: *"Bah euh premièrement (rire) ben les premiers rapports le préservatif ».*
- E5: *"On avait utilisé le préservatif ».*
- E6: *"Alors mon premier choix de contraception ben c'était le préservatif (rires), le préservatif euh... ».*
- E8: *"Euh bah comme bien de monde les capotes en général ouais ».*
- E10: *"Euh...ben... au début c'était protégé, le garçon se protégeait avec la capote ».*
- E11: *"Euh le préservatif ».*

- E14: *“Ben moi voilà mi a commencé par le préservatif ».*
- E17: *“Mon 1^{er} choix de contraception ça a été le préservatif déjà d’une, c’était automatique avec l’école et tout ».*
- E22 : *« pour ma première fois j’ai utilisé euh le préservatif ».*

c. Pilule du lendemain:

- E4: *“Euh non pas vraiment la pilule de tous les jours, euh, juste la pilule euh du lendemain mais pas la pilule de tous les jours ».*
- E16: *“j’avais fait ma première fois et tout et après j’ai été obligé de prendre la pilule du lendemain et ça on peut pas prendre plus de 3 fois. Du coup moi j’ai pris 4 fois comme ça ».*
- E18: *“en fait avant je prenais que les pilules du lendemain ».*

d. Implant: Aucune.

e. DIU : Aucune.

f. Aucune contraception :

- E7 : *« Ben j’ai jamais pris de contraception ».*

Sur 25 femmes, 11 ont utilisé la pilule comme première méthode contraceptive, 10 le préservatif, 3 la pilule du lendemain et une n’a jamais utilisé de méthode contraceptive. Le DIU n’est jamais utilisé comme première méthode contraceptive.

III.2.2) La pilule : un passage incontournable :

- E1: *“ j’étais à la pilule et après en fait parce que c’était quelque chose qui était connu depuis longtemps donc voilà ».*
- *“Et je voulais être sûre en fait de commencer euh par la pilule pour voir au niveau des effets secondaires parce que tu te dis que la pilule si tu as des effets secondaires tu l’arrêtes enfin voilà je change de mode alors que quand tu as [...] un stérilet [...] je trouvais que c’était difficile d’arrêter du jour au lendemain en disant « écoutez vous me l’enlevez maintenant on change ».*
- E2 : *« Et après en fait j’ai commencé la pilule ».*
- E5 : *« j’avais peur quand même de tomber enceinte du coup je suis venue ici et on m’a dit euh, bah euh, quelle contraception je voudrais, j’ai dit la pilule ».*
- E6 : *« mais là du coup je suis venue ici parce que je voulais changer et passer euh à un autre moyen de contraception [...] du coup je dois prendre la pilule ».*

- E7 : *“Tu as envisagé quoi ?*
- *Ben euh la pilule.*
- *C’est ce que tu connais le plus autour de toi ?*
- *Oui »*
- E11 : *« Ben les autres me tentent pas, franchement les autres me tentent pas. Et euh la pilule je connais plein de gens qui la prennent donc euh ».*
- E15: *“Oui, mais [...], vu mon âge et tout ils ont dit ben que c’était mieux la pilule en fait ».*
- E16 : *« Ben, euh, je préfère la pilule, ouais je préfère la pilule, peut être après ».*
- E17 : *« Donc moi c’était le préservatif puis après ben la pilule automatiquement ».*
- E19: *“C’était vraiment la pilule le plus courant on va dire donc du coup on en a pas vraiment parlé. [...] Après voilà il faut juste que les gens essaient de se dire « non y a aussi le stérilet, fin je peux le mettre » parce que c’est vraiment ancré je pense pour la pilule ».*
- E20: *“Euh, c’était la pilule, je connaissais que la pilule. Donc euh ça a été la pilule ».*
- E21: *“Ben moi je prends la pilule mais euh ça fait tellement longtemps que je prends que moi si je pouvais rester sans prendre la pilule je serais restée sans mais malheureusement on a pas le choix quoi, à part le préservatif on a pas le choix».*
- E25: *“Ben mon premier choix c’était la pilule. Parce que ben c’était plus simple ».*

Si leur première contraception n’est pas la pilule, elle est toujours utilisée secondairement. L’utilisation du DIU apparaît comme une méthode de 2^{ème} voire 3^{ème} intention.

III.3) Les éléments du choix contraceptif : 3 catégories de femmes :

III.3.1) Les femmes qui utilisent le DIU : proactives

a. Niveau de connaissances élevé :

- E3 : *« Et après en fait quand on a regardé tous les avantages, tous les inconvénients de chacun, parce que mon gynécologue m’avait passé un catalogue avec euh tous les moyens de contraception».*
- E8 : *« J’avais déjà fait mon choix tout ça après ça a été de l’approfondissement d’informations mais voilà ».*
- *« j’ai vu pas mal de, pas de documentaires mais de euh...de gens qui témoignaient ».*
- E12 : *« ma première contraception ça a été la pilule que j’ai pris pendant 2 ans [...] et ensuite j’ai basculé sur le stérilet, au tout début je ne me souviens même plus comment*

il s'appelait «Stertalia » je crois [...] ensuite je suis passée au Nuvaring l'anneau pendant 2 ans”.

b. Critères du choix contraceptif :

➤ **personnel ou en couple :**

- *E3: “Euh oui ça s’est fait à deux. Comme la contraception c’est euh ça concerne essentiellement la femme mais aussi l’homme au final ».*
- *E8 : « « Pour le choix ben j’avais déjà fait un choix en fait du coup y a pas eu trop d’avis à donner (rires) ».*
- *E12 : « Ben mon compagnon me dit « ben écoute fais comme tu te sens le mieux ».*
- *E19 : « C’est moi qui voulais justement parce que le stérilet, fin la pilule c’était pas mon truc et du coup on va dire je voulais quelque chose de sûr et euh voilà pas à prendre tous les jours et euh qui soit plus pratique”.*

➤ **Ne pas avoir de règles abondantes :**

- *E12 : « Euh, ne pas avoir les contre-indications des règles abondantes. Bon même si j’ai géré parce que je suis beaucoup dans l’acceptation, je me suis ben voilà c’est comme ça c’est comme ça mais c’est vrai que si on avait pas des règles à flux abondant ».*
- *E15: “j’ai des règles très très douloureuses et qui coulent énormément [...] Moi je dirai celui aux hormones plutôt”.*

➤ **Pas de risques d’oublis :**

- *E3: « on avait vu donc les moyens de contraception les plus utilisés donc euh et comme du coup les oublis de pilule ça m’y connaît en fait (rire) on a choisi l’option la plus pratique ».*
- *E8 : « je suis vachement tête en l’air donc de devoir prendre un petit truc je pense que ça ne m’aurait pas convenu ».*
- *E12 : « Et moins contraignant euh parce que je voyageais, je partais et d’oublier ma plaquette ou des trucs comme ça quoi ».*

➤ **Pas d’hormones :**

- *E3 : « au final on est arrivé sur le stérilet au cuivre parce que moi je ne voulais plus du tout d’hormones ».*
- *« En fait on a pris le catalogue, où c’était tout répertorié, on a tout vu ensemble, euh les avantages, les inconvénients euh quand est-ce que j’allais devoir l’enlever parce que pour le stérilet pas laisser 10 ans bien évidemment (rire) et en fait je lui avais dit ce que je ne voulais pas c’est-à-dire les hormones donc ça enlevait beaucoup de choses. Et après on va dire que le choix s’est aiguillé naturellement ».*

- E8 : « Sans hormones franchement ».
- E12 : « Et à un moment donné je me suis dit « non la pilule c'est des prises hormonales je veux plus » et c'est là où je suis passée plus au stérilet ».
- E19 : « je voulais pas quelque chose d'hormonal [...] c'est pour ça voilà, je voulais essayer déjà sans hormones et le but c'était ça si je mettais un stérilet aux hormones c'était comme si je prenais la pilule ».
- **Ne pas le sentir :**
- E12 : « Euh, quelque chose que vous ne sentez pas, parce que bon le stérilet je le sentais ».
- **Longue durée d'action :**
- E12 : « Ah oui carrément, pas revenir à chaque fois, pas renouveler son ordonnance ainsi de suite ».
- ⇒ Pas de nécessité de renouvellement d'ordonnance.
- **Faible coût :**
- E8 : « bah euh après le coût revenait quand même assez important et euh il a fallu choisir un autre moyen de contraception ».
- **Tolérance digestive :**
- E12 : « Euh la tolérance au niveau digestif aussi ».

Les femmes utilisant le DIU sont toutes dans une démarche proactive de recherche d'informations sur la contraception notamment par l'intermédiaire des médias. Les critères de choix contraceptifs sont nombreux et construits par l'information sur la contraception.

III.3.2) Les femmes qui n'envisagent pas le DIU : passives

a. Niveau de connaissance faible :

- **Connaissance souvent limitée au préservatif et à la pilule:**
- E21: «Euh non, ben à l'époque j'étais encore jeune. Donc à part le préservatif non ».
- « Ben moi je prends la pilule [...] mais malheureusement on a pas choix quoi, à part le préservatif on a pas le choix [...] ».
- E20 : « Pour moi c'était la pilule, la seule que j'ai le droit [...]».
- **Manque de connaissances sur le DIU:**
- E4: «Ben je sais que c'est un petit objet vraiment petit, à part ça non je connais pas».

- E7 : « Je sais pas, j'ai jamais utilisé. [...] Mais on peut faire l'amour avec ça ? [...] Madame mais ça va pas monter ? »
- E10 : « Je connais rien de ce moyen de contraception ».
- E11 : « Ça te semble un peu mystérieux pour l'instant ?
- C'est ça ».
- E13 : « Et après euh, y avait l'autre là, mais ça je crois que c'est que quand t'avais déjà eu des enfants.
- Tu parles du stérilet ?
- Oui, voilà. Je me rappelle plus des prénoms ».
- E16 : « C'est par rapport à pas avoir d'enfants, on peut le tirer aussi. [...] ».
- E20 : « Est-ce que vous savez qu'il y a 2 types de stérilet ? Un avec hormones et un sans hormones.
- Non ».
- E21 : « Oh rien, rien. J'ai toujours pris la pilule et [...] ».
- E22 : « Euh j'ai déjà entendu en parler mais euh... non. [...] ça diffuse des trucs comme euh l'implant et que je crois que ça dure, ça peut durer plus longtemps que l'implant ».
- E24 : « Y a le cuivré c'est ça ? c'est que le cuivre en fait y va faire éloigner les spermatozoïdes pour pas avoir une grossesse. C'est tout (rires). Je sais qu'y a deux types je crois mais après je connais pas l'autre ».

➤ **Méthode de pose inconnue le plus souvent:**

- E7 : « Pour toi comment ça se passe ?
- Je sais pas, j'ai jamais utilisé ».
- E16 : « Et tu sais comment ça se pose ?
- Non, non ».

➤ **Localisation incertaine:**

- E7: "Stérilet ? C'est pas ce qu'on met en bas ça ? »
- E10: "Euh... c'est pour mettre au fond ».
- E11 : « Genre que ça se met au niveau des ovaires, et genre que ça le coince, enfin que ça le ferme ».
- E18 : « Oh c'est à l'intérieur de l'utérus ? »
- E22 : « Ben déjà que ça se met par voie vaginale ».

- E25 : « c'est implanté, euh [...] comment ça s'appelle ça ? je sais plus comment ça s'appelle, où ça se situe ? »

➤ **Méthode de fonctionnement la plus souvent inconnue:**

- E11: " Genre que ça se met au niveau des ovaires, et genre que ça le coince, enfin que ça le ferme ».
- E24: "c'est que le cuivre en fait y va faire éloigner les spermatozoïdes pour pas avoir une grossesse ».

➤ **Pas de connaissances sur le SIU hormonal :**

- E20: "Est-ce que vous savez qu'il y a 2 types de stérilet ? Un avec hormones et un sans hormones.
- Non ».
- E24 : « Je sais qu'y a deux types je crois mais après je connais pas l'autre ».

Les femmes n'envisageant pas l'utilisation du DIU ont dans l'ensemble un manque important de connaissances sur cette méthode contraceptive. Si les femmes n'ont pas d'informations sur le DIU, elles ne le choisissent pas.

b. Critères de choix contraceptif:

➤ **Fiable (pas de risques de grossesse):**

- E10: "On m'a dit qu'on met tout de suite et ça fait effet tout de suite ».
- E11: "plus quelque chose de fiable ».
- E13: "Ben qu'elle marche et tout (rires) ».
- E18: "Ne pas tomber enceinte d'une, euh... voilà c'est tout ».
- E22: "ben que ce sera bien protégé ».
- E24: "On a discuté avec le médecin par rapport à l'efficacité ».
- E25: "Que ça couvre bien, je sais pas comment expliquer en fait ».

➤ **Pas de risques d'oublis: Implant ou patch**

- E4: "c'est surtout parce que je sais que, ben la pilule c'est tous les jours, euh même heure donc euh je pense que moi j'aurais pu avoir des oublis ».
- E10: "pas prendre tous les jours, pour pas oublier en fait ».
- E22: "pour moi ce sera plus l'implant comme ben je sais qu'il sera toujours là, y aura pas d'oublis ».
- "vu que moi je suis un peu tête en l'air et je risque d'oublier la pilule donc euh je me suis dit que euh ben je préfère mettre l'implant comme je suis sûre que euh c'est là tous les jours et j'ai pas à avoir des oublis ou quoi que ce soit ».

- E24: *« surtout par rapport aux oublis ».*
- *« il reste là pendant une semaine, y a pas à s'en soucier tous les jours ».*

➤ **Pratique et simple d'utilisation :**

- E6 : *« J'avais d'abord pensé à l'implant puisque ça me semblait plus simple [...] ça avait l'air pas très compliqué à gérer comparé à la pilule où il faut la prendre quotidiennement ».*
- E10 : *« Ya juste un temps pour mettre et un temps pour tirer ».*
- E11 : *« c'est plus pratique ».*
- *« je viens ici pour m'orienter vers la pilule, oui vu que ça peut être pratique aussi ».*
- *« j'aime bien le préservatif et la pilule. Ça reste simple et en même temps efficace. Donc c'est bien ».*
- E25 : *« c'était la pilule. Parce que ben c'était plus simple ».*

➤ **Diminution ou arrêt des règles :**

- E2 : *« c'est juste parce que j'avais vraiment mal et tout et le gynéco m'a proposé une pilule ».*
- E21 : *« J'avais mes règles souvent pendant la natation et du coup euh ben j'avais commencé à prendre ça par rapport à ça parce que j'avais beaucoup de douleurs ».*
- E22 : *« Et puis ben je suis ce genre de fille qui n'aime pas trop avoir ses règles pendant tous les mois donc bon là c'est bien parce que j'ai pas du tout ».*

➤ **Protection contre les IST :**

- E11 : *« Euh ben personnellement j'ai préféré euh le préservatif vu que ça protège en même temps des IST et tout le tralala ».*

➤ **Longue durée d'action :**

- E6 : *« Le fait que ça dure 3 ans ».*
- E22 : *« Et puis ça dure trois ans donc euh si on veut pas avoir d'enfants toute suite, on est posé pour l'instant ».*

➤ **Pas de gêne :**

- E9 : *« Ben du moment que ça nous convient à nous, que y a aucun problème ».*
- E24 : *« Y a pas plus de, ça gêne pas plus au corps en fait ».*

➤ **Discret :**

- E10 : *« on met, c'est pas voyant et on laisse comme ça ».*
- E25 : *« c'est discret, ça reste discret ».*

➤ **Maintien des règles :**

- E24 : « Au niveau des règles on les a toujours ».

La démarche de choix contraceptif chez les femmes n'envisageant pas le DIU est très souvent passive. Le critère de choix est tout autant la simplicité d'utilisation et la fiabilité que les conseils dictés par l'entourage ou le médecin.

III.3.3) Les femmes qui n'excluent pas le DIU :

a. Niveau de connaissance plutôt élevé en majorité:

- E1: *“Je pense que tu vois nous vis-à-vis de notre profession c’est vrai qu’on est pas mal au courant [...] t’es quand même, je pense que t’es quand même très au courant des différents modes de contraception, des effets secondaires, des choses comme ça ».*
- E14 : *« je suis déjà partie à l’infirmerie de l’université et elle m’a donné aussi le nom d’un site pour aller voir toutes les contraceptions qui existaient ».*
- *« J’avais vu ça sur le site aussi ».*
- E15 : *« j’avais entendu ça dans les reportages ».*
- E23 : *« Je pense être informée sur la contraception [...] euh les principaux, je sais qu’il y a le stérilet hormonal ou le stérilet en cuivre, l’implant contraceptif, la pilule, le patch, euh c’est déjà pas mal (rires)”.*
- *« Euh ben je regarde quelques vidéos sur youtube ».*

b. Un niveau de connaissance incomplet chez certaines :

- E14 : *« Ça y faut mettre non ? »*
- E17 : *Et voilà, le cuivre c’est au bout de combien de temps qu’on le retire ? [...] Et euh, c’est remboursé ça ? [...] Visiblement si c’est insupportable on le retire ? [...] ».*
- *« Ben euh parce qu’aussi à l’époque, enfin y a pas si longtemps que ça parce qu’il y a 3 ans que je suis allée faire mon frottis, la gynéco m’en a brièvement parlé mais euh... voilà j’ai pas fait attention ».*

c. Critères de choix contraceptif :

➤ **Personnel ou en couple :**

- E1: *“Clairement c’était moi qui décidais du mode de contraception quoi. Enfin... Euh...parce qu’au final les effets secondaires c’est quand même toi qui les as ».*

➤ **Désir d'aménorrhée :**

- E1 : « j'ai vraiment horreur d'avoir des règles, je sais pas, j'aime pas ça du tout en fait. Et donc je m'étais dit tant qu'à faire si je peux trouver un truc où j'ai pas mes règles ça me sauve la vie aussi en fait ».
- E15 : « Ben franchement, ne plus avoir les règles. Honnêtement, [rires], c'est juste ça. Parce que même si j'ai pas de rapports ben je continuerais de prendre la pilule ou de garder ma contraception juste parce que ça me donne moins de règles. Parce que je suis vraiment mal quand j'ai mes règles ».

➤ **Fiabilité :**

- E1 : « Euh...la fiabilité premièrement et euh parce que j'étais à la pilule et après en fait parce que c'était quelque chose qui était connu depuis longtemps donc voilà, l'implant aussi ».
- E14 : « Ben qui me protège, fin pour ne pas tomber enceinte quoi, c'est ça oui ».
- E15 : « J'essaie d'y penser le maximum mais j'oublie ma pilule au moins 1 fois par mois. J'oublie au moins une fois obligé. Et euh [...], donc c'est pas vraiment fiable quand j'ai souvent des rapports tu vois et euh, faudrait, je pense au stérilet ».

➤ **Pas d'hormones :**

- E1 : « je pense que nous mettre des hormones tout le temps c'est pas si bon que ça au final. Donc je pense que je m'orienterais plus même au final vers un stérilet au cuivre. Tu te dis qu'il y a pas d'hormones dedans, ça modifie pas en fait trop ton état ».
- E17: "Apparemment le mieux c'est le cuivre ».
- E23 : « Euh la contraception parfaite, euh, une qui n'oblige pas, ben justement, à prendre une hormone de synthèse en fait euh voilà ».

➤ **Pas de risques d'oublis :**

- E23 : « Et du coup par la suite j'ai vu que j'avais quelques oublis du coup j'ai décidé de prendre l'implant contraceptif ».

➤ **Bien-être :**

- E1 : « je pense que ton bien-être c'est quand même hyper important ».

➤ **Pas de nécessité de renouvellement d'ordonnance :**

- E23 : « Une qui oblige pas à aller chez le médecin pour se faire prescrire, ben par exemple, la pilule ».

➤ **Protection contre les MST :**

- E14 : « Après éviter aussi des problèmes, des maladies c'est possible aussi ».

Chez les femmes n'excluant pas le DIU, il existe une connaissance souvent importante sur la contraception mais il persiste des incertitudes sur le DIU sur lesquelles les femmes se questionnent. Les femmes sont proactives : l'alternative que représente le DIU à leur méthode contraceptive actuelle est déjà réfléchie.

III.4) L'influence du vécu des femmes:

III.4.1) Les femmes qui utilisent le DIU :

a. *Catégorie socio-professionnelle supérieure :*

- E3: "Infirmière en Pédiatrie".
- E8: "Etudiante en architecture".
- E19: "Assistante d'éducation dans un collège".

b. *Femmes plus âgées :*

- E3: "30 ans".
- E12: "43 ans".
- E19: "29 ans".

c. *Couples stables :*

- E3: "là vu que la relation elle est un peu plus sérieuse avec mon copain au fait au début on s'était posés la question [...] au final on est arrivé sur le stérilet au cuivre".
- E8 : « Ouais ben c'est mon copain et moi ».

d. *Echec contraceptif/ Antécédent d'IVG:*

- E19: "j'ai fait une IVG et j'ai mis un stérilet, pendant 4 ans ».

e. *Mauvaise expérience des méthodes contraceptives hormonales :*

➤ **Migraines :**

- E19 : « j'ai pris désopop mais euh j'avais beaucoup de migraines ».

➤ **Arrêt des cycles :**

- E19 : « j'en avais marre de la prendre en continu de pas avoir mes règles non plus donc du coup je me suis rabattue encore sur le stérilet».

➤ **Prise de poids :**

- E12 : « la première pilule que j'ai prise ça a été trinordiol, prise de poids direct. Ça a été l'horreur ».

➤ **Insuffisance veineuse:**

- E3 : « J'ai eu des soucis de varices [...] j'avais associé l'apparition de mes varices à la prise de la pilule ».
- E12 : « je suis passée au Nuvaring l'anneau pendant 2 ans qui me donnait des soucis : jambes lourdes, euh hormonalement c'était compliqué. Et, euh, du coup on a arrêté et on est repassé par le stérilet ».

➤ **Troubles digestifs :**

- E12 : « sous Desopop là, je l'ai pris 2 jours j'étais nauséuse ».

➤ **Retours négatifs sur le SIU hormonal :**

- E3: "le stérilet aux hormones euh j'avais entendu des retours de copines où ça s'était mal passé alors moi j'étais partie sur le stérilet au cuivre ».

f. Une bonne tolérance à la douleur :

- E3: "j'ai une réponse à la douleur qui est assez élevée je m'étais dit ça fait euh ça fait je sais pas combien d'années que j'ai mes règles, je prends jamais rien contre la douleur je la supporte ».
- E12" Bon même si j'ai géré parce que je suis beaucoup dans l'acceptation, je me suis dit ben voilà c'est comme ça mais c'est vrai que si on avait pas des règles à flux abondant ».

g. Règles peu abondantes :

- E3 : « donc au pire vu que j'avais pas des règles très abondantes je m'étais dit, parce que ça paraît aussi un des inconvénients c'était les règles abondantes qui revenait, que ça augmentait la période de règles, je me suis dit que de toute façon j'allais tester et que si y'avait un soucis particulier je l'enlèverai quoi ».

h. Le médecin consulté ouvert sur le DIU :

- E3: "je pense que mon gynéco comme il est assez ancien dans le domaine mais plutôt je dirais pas avant-gardiste mais euh voilà il est peut-être un peu plus ouvert à ce qui se fait maintenant enfin ça ne m'a pas posé de problème quoi [...] Et j'avoue que quand j'ai revu mon gynéco un mois après la pose pour vérifier que c'était bien en place il m'a dit de continuer, de tenir, de passer le cap des trois mois. Il m'a dit voilà « trop de femmes l'enlèvent trop facilement alors qu'il faut juste laisser le temps au corps de comprendre qu'il y a un corps étranger qui s'est logé et euh de s'habituer » ».

i. *Influence de la nulliparité :*

- E3 : « Et tout en sachant que j'avais jamais eu d'enfants mais que mon gynéco n'était pas contre le fait de me mettre un stérilet même si j'étais nullipare. Et euh du coup on était partis là-dessus ».
- E8 : « Ne pas avoir eu d'enfant ? euh... parce que ouais avant le stérilet c'était plus pour les personnes qui avaient déjà eu. Non, non. On m'avait dit que c'était possible du coup ben voilà ».
- E19 : « Et vous ça vous avait bloqué le fait de ne pas avoir eu d'enfants ?
- Ah non, non du tout. Franchement ça m'a changé la vie [rires] ».

j. *A priori de la part du médecin :*

- E3: "encore je discutais avec une collègue qui me disait que pour elle son gynéco lui avait dit « vous n'avez pas encore eu d'enfant madame, je ne vous pose pas de stérilet », ben pour moi c'était la vieille école en fait".
- E19: « Parce qu'avant on disait le stérilet c'est pour les femmes qui ont déjà eu un enfant ».

k. *A priori de l'entourage :*

- E3: "Par contre c'est vrai qu'il y a beaucoup de gens quand je leur dis que j'ai un stérilet c'est « quoi, t'as pas d'enfants et t'as déjà un stérilet » ».
- E19 : « Parce qu'avant on disait le stérilet c'est pour les femmes qui ont déjà eu un enfant [...] Toujours, fin pour moi c'est vrai que souvent j'entends, fin c'est une idée du moins dans la tête des gens on va dire et ils se disent « ben non ben j'ai pas eu d'enfants donc je peux pas mettre de stérilet ou voilà parce qu'ils ont entendu dire avant du médecin...Ou moi à la base c'est ce qu'on me disait, « je vous le conseille pas c'est plutôt si on a déjà eu un premier enfant ». Donc je pense c'est un peu ancré quoi ».
- « Le stérilet on va dire c'est vraiment plus pour les femmes plus, voilà qui ont des enfants, voilà je pense que c'est pour ça que les jeunes n'y pensent même pas ».

Les femmes utilisant le DIU appartiennent généralement à un niveau socio-professionnel élevé ou ont un vécu plus important de la contraception lié à leur âge. Les motivations à l'utilisation du DIU sont avant tout un désir de contraception non hormonale liée à une mauvaise expérience des contraceptions antérieures ou un antécédent d'échec contraceptif les orientant vers une méthode qu'elles jugent plus fiable. Le choix du DIU est favorisé si les femmes ont une bonne tolérance à la douleur, des règles peu abondantes et un médecin les soutenant dans ce choix contraceptif.

III.4.2) Les femmes qui n'envisagent pas le DIU :

a. Catégorie socio-professionnelle moyenne ou basse :

➤ **Basse :**

- E4 : « je travaille dans la restauration ».
- E7 : « Euh je suis en formation à l'école de la deuxième chance ».
- E10 : « Ben là j'ai arrêté l'école pour l'instant ».
- E15 : « j'ai mis un stop à mes études, dès que je suis sortie du lycée j'ai eu un travail ».
- E16 : « là je pars plus à l'école et tout ».
- E20 : « Euh, l'environnement, un peu les déchets et tout ça quoi, le traitement des déchets chez TCO ».
- E21 : « Je ne travaille plus ».
- E24 : « Apprentis dans la restauration ».

➤ **Moyenne :**

- E5 : « Je suis étudiante en espagnol ».
- E6 : « Je suis encore étudiante en licence ».
- E9 : « Euh ben là après la terminale j'envisage un BTS communication ».
- E11 : « la petite enfance, pour garder les enfants ».
- E13 : « BTS ESF ».
- E22 : « Euh formation avec la mission locale pour être auxiliaire puéricultrice ».
- E25 : « travailler dans les ressources humaines ».

b. Femmes jeunes :

- E2 : « 18 ans ».
- E4 : « 19 ans ».
- E5 : « 19,5 ans ».
- E6 : « 20 ans ».
- E7 : « 22 ans ».
- E9 : « 18 ans ».
- E10 : « 18 ans ».
- E11 : « 18 ans ».
- E13 : « 18 ans ».
- E18 : « 18 ans ».
- E22 : « 18 ans ».

- E24 : « 19 ans ».
- E25 : « 18 ans ».

c. Antécédent d'IVG :

- E8 : « je vais enlever l'enfant ».
- E9 : « Euh oui parce que j'ai commencé à prendre la pilule par rapport à mon IVG et c'est la PMI qui m'avait prescrit une contraception ».
- E13 : « C'est un peu compliqué (rires), par rapport à moi j'ai commencé la contraception par rapport à j'avais fait, fin j'étais enceinte, et euh j'étais très jeune [...] du coup ben j'ai avorté et depuis je prends la pilule ».
- « je suis venue pour leur dire que je voulais pas le garder [...], je vais mettre l'implant ».
- E18 : « j'ai venue ici aussi pour avorter euh parce que j'étais enceinte et du coup euh après ils m'ont proposé une pilule ».

d. Source d'information sur la contraception :

➤ **L'école :**

- E5 : « Euh (rires) à l'école. A l'école ou comment ça s'appelle au cours de prévention et tout et tout ».
- E7 : « c'était avant quand j'étais au lycée donc j'ai oublié vu que ça fait longtemps ».
- E22 : « Quand on était au lycée on a eu une visite ici pour se renseigner par rapport au planning familial ».
- E25 : « Euh (rires) à l'école. A l'école ou comment ça s'appelle au cours de prévention et tout et tout ».

➤ **Le médecin :**

- E4 : « Est-ce que tu te souviens de ce que t'avait dit le médecin par rapport au stérilet ?
- Non, non ».
- E22 : « Euh avec un gynécologue je crois ».

➤ **Les médias :**

- E9 : « Ben par rapport à des sites sur internet ».

e. Influence de l'entourage personnel:

➤ **Influence de la famille et des amis en faveur de la pilule:**

- E2 : « Ben non, la plupart d'entre eux c'est la pilule ».
- E5 : « Et euh..., bah si du coup y a une amie à moi qui était ici et qui m'a dit euh ben voilà si tu veux ben tu peux utiliser la pilule et tout ».
- E11 : « en pratique les personnes que je côtoie sont tous à la pilule de souvenir ».

f. Influence de l'environnement familial et amical en défaveur du DIU :

➤ **Discours négatifs sur le DIU**

✓ **Risque de grossesse sous DIU:**

- E11: *“Mais ma mère a eu le stérilet, ça a pas été totalement efficace vu que y a eu ma petite sœur qui est arrivée quand même ».*
- E13: *“J’ai des copines qui par exemple avec le stérilet sont tombées enceinte quand même ».*
- E21: *“Mais y a une je crois qu’elle est tombée enceinte avec le stérilet ».*

✓ **Risque d’infection:**

- E13: *“Ben par rapport que ma maman a déjà eu des problèmes avec son stérilet et tout. Et puis euh [...] je crois qu’elle a eu de la fièvre et le stérilet était pas bon pour elle. Du coup, euh, ben elle était obligée d’enlever ».*

✓ **Risque de perte du DIU:**

- E21: *“Et euh.. y a une c’est disparu dans son corps je sais pas où ».*

✓ **Risque de prise de poids:**

- E16: *“Oui, ya ma cousine qui le prend. Mais je sais pas si elle a le stérilet ou si elle à l’implant. Mais en fin de compte ça l’a fait grossir, elle a déjà 2 enfants et du coup elle a pris un stérilet et elle m’a dit que ça l’a fait grossir ».*

✓ **La douleur:**

- E6: *“Euh (rires) j’ai des amies à moi qui ont le stérilet du coup mais euh fin quand elles m’expliquent comment ça se passe quand elles l’ont posé ça m’a l’air assez douloureux ».*
- E20 : *« ma sœur [...] elle m’a dit que ça fait mal ».*
- E22 : *« Et ben déjà parce que après ils ont dit que parfois le stérilet quand on le met par exemple ben ça peut mal se mettre et on peut avoir des douleurs ou ça nous gêne ».*
- E25 : *« Ben maman elle en avait un et elle a dit que ça faisait mal du coup ben voilà ».*

g. Une relation paternaliste avec le médecin :

- E2 : *« Ben c’est le médecin quoi, il m’a proposé ça et ma maman aussi voulait que je prenne ça ».*
- E4 : *« Et qui est-ce qui t’a orienté vers ce mode de contraception ?*
- *Euh, mon médecin, mon docteur traitant ».*

- E6 : « mais du coup je dois prendre la pilule vu que l'implant n'est pas pour moi ».
- E10 : « On m'a dit ben plus préférable c'est direct l'implant après euh..on m'a dit oui y a la pilule du lendemain mais c'est pas sûr etc, y a aussi ben la capote mais euh c'est quand même euh pas sûr aussi et euh on m'a direct dit qu'il y avait des pilules etc mais pour moi ils m'ont dit directement pour moi c'est mieux l'implant, ils m'ont parlé plus de l'implant en fait ».
- E13 : « Ben, euh, c'est eux qui m'ont dit de prendre, euh, la pilule ».
- E18 : « Et à ce moment là en fait tu avais écouté les conseils du médecin ?
- Oui ».
- E20 : « Pour moi c'était la pilule, la seule que j'ai le droit [...] Ben, pff, moi mon gynécologue m'a dit que c'était euh, la pilule comme j'étais malade ».
- « Ben il m'a dit c'est la pilule, voilà [...] euh l'optimizette et il m'a dit c'est à vie, on changera pas ».
- E25 : « Ben c'est la docteur qui m'avait prescrit la pilule pour que ce soit plus simple pour moi en fait ».

h. Influence de la nulliparité :

- E4 : « Est-ce que tu penses que si tu avais eu des enfants tu aurais plus facilement mis un stérilet ?
- Non, c'est plus l'âge ».
- E9 : « Est-ce que tu penses que si tu avais eu des enfants tu aurais pu mettre un stérilet ou ça n'a rien à voir avec ça ?
- Non non c'est pas lié à ça ».
- E13 : « Et est-ce que le fait de n'avoir jamais eu d'enfants c'est quelque chose qui te bloque par rapport à ça ?
- Non ».
- E21 : « Et est-ce que le fait de ne pas encore avoir eu d'enfants c'est un frein à utiliser autre chose que la pilule ?
- Non, mais pour le moment j'ai pas envie d'autre chose ».

i. A priori de l'entourage :

- E5 : « ben pour le mettre je crois qu'il faut déjà avoir fait un enfant je crois non ? [...] Oui, enfin fallait pas avoir des enfants mais au moins avoir déjà eu un enfant c'était plus facile à mettre ».

- E13: *“et après euh, y avait l’autre là, mais ça je crois que c’est que quand t’avais déjà eu des enfants ».*
- E20 : *« Ben pour moi avant je pensais que c’était que pour les femmes qui avaient déjà eu des enfants ».*

La majorité des femmes n’envisageant pas le DIU appartiennent à un niveau socio-professionnel bas et sont d’un âge souvent inférieur à 20 ans, ce qui ne leur confère pas une expérience suffisante pour se questionner sur leur méthode de contraception. L’antécédent d’IVG n’a pas d’influence sur le choix d’une méthode contraceptive de longue durée. L’information leur arrive précocement à l’école, et leur entourage qu’il soit médical ou personnel fait la promotion de la pilule et ne les engage pas à utiliser le DIU.

III.4.3) Les femmes qui n’excluent pas le DIU :

a. *Catégorie socio-professionnelle supérieure ou moyenne :*

➤ **Supérieure :**

- E1: *“Interne de Pédiatrie”.*
- E14 : *« Je suis en licence de chimie, en 3^{ème} année [...] Ben je pense que je vais être professeur, professeur des écoles ».*

➤ **Moyenne :**

- E17 : *« j’étais dans le social, je travaillais en tant qu’éducateur ».*
- E23 : *« j’ai déjà fini mes études, je suis à la recherche d’emploi actuellement [...] dans la vente ».*

b. *L’âge:*

- E1: *“25 ans”.*
- E14 : *« 20 ans ».*
- E17: *“36 ans”.*
- E23 : *« 22 ans ».*

c. *Antécédent d’IVG :*

- E17: *“Sous pilule. Il suffit qu’on l’oublie une fois et c’est bon quoi. Donc euh... les deux sous pilule. Et euh, c’est pour ça que j’aimerais bien me faire poser un stérilet au moins on sait qu’il est en place”.*

- E23: *“Euh oui, ben ça venait de ma part, j’ai eu des oublis de pilule donc du coup ben je suis tombée enceinte. Et j’ai fait une IVG, voilà. Après ça venait de moi quoi. C’est pour ça que j’avais opté pour l’implant. J’avais opté pour l’implant parce que du coup, ben quand j’étais plus jeune ben j’avais des oublis. [...] je veux privilégier le stérilet en cuivre prochainement”.*

d. Mauvaise expérience des méthodes contraceptives hormonales :

- E1: *“je pense que nous mettre des hormones tout le temps c’est pas si bon que ça au final. Donc je pense que je m’orienterais plus même au final vers un stérilet au cuivre. Tu te dis qu’il y a pas d’hormones dedans, ça modifie pas en fait trop ton état. »*
- E23: *« C’est que j’en ai un peu marre des hormones de synthèse du coup euh voilà je veux privilégier le stérilet en cuivre prochainement ».*
- *« j’avais vraiment beaucoup d’effets secondaires énormes que j’ai pas eu ben depuis les 2 premiers implants [...] j’avais la tête qui tournait ».*

➤ Favorise le cancer du sein :

- E1 : *« c’est plus les pilules oestro-progestatives où tu te dis ça favorise le cancer du sein ».*

➤ Prise de poids :

- E1 : *« euh t’as quand même euh fin des modifications un peu corporelles euh je trouve parce que ben du coup forcément t’es sous progestatifs ».*
- *« après c’est un effet négatif tu vois comme les oestroprogestatifs où tu peux grossir ».*
- E23 : *« les effets commencent à être indésirables, j’ai fait une grosse prise de poids, énorme, du coup voilà ».*

➤ Risques cardio-vasculaires :

- E1 : *« je me dis, euh.. je prendrai pas d’oestro-progestatifs parce que ça fait euh des thrombophlébites cérébrales, euh, ça fait des phlébites, t’as des problèmes avec du cholestérol et puis c’est vrai qu’on a des problèmes de cholestérol dans ma famille donc je m’étais dit euh bah non je prendrais pas ça quoi».*

➤ Dysménorrhées :

- E1 : *« avec l’implant t’as pas mal de spottings ».*

➤ Troubles digestifs :

- E23 : *« J’avais des nausées ».*

e. Règles peu abondantes :

- E17: *“[rises] je sais pas ça dure 1 journée comme ça peut durer 3 jours ».*
- E23: *“Après sous pilule je saignais, euh, 5 jours et c’était fini. Donc euh voilà. Et là sous implant j’ai pas du tout de règles ».*

f. Influence de l'entourage :

➤ Des retours mitigés de l'entourage personnel :

- E1 : « en fait j'avais eu une patiente qui m'avait dit que ça faisait super mal quand on le mettait et donc ça en fait ça a été mon recul par rapport à ça. »
- E15: "une ancienne copine à moi elle a changé le sien il y a pas longtemps et euh elle m'a dit qu'elle était pas bien. Surtout quand ça lui a fait mal elle avait des nausées, elle avait des effets secondaires euh complètement quoi ».
- E17 : « J'ai eu des bons comme des mauvais parce qu'à un moment je voulais en poser un mais avec mes cousines, fin voilà mes copines mes cousines dont certaines ça les a dérangées d'autre ça va ça gêne pas. Donc j'ai eu les 2 avis ».
- « [...] je sais pas que ma cousine elle a pas supporté et en revanche j'ai des amies en métropole qui en ont et niquel ».
- "Ben les avis négatifs c'était surtout bah pendant l'acte ben le fait que c'était pas forcément bien posé par le gynéco d'une et pendant l'acte elles avaient mal, elles saignaient. Donc le partenaire le sentait aussi ».
- E23 : « Bon y avait plusieurs témoignages, alors ça dépend des femmes, qui se posent au niveau des effets secondaires [...] j'ai de la famille, des personnes de ma famille qui en ont. Mais apparemment elles étaient pas vraiment satisfaits ».

g. Influence de la nulliparité :

- E1 : « Et est-ce que le fait de ne pas avoir eu d'enfants a impacté du coup sur le choix de l'implant par rapport au stérilet ?
- Non, non pas du tout. Non parce que pour moi c'est le même temps ton stérilet tu peux le garder entre 3 et 5 ans, l'implant c'est pareil.
- E15: "Est-ce que c'est quelque chose qui te fait peur parce que tu n'as pas encore eu d'enfants?
- Non, pas forcément. Quand j'aurais des enfants, si j'ai envie déjà, ben vaut mieux toujours garder sa contraception parce que je vais pas faire des enfants tous les ans non plus, donc euh, voilà ».

h. Une opposition du médecin :

- E17: Ben j'ai posé la question à mon médecin, à l'époque il a pas voulu parce que « vous avez pas d'enfants donc je ne vais pas vous le poser. [...] Mais bon quand vous m'avez dit qu'on a trouvé une solution pour que même celles qui ont pas eu d'enfants puisse en mettre, moi on m'a toujours interdit à cause de ça donc voilà je me suis adaptée à ma pilule. Et sincèrement si je peux mettre un stérilet, fin surtout que maintenant c'est possible de le poser moi ça m'arrangerait ».

i. A priori de l'entourage :

- E15: *“Moi je dirai celui aux hormones plutôt, parce que le cuivre c’est plutôt quand on a déjà eu des enfants apparemment [...] j’avais entendu ça dans les reportages ».*
- E17 : *« y avait le stérilet mais ça c’est une fois qu’on avait des enfants on m’avait dit ».*

Les femmes envisageant le DIU sont soit de catégorie socio-professionnelle supérieure avec une éducation les amenant à s’informer sur la contraception, soit de catégorie socio-professionnelle moyenne avec un vécu les encourageant à envisager cette méthode. Ce vécu est soit lié à l’âge, et ainsi à l’expérience de l’utilisation de différentes contraceptions et l’information acquise avec le temps, soit liée à des échecs contraceptifs amenant les femmes à se renseigner sur la contraception et envisager plutôt des méthodes contraceptives de longue durée d’action. L’avis de l’entourage familial ou médical ne les encourage pas toujours à franchir le pas.

Dans les 3 catégories, la nulliparité n’est pas un argument qui est revendiqué en tant que critère de choix.

III.5) Les freins et les bénéfices identifiés :

III.5.1) Chez les femmes n’envisageant pas une contraception par DIU :

a. Les freins :

➤ **Peur de l’intolérance au cuivre:**

- E24: *“Par rapport au cuivre ça ferait peut être quelque chose je sais pas. Ça pourrait peut-être être nocif pour certaines personnes selon comment le corps réagit. Après je sais pas (rires) ».*

➤ **Localisation gênante:**

- E2: *“Non mais même l’idée ça me dérange un peu ».*
- E4: *“Est-ce que ça te gêne d’avoir un corps étranger dans l’utérus?”*
- Oui, voilà ».
- E10 : *« C’est juste le fait ben c’est comme un tampon en fait et je veux pas ».*
- E18: *“Ben au fond de l’utérus alors que là c’est dans le bras. Je préfère l’implant ».*

➤ **Dangereux:**

- E13: *“Euh, je sais que c’est dangereux ».*

➤ **Notion de stérilité:**

- E7: *“le stérile ».*
- E16: *“C’est par rapport à pas avoir d’enfants, on peut le tirer aussi ».*

➤ **La douleur**

✓ **Douleur lors de la pose:**

- E2: *“En vrai je ne pense pas parce que bon j’ai déjà vu des vidéos et tout, y a de très bons retours comme il y en a des très mauvais aussi. Y en a qui disent qu’ils saignent beaucoup plus avec le stérilet, que ça fait mal, que la pose ça fait mal et des trucs du genre voilà ».*
- E6: *“Euh (rires) j’ai des amies à moi qui ont le stérilet du coup mais euh fin quand elles m’expliquent comment ça se passe quand elles l’ont posé ça m’a l’air assez douloureux et (rires) du coup non le stérilet je pense pas (rires) ».*
- E10: *“Donc c’est pas un moyen de contraception que tu as envisagé ?*
- *Hum...non.*
- *Par rapport à quoi ?*
- *Ben euh par rapport ben y faut mettre”.*
- E20 : *« . Plus quand on le met ça fait un peu mal mais après voilà quoi ».*
- E24 : *« Par rapport à la pose plutôt”.*
- E25: *“Ben maman elle en avait un et elle a dit que ça faisait mal du coup ben voilà ».*

✓ **Douleur ou gêne notamment au moment des rapports:**

- E7: *“Mais on peut faire l’amour avec ça ? [...] Madame mais ça va pas monter?*
- E9: *“j’adhère pas trop le stérilet non plus par rapport aux rapports et tout si ça touche et des trucs comme ça ».*
- E18 : *« Et t’as peur de quoi par rapport à l’utérus ?*
- *Ben si ça fait mal, si ça me gêne, des trucs comme ça. Et pendant les rapports aussi ».*
- E21 : *« Euh un peu de tout. Et surtout pendant les rapports ben je sais pas du tout comment ça se passe mais euh ça m’inquiète pas plus que ça ».*
- E22 : *« Mais moi en fin de compte j’ai peur que si par exemple j’ai des rapports que je sens le truc et voilà ».*
- E25 : *« Et qu’est-ce qui te faisait peur dans l’implant et le stérilet ?*

- *Que ça se voit, que ça me gêne, que [...] »*

➤ **La réversibilité: désir de conception immédiate:**

- *E7: “Ben la pilule parce que c’est plus facile d’arrêter pour faire un bébé ».*
- *E16: “Euh ben en fait quand j’aurai un stérilet quand je voudrais ben c’est comme si ben je vais tirer pour avoir et moi je veux que ça m’arrive tout de suite, que ça arrive comme ça [...] Je vais pas désirer pour en avoir une ».*
- *E25: “Quelque chose que je prends tous les jours et que je peux décider d’arrêter quand je veux ».*

➤ **La peur de l’inconnue:**

- *E7: “Ben je sais pas j’ai jamais mis ça du coup je sais pas comment on va me faire, si j’aurai des nausées je sais pas, si je vais grossir, je sais pas ».*
- *« Pour l’instant c’est quelque chose qui te fait peur le stérilet ?*
- *Huhum. Vu que j’ai jamais pris ça ».*
- *E9 : « Euh..ben la pilule parce que ça me faisait un peu peur ben euh l’implant, le stérilet et tout et tout ».*
- *E24 : «[...] je sais pas pour moi ça reste quand même un point d’interrogation [...] je suis pas assez informée dessus je pense”.*
- *E25 : « j’avais peur du stérilet ».*

➤ **Majoration des règles:**

- *E2: “En vrai je ne pense pas parce que bon [...] y en a qui disent qu’ils saignent beaucoup plus avec le stérilet ».*

➤ **Un manque d’intérêt:**

- *E2: “Non, tout ce qui est implant et tout non, pas pour le moment du moins ».*
- *E5: “ça m’intéresse pas plus que ça ».*
- *E21: “Mais je sais pas j’ai jamais été attirée par le stérilet ».*
- *E24: “C’est un moyen comme un autre je dirais (rires) ».*

➤ **Peur qu’il soit mal positionné:**

- *E22: “Et ben déjà parce que après ils ont dit que parfois le stérilet quand on le met par exemple ben ça peut mal se mettre et on peut avoir des douleurs ou ça nous gêne. Et après faut repasser là-bas pour qu’ils le remettent bien en place ».*

➤ **Peur qu'il fasse grossir :**

- E7: *"Ben je sais pas j'ai jamais mis ça du coup je sais pas comment on va me faire, si j'aurai des nausées je sais pas, si je vais grossir, je sais pas ».*
- E16: *"le stérilet j'ai peur que ça fasse grossir ».*

➤ **L'âge:**

- E2: *"T'a-t-on déjà évoqué le stérilet au cours d'un entretien médical ?*
- *Non, après j'étais jeune quand même enfin 16 -17 ans".*
- E4: *"Ben disons que je suis un petit peu jeune et donc le stérilet ben peut être pas pour le moment mais peut être plus tard oui ».*
- E9: *"Euh, bah déjà ça s'est fait entre moi et mon copain. Il voulait pas trop que je prends des stérilets et tout et tout comme je suis jeune ».*
- E11: *"Pour plus tard éventuellement, quand je serai mariée éventuellement. Là j'envisagerai les autres possibilités ».*
- E21 : *« - Est-ce que pendant l'entretien médical votre médecin traitant vous a parlé d'autres moyens de contraception à part la pilule ?*
- *Euh non, ben à l'époque j'étais encore jeune. Donc à part le préservatif non ».*

➤ **Manque de confiance:**

- E13: *"Après j'ai des copines qui par exemple avec le stérilet sont tombées enceinte quand même. Donc... pas confiance ».*
- E18: *"Ben je sais pas si j'ai bien confiance au stérilet ».*

➤ **La nulliparité :**

- E16: *"Non, non, peut être après quand j'aurai un enfant peut être mais là non ».*

b. Les bénéfices:

➤ **Gain de temps:**

- E9: *"Mais j'avais envisagé le stérilet par rapport à ben vraiment je suis un peu chargée avec les révisions, j'ai pas le temps de tout le temps prendre la pilule aussi ça stresse et tout comme ça aussi ».*

Chez les femmes n'envisageant pas le DIU, seuls les freins à l'utilisation de cette méthode contraceptive apparaissent. Ces freins sont principalement la peur de l'inconnue, la douleur au moment de la pose, la localisation gênante et l'âge. Il existe un manque d'intérêt envers le DIU et un ensemble de peurs liées à son utilisation.

III.5.2) Chez les femmes qui utilisent le DIU :

a. Des inconvénients sans être un frein à l'utilisation :

➤ Cap des 3 mois à franchir:

- E3: *“Alors au tout début les trois premiers mois j’avais des règles qui duraient deux semaines donc c’était un calvaire sur terre donc c’était pas non plus des règles abondantes mais c’était toujours des petites traces, des fins de règles qui duraient. Et j’avoue que quand j’ai revu mon gynéco un mois après la pose pour vérifier que c’était bien en place il m’a dit de continuer, de tenir, de passer le cap des trois mois. Il m’a dit voilà « trop de femmes l’enlèvent trop facilement alors qu’il faut juste laisser le temps au corps de comprendre qu’il y a un corps étranger qui s’est logé et euh de s’habituer ».*
- *“Un truc aussi par rapport au stérilet c’est que les trois quatre premiers mois j’ai eu hyper hyper mal, c’était des douleurs...han... Et c’est ce que je me dis en plus des pertes, des règles plus longues, c’est des douleurs comme un coup de poignard dans le ventre quoi. Ça c’était horrible, horrible, horrible. Maintenant je n’ai plus rien ».*
- E8 : *« Non c’est juste au début quand on vient de le mettre y a des petites douleurs parce que le corps il s’habitue quand même à ce genre de chose et après ben voilà. Ça passe à partir d’un moment on le sent plus. Des fois même j’oublie que j’en ai un quoi ».*

➤ Majoration des règles :

- E3: *“parce que ça paraît aussi un des inconvénients c’était les règles abondantes qui revenait, que ça augmentait la période de règles ».*
- E12: *“ Franchement non, ça me gênait pas de me changer toutes les heures, voilà quoi ».*
- *« Bon même si j’ai géré parce que je suis beaucoup dans l’acceptation, je me suis dit ben voilà c’est comme ça mais c’est vrai que si on avait pas des règles à flux abondant ».*

➤ Douleur lors de la pose :

- E3 : *« Alors du coup le stérilet, j’ai plusieurs amies qui sont sous stérilet. Euh dont le stérilet au cuivre et à chaque fois c’était ‘han la pose ça s’est mal passé, franchement j’ai fait un malaise’. J’ai deux copines qui ont fait des malaises durant la pose donc j’étais hyper euh craintive ».*
- *“Je crois qu’on véhicule trop l’image de la douleur et notamment au moment de la pose du stérilet en lui-même ».*

➤ Inflammation au niveau de l’utérus :

- E12 : *« Aucune infection, rien du tout si ce n’est que parfois une inflammation, ça fait toujours une inflammation au niveau de l’utérus qu’on voyait au niveau du frottis ».*

➤ Baisse de la libido les premiers mois :

- E3: *“Après avoir posé mon stérilet j’avais plus du tout envie. Alors je sais pas si c’est parce que j’avais mal, mais c’était mort de chez mort ».*

➤ **Spotting :**

- E19 : « Ca s'est bien passé, c'est juste que j'avais des spotting donc de temps en temps, entre mes règles, j'avais euh voilà un peu de règles, des saignements, bon c'était juste ça ».

➤ **Gêne:**

- E12: "je me suis dit qu'est ce que je fais ? j'en repose un ? j'aimerais mais avec cette sensation quand même d'avoir une gêne parfois ici et tout. Vous sentez quand vous ovulez. C'était parfois un peu sensible ».
- « bon le stérilet je le sentais ».

➤ **Echec de pose :**

- E19: "je me suis rabattue encore sur le stérilet. Sauf qu'à plusieurs reprises on a pas réussi à me le mettre [...] donc on m'a dit de changer, de prendre un plus petit. J'ai pris le plus petit donc en 3 fois j'ai vu 2 gynéco différents et en 3 fois on a pas réussi donc maintenant (rires) [...] ».

➤ **Infections :**

- E3 : « Une collègue du service m'a dit qu'au bout d'un ou deux mois elle l'a enlevé parce qu'elle avait trop de mycoses ».
- E12 : « Et, euh, à la fin, j'ai l'impression que, euh, ça m'entraînait des infections urinaires la dernière année avant de l'enlever ; parce que depuis que je l'ai enlevé j'ai plus de problèmes au niveau infections urinaire or je ne faisais jamais d'infections urinaires. Donc dans ma tête je me suis dit à mon avis il est temps de l'enlever. Et depuis niquel ».

b. *Les bénéfices :*

➤ **Méthode sans hormones:**

✓ **Seule contraception réversible non hormonale:**

- E3: "je lui avais dit ce que je ne voulais pas c'est-à-dire les hormones donc ça enlevait beaucoup de choses ».
- E8: « Le stérilet était plutôt pas mal parce qu'il avait pas d'hormones donc voilà ».
- E12: « Et à un moment donné je me suis dit « non la pilule c'est des prises hormonales je veux plus » et c'est là où je suis passée plus au stérilet ».
- E19: "Parce que c'est sans hormones aussi donc c'est que je voulais donc euh je voulais pas quelque chose d'hormonal ».

✓ **Pas de modification des cycles:**

- E3: "Pour moi, c'est le truc pratique quoi, tu l'installes, tu l'oublies et euh ça ne change rien à ton cycle ».

- E8: *“Ben que c’est vraiment bien ouais. Franchement j’ai pas de problème avec euh ça a régularisé mes règles en plus donc c’est top parce qu’avant c’était vraiment pas ça quoi ».*

➤ **Pratique:**

✓ **Pas de risques d’oublis:**

- E3: *“comme du coup les oublis de pilule ça m’y connaît en fait (rire) on a choisi l’option la plus pratique ».*
- E8: *“Je suis vachement tête en l’air donc de devoir prendre un petit truc je pense que ça ne m’aurait pas convenu ».*
- E12: *“Et moins contraignant euh parce que je voyageais, je partais et d’oublier ma plaquette ou des trucs comme ça quoi ».*

✓ **Pas de nécessité de prise quotidienne:**

- E19: *“C’est le stérilet pour moi, parce qu’il y a pas, on va dire, de prise toutes les heures, fin tous les jours etc donc c’est pratique ».*

✓ **Pas de nécessité de renouvellement d’ordonnance:**

- E12: *“Ah oui carrément, pas revenir à chaque fois, pas renouveler son ordonnance ainsi de suite ».*
- E23: *“Une qui oblige pas à aller chez le médecin pour se faire prescrire, ben par exemple, la pilule ».*

➤ **Efficace :**

- E19 : *« je voulais quelque chose de sûr ».*

➤ **Longue durée d’action:**

- E8: *“C’est long, c’est gratuit, c’est plutôt bien ».*

➤ **Coût:**

- E8: *“Parce que pour le coup c’est gratuit quoi. C’est long, c’est gratuit, c’est plutôt bien, c’est sans hormones et n’empêche qu’il y a pas mal de cases à cocher quoi (rires) ».*

➤ **Oublié avec le temps:**

- E3: *“En fait, euh, c’est hyper pratique. Pour moi, c’est le truc pratique quoi, tu l’installes, tu l’oublies ».*
- E8: *“A partir d’un moment on le sent plus. Des fois même j’oublie que j’en ai un quoi ».*
- E19: *“C’est comme si vraiment j’avais rien ».*

➤ **“La meilleure méthode contraceptive”:**

- E3: *“Pour moi le stérilet c’est la vie [...] franchement je ne vois que des avantages à cette contraception-là ».*
- E12: *“Une bonne contraception pour moi c’est que le stérilet ».*

- E19: *“Et si vous deviez décrire ce que vous attendez de la contraception parfaite, quels seraient vos critères ?*
- *C’est le stérilet pour moi ».*
- **Une bonne tolérance:**
- E3: *“J’ai pas eu plus de douleurs, j’ai pas de règles plus abondantes à part les trois quatre premiers mois où c’était un peu plus long. Maintenant c’est revenu normal ».*
- E8: *“Et vous le supportez bien ?*
- *Oui oui oui. Ben là justement elle a regardé s’il était bien mis tout ça, il avait pas bougé il était encore bien en place (rires) ».*
- E12: *“Et est-ce qu’avec le stérilet vous avez eu des soucis particuliers ?*
- *Non, aucun. Aucune infection, rien du tout ».*
- E19 : *« Franchement ça m’a changé la vie (rires). C’est comme si vraiment j’avais rien ».*

Les femmes qui utilisent le DIU soulignent les avantages de cette méthode contraceptive notamment le choix d’une contraception non hormonale, sans risques d’oublis, sans modifications corporelles et oubliée dans le temps. Elles rapportent surtout des inconvénients les 3 premiers mois qui s’estompent avec le temps et une majoration des règles qui ne présentent pas pour autant un frein à la poursuite d’utilisation du DIU.

III.5.3) Les femmes qui envisagent le DIU :

a. Les freins :

- **Majoration des règles :**
- E1: *“Moi ce qui me rebute pour le stérilet au cuivre c’est le fait que j’ai vraiment horreur d’avoir des règles, je sais pas, j’aime pas ça du tout en fait [...] un truc où j’ai pas mes règles ça me sauve la vie aussi en fait. Et ça ça me rebute aussi un peu avec le stérilet au cuivre d’avoir du coup des règles abondantes ».*
- E15: *“Et j’ai aussi comme en fait moi la pilule, bon, m’a permis de diminuer énormément mes règles et d’avoir des règles encore moins douloureuses parce que j’ai des règles très très douloureuses et qui coulent énormément. Du coup, euh, j’appréhende de prendre le stérilet pour ça en fait. Justement, parce que j’ai pas envie que ça recommence à être super douloureux, j’ai pas non plus envie que ça coule abondamment et que ça recommence à durer ».*
- E23 : *« Euh oui j’ai lu, et la gynéco m’a dit qu’on avait des risques de saignements plus fort que d’habitude. Après ben au niveau des saignements je sais pas comment ça se passe parce que du coup je suis sous hormones depuis l’âge de 15 ans, je sais pas comment sont mes règles actuellement. Du coup je sais pas après ».*

➤ **La douleur à la pose:**

- E1: *“Ah euh c’était plus sur la pose en fait qui je crois était douloureuse parce que en fait comme on l’introduit quand même, ah oui la pose qui était douloureuse mais c’était pas euh par la suite douloureux [...] Donc je pense que c’est quand même un très bon moyen de contraception euh..qui n’est pas douloureux sauf peut-être à la pose. En fait c’était ma peur, de savoir si ça me ferait mal ou pas [...] Mais je pense que c’est euh, je pense que en fait c’est un bon moyen de contraception mais en fait j’avais eu une patiente qui m’avait dit que ça faisait super mal quand on le mettait et donc ça en fait ça a été mon recul par rapport à ça. »*
- E15 : *« Ben, euh [...] ça pourrait être bien après euh j’ai peur de le mettre. J’ai peur, euh, que quand ça se passe, comment ça se passe pour le faire[...] Surtout quand ça lui a fait mal elle avait des nausées, elle avait des effets secondaires euh complètement quoi. Donc du coup ça m’a un peu refroidie ».*
- *“Faudrait, je pense au stérilet mais j’ai peur, j’ai peur. J’ai peur comment ça va se passer”.*

➤ **Ne pas savoir quand elles vont arriver:**

- E15: *“Après tu sais c’est quoi qui me tracasse un peu ? c’est de pas savoir quand ça va arriver tu vois ? C’est ça. Alors que là avec ma pilule tu vois je suis réglée. Je sais que le premier jour j’aurai pas, le deuxième jour non plus mais que le troisième ou le quatrième jour où je l’ai arrêtée ben c’est sûr que ça arrive jusqu’au 5ème. Entre le 3ème et le 5ème jour je sais que ça va arriver tu vois ».*

➤ **L’âge :**

- E15: *“Oui, mais [...], vu mon âge et tout ils ont dit ben que c’était mieux la pilule en fait ».*

➤ **Risque de rejet :**

- E17: *“Mais euh le corps peut faire un rejet? »*

➤ **Peur de l’intolérance au cuivre :**

- E17: *“Mais par rapport au cuivre dans le corps y a pas de risques d’allergies pour certaines personnes? Enfin bon après vous me direz tout dépend des personnes en fonction des antécédents, machin et tout non ? »*

b. Les bénéfices :

➤ **Méthode sans hormones:**

✓ **Seule contraception réversible non hormonale:**

- E1: « T'as quand même le choix de ce mode de contraception qui est quand même le seul. Pour l'instant on en a pas trouvé d'autres mis à part la ligature des trompes mais bon. C'est un des points positifs je trouve ».
- E23: "Euh ben que ce soit pas hormonal en fait. C'est que j'en ai un peu marre des hormones de synthèse du coup euh voilà je veux privilégier le stérilet en cuivre prochainement, dans quelques mois ».

✓ **Pas de modification des cycles:**

- E1: "je m'orienterais plus même au final vers un stérilet au cuivre. Tu te dis qu'il y a pas d'hormones dedans, ça modifie pas en fait trop ton état ».
- « Parce que je me demande tu sais, parce que tu as quand même pas mal de cas où tu sais quand les gens arrêtent la pilule pour être enceinte ben t'as un arrêt aussi, un arrêt de tes règles pendant longtemps. T'as une reprise un peu après parce qu'au final tu as mis ton corps en dormance et tout et tout. Donc je pense que tu vois t'as quand même des petits effets secondaires comme ça que tu n'as pas avec le stérilet au cuivre ».
- E23 : « [...] ça me dérangeait de pas du tout être réglée ».

➤ **Pas de risques d'oublis:**

- E1: "Je pense que c'est une bonne chose parce que tu n'as pas le côté oubli de la pilule ».
- E14: "ben oui comme ça c'est sûr. Ya pas besoin de prendre une pilule, y a pas d'oublis et tout quoi ».
- E15: "faudrait que je pense à ça parce que je suis quelqu'un où j'oublie ma pilule ».
- E17: "Sous pilule. Il suffit qu'on l'oublie une fois et c'est bon quoi. Donc euh... les deux sous pilule. Et euh, c'est pour ça que j'aimerais bien me faire poser un stérilet au moins on sait qu'il est en place ».

➤ **Efficace :**

- E1 : « le stérilet au cuivre qui a quand même vraiment je pense prouvé son efficacité euh vu son historique quoi ».
- E14 : « ben oui comme ça c'est sûr ».
- E17 : « Après c'est fiable ».

➤ **Bien-être :**

✓ **Liberté donnée aux femmes de choisir ou non une méthode hormonale:**

- E1: "Je pense en fait moi ce que je trouve intéressant dans la contraception par stérilet c'est que comme tu as deux types de stérilet : le stérilet aux hormones et le stérilet sans hormones, tu laisses quand même une liberté aux femmes si elles veulent euh.. avoir des hormones en plus ou pas ».
- E23: "Ben voilà, qu'on soit un peu plus libres en fait ».

✓ **Petite taille pour les nullipares:**

- E1: *“on a eu vachement de progrès par rapport à l’époque de euh nos mères ou euh y avait qu’une seule taille ou euh enfin voilà ;alors que maintenant t’as quand même des stérilets qui sont faits exprès pour les nullipares ou des choses comme ça donc euh des choses qui au final sont assez fines quand tu les regardes c’est quoi c’est pas plus grand que ton petit doigt donc c’est pas si grand que ça ».*

➤ **Plus adapté que la pilule :**

- E1: *“je trouvais que le mode de contraception où tu mets un implant ou un stérilet était quand même plus euh beaucoup plus adapté ».*

➤ **La « meilleure méthode contraceptive » :**

- E17: *“Et sincèrement si je peux mettre un stérilet, fin surtout que maintenant c’est possible de le poser moi ça m’arrangerait, honnêtement oui. Pour moi c’est le mieux ».*

➤ **Moins de risque de perte chez les nullipares :**

- E1 : *« Ce qui est marrant c’est que tu vois moi j’avais plutôt la pensée que justement quand tu étais multipare et que tu mettais un stérilet il avait plus tendance à potentiellement bouger dans l’utérus. Parce que dû à son orientation forcément ton utérus comme il a été distendu il revient pas comme avant, il est quand même moins fermé qu’avant. Et tu vois moi j’avais plus la notion de dire ‘ah mais tu vois chez les multipares bah justement il peut bouger en fait’ ».*

➤ **Effets secondaires désuets :**

- E1: *“Euh t’as un côté ou ben si tu as un stérilet que tous les effets secondaires sont un peu désuets les grossesses extra-utérines ça a été mille fois prouvé que c’était pas le cas enfin euh ça favorise pas les kystes enfin bon ça favorise par les myomes ou je ne sais quoi ».*

Les femmes qui envisagent le DIU mettent en évidence un ensemble d’avantages à l’utilisation du DIU, qui sont similaires aux femmes l’utilisant. Elles remettent en question certains effets secondaires attribués au DIU considérés comme désuets. Elles présentent cependant certains freins dont les principaux sont la douleur lors de la pose du DIU et la majoration des règles qui sont retrouvés également chez les femmes n’envisageant pas le DIU.

IV. DISCUSSION :

L'objectif de mon étude est de rapporter les représentations des femmes nullipares à la Réunion sur le DIU afin d'identifier les freins qu'ils soient subjectifs ou objectifs ainsi que les motivations à l'utilisation de cette méthode contraceptive en tenant compte des caractéristiques socio-culturelles de l'île.

Cette étude a été conçue sur la base d'*à priori* expérimentaux. Parmi mes principales hypothèses il y avait notamment :

- que la nulliparité constitue le frein principal à l'utilisation du DIU car la littérature rapporte que son utilisation est plus importante chez les multipares que chez les nullipares ;
- que les femmes ont peur des risques de GEU ou d'infections génitales hautes sous DIU ;
- qu'il y a des freins socio-culturels spécifiques à la Réunion pouvant expliquer le manque d'utilisation du DIU .

IV.1). Forces et faiblesses de l'étude :

IV.1.1) Forces identifiées

Pour cette étude, nous avons fait le choix d'une analyse qualitative qui permettait de répondre à notre question de recherche. Le choix d'une analyse qualitative est approprié lorsque les facteurs observés sont subjectifs et ainsi difficilement mesurables (38). La recherche qualitative consiste le plus souvent à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative. Ce type de recherche est particulièrement adapté en soins primaires car il permet d'analyser les émotions, les comportements et les expériences personnelles des patients pour disposer d'une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets et des interactions entre eux (38).

Aucune étude n'a été réalisée au préalable à la Réunion sur les représentations des femmes concernant le DIU. De plus, ce travail s'inscrit dans la continuité de celui de Sarah Laurent réalisé en 2019 sur les « opinions sur l'usage et la pose du dispositif intra-utérin, identification des réticences et de leur origine chez le médecin généraliste réunionnais ne posant pas de DIU » (42).

- Validité interne** : Afin de remplir les critères de validité interne de l'étude, une triangulation des données a été effectuée sur une partie des entretiens avec ma directrice de thèse et une thésarde de l'Université de Lyon.
- Validité externe** : Un échantillonnage raisonné a été effectué en respectant les critères de variation maximale à savoir l'âge, le niveau socio-professionnel, le mode contraceptif utilisé et la localisation géographique. Il y a eu une grande diversité dans

l'échantillon de femmes interrogées ce qui a permis de maximiser les points de vue et d'obtenir une variance satisfaisante. La saturation théorique des données a été obtenue au 23^{ème} entretien, deux entretiens supplémentaires ont été retranscrits et analysés ne retrouvant aucun concept nouveau et confirmant ainsi la saturation des données.

IV.1.2) Faiblesses de l'étude

a. Biais de sélection :

Les trois premières femmes interrogées étaient connues par la doctorante ce qui a pu constituer un biais de recrutement. Cependant, le recrutement des autres femmes a été aléatoire car les femmes ont été orientées par le médecin, une sage-femme, une conseillère conjugale ou une secrétaire ce qui a limité ce biais.

Je n'ai pas réussi à faire d'entretiens avec des femmes nullipares au CPEF de Saint Louis car la population est principalement mahoraise et il n'y a que peu de femmes nullipares majeures au sein de cette population. Les entretiens avec des femmes mahoraises auraient pu apporter des éléments socio-culturels intéressants pour notre étude. Il n'y avait pas non plus de femmes nullipares majeures au CEPS de Saint Paul le jour où je m'y suis rendue ni au cabinet du Dr Maisonnasse à Montvert.

b. Biais de déclaration :

Les entretiens se sont déroulés majoritairement dans des cabinets médicaux avec une configuration similaire aux consultations où un bureau séparait les femmes interrogées de l'enquêtrice ce qui a pu limiter la richesse des informations déclarées. De plus, je me suis présentée en tant qu'interne en médecine générale, ce qui a pu également être intimidant et limiter le discours de certaines femmes notamment de niveau socio-professionnel bas et très jeunes qui étaient souvent peu loquasses. J'ai eu tendance à poser trop de questions fermées lors des premiers entretiens dans les CPEF et j'ai parfois éprouvé des difficultés à relancer les femmes interrogées dû à mon manque d'expérience en tant qu'enquêtrice, ce qui a pu entraîner un biais de déclaration. De plus, les entretiens avec les jeunes femmes de niveau socio-professionnel bas ont été souvent très courts car, d'une part je n'ai certainement pas réussi à les mettre suffisamment à l'aise et, d'autre part les questions ouvertes n'ont pas toujours été comprises car les femmes m'ont demandé de les reformuler. J'ai eu tendance à reformuler des questions fermées afin de simplifier leur compréhension, ce qui a limité la durée des entretiens et a pu également limiter la richesse des données recueillies. Les réponses des femmes ont été souvent fermées. A l'inverse, les entretiens avec des femmes connues par la doctorante, ou de niveau socio-professionnel plus élevé ou plus âgées ont été plus faciles à mener et plus riches.

c. Biais de mesure :

Il s'agit de mon premier travail de recherche. Je n'avais pas de connaissances sur l'analyse qualitative avant de débiter ce travail. J'ai fait de nombreuses recherches sur l'analyse qualitative (38) (39) (40) (41) et obtenu plusieurs soutiens méthodologiques afin de me former

à cette méthode de recherche ; cependant le manque d'expérience en tant qu'enquêtrice a pu constituer un biais de mesure dans l'analyse qualitative.

Par ailleurs, je n'ai pas mentionné l'origine ethnique et religieuse des femmes afin de respecter les critères de la CNIL. Je n'ai ainsi pas pu exploiter ces données dans le résultat de mon analyse, ce qui mériterait d'être exploré lors d'une prochaine étude.

d. Biais d'interprétation :

L'analyse qualitative par théorisation ancrée entraîne inéluctablement un biais d'interprétation subjectif qui est enquêteur-dépendant. Nous avons tenté de limiter ce biais par la triangulation des données, mais cela n'a pu se faire sur l'ensemble des entretiens par contrainte de temps et de financement d'une thèse d'exercice.

IV.2) Interprétation des résultats de l'étude :

L'exploitation des entretiens a révélé, dans la diversité des positions, trois catégories de femmes ayant une représentation du DIU opposée. Chacune de ces catégories a une identité bien spécifique et partage une position vis-à-vis du DIU basée sur des critères qui ne reprennent qu'en partie mes hypothèses initiales. Par exemple, mes observations sont similaires à ceux des travaux réalisés en Métropole, ce qui signifie qu'il n'y a pas de freins spécifiques à la Réunion.

Catégories de femmes

Après une première analyse des entretiens, 2 catégories de femmes ont pu être distinguées.

D'une part **les femmes excluant le DIU** qui présentaient des caractéristiques similaires, à savoir :

- ✓ Un niveau socio-professionnel souvent bas
- ✓ Un âge souvent jeune entre 18 et 20 ans
- ✓ Une connaissance limitée sur la contraception
- ✓ Une démarche de choix contraceptif majoritairement passive dictée par l'entourage.

Seule une femme dans cette catégorie faisait exception, à savoir E2 qui était d'un niveau socio-professionnel élevé avec une bonne connaissance sur la contraception mais n'avait pas de vécu l'amenant à questionner sa contraception du fait de son âge.

D'autre part, **les femmes favorables au DIU** qui étaient soit :

- ✓ D'un niveau socio-professionnel élevé avec une connaissance importante sur la contraception.
- ✓ Avec un vécu les amenant à se questionner sur leur méthode contraceptive que ce soit l'âge ou l'antécédent d'IVG.

Ces femmes étaient dans une démarche proactive de choix contraceptif. Leur source de connaissance sur la contraception provenait des médias, de leur expérience personnelle ou du médecin.

De la deuxième catégorie s'est individualisée une troisième à savoir les femmes n'excluant pas le DIU, présentant des caractéristiques similaires aux femmes utilisant le DIU, à savoir un vécu les amenant à se questionner sur leur contraception mais avec certains à priori retrouvés chez les femmes n'envisageant pas une contraception par DIU.

Notre étude a rapporté un résultat innovant qui n'avait pas été identifié dans d'autres études à savoir le lien entre le niveau socio-professionnel et l'utilisation du DIU chez les nullipares. Dans l'étude de Chanzy Waroquet (15), aucun lien statistiquement significatif n'avait été établi entre l'âge, le niveau d'étude et le souhait de choisir une contraception par DIU. Dans l'étude américaine de Dempsey et al. (37), les variables sociodémographiques n'influençaient pas non plus sur le recours au DIU. Il s'agit donc d'un résultat original qui devra être confirmé par d'autres études à la Réunion.

Le DIU : une méthode contraceptive en très grand retrait vis-à-vis de la pilule

Dans cette étude, toutes les femmes ont utilisé comme première méthode contraceptive le préservatif ou la pilule. Si la pilule n'était pas la première méthode contraceptive elle apparaissait comme méthode contraceptive de choix à privilégier avant une autre méthode car elle était connue de l'entourage familial et amical et que les femmes en avaient entendu parler au lycée. Elle apparaissait comme une méthode contraceptive moins invasive, plus facile à arrêter et plus simple d'utilisation pour les femmes au début de la vie sexuelle.

Aucune des femmes interrogées, n'a retenu le DIU en méthode contraceptive initiale.

Un résultat similaire a été observé dans l'étude d'A.Fournier sur « le regard des femmes consultant pour leur contraception en médecine générale sur le dispositif intra-utérin (12). Dans l'étude de Chanzy-Waroquet (15), 55,6% des femmes utilisaient la pilule, 21,7% le préservatif soit plus de trois-quarts des femmes et seulement 1,1% utilisait le DIU.

Motivations à l'utilisation du DIU

Un point qui explique la différence de représentations entre les catégories est le rapport bénéfices/coûts du recours au DIU que chacun d'entre eux a établi. La catégorie de femmes utilisant le DIU y voyant nombre d'avantages sans en ignorer les contraintes.

Les femmes utilisant ou envisageant le DIU ont rapporté un ensemble de bénéfices à l'utilisation de cette méthode contraceptive. La motivation principale est d'avoir une contraception non hormonale, comme constaté dans l'enquête qualitative de Sofia Galli concernant le « DIU chez les femmes nullipares : projet, pose et vécu » (16). Elle met en

évidence dans son étude la volonté des femmes de revenir à une méthode dite « naturelle ». Dans notre étude, les femmes mettent en valeur la liberté qu'offre le DIU aux femmes de choisir ou non une contraception hormonale, il s'agit de la seule méthode contraceptive réversible à le permettre. L'avantage de ne pas avoir de modification des cycles a été souligné dans notre étude, elle a été rapportée également dans celle de Sofia Galli (16) où les femmes ont la conviction personnelle que les contraceptions hormonales ne sont pas respectueuses du cycle menstruel naturel. Les femmes utilisant le DIU ont rapporté une bonne tolérance à celui-ci qui peut même être oublié dans le temps et en parlent comme étant la meilleure méthode contraceptive à envisager : « pour moi le stérilet c'est la vie » E3, « une bonne contraception pour moi c'est que le stérilet » E12. Les femmes utilisant ou envisageant le DIU mettent en évidence l'aspect pratique du DIU qui ne nécessite pas de prise quotidienne ni de renouvellement d'ordonnance auprès du médecin, ne présente pas de risques d'oublis et a une longue durée d'action. Il présente l'avantage d'être moins coûteux que le préservatif ou la pilule. Ces avantages ont été observés également dans l'étude de Sofia Galli (16) et l'emportent sur les inconvénients attribués au DIU chez cette catégorie de femmes.

Les motivations identifiées chez les femmes utilisant ou envisageant le DIU sont également similaires à celles observées dans l'enquête auprès de femmes nullipares de tranche d'âge similaire à notre étude réalisée par Anne-Laure Chanzy-Waroquet en 2013 (15). Dans son étude, 89,7% des patientes citaient comme motivation à l'utilisation du DIU sa simplicité, 64,1% évoquaient l'absence d'hormone, 53,8% sa durée d'action, 41% son efficacité et 15,4% son faible coût.

L'étude qualitative d'Ellen Ruth Wiebe and al (18) menée sur 44 femmes nullipares au Canada sur les motivations à la pose d'un DIU dans les mois précédents l'entretien a retrouvé comme avantage principal d'éviter les effets indésirables potentiels d'une contraception hormonale, une efficacité contraceptive plus importante que les autres méthodes utilisées, une simplicité d'utilisation et un faible coût. Les femmes interrogées avaient une attitude très positive envers le DIU.

Dans l'étude américaine de Fleming et al. (19), enquête quantitative auprès de 252 femmes nullipares âgées de 14 à 27 ans, les motivations principales retrouvées étaient l'efficacité (84%), la longévité d'utilisation (75%), la discrétion de la méthode (48%), la simplicité d'utilisation (44%), l'absence d'hormones (37%) et le fait de ne pas avoir à y penser avant un rapport sexuel (34%).

Les femmes utilisant ou envisageant le DIU reconnaissent un ensemble d'avantages à cette méthode contraceptive. Ces motivations étaient d'autant plus marquées en cas d'antécédent d'échec contraceptif et en l'absence formelle de désir de grossesse car les femmes avaient le souhait d'une contraception plus fiable. Sophia Galli a constaté dans son étude (16) que le DIU était plus facilement proposé par les professionnels de santé en cas d'échec contraceptif qui entraînait une remise en question du choix contraceptif par la patiente et par le professionnel de santé.

Freins objectifs à l'utilisation du DIU

✓ Douleurs les 3 premiers mois après la pose :

Les femmes utilisant le DIU rapportent des douleurs importantes les trois premiers mois après la pose qui s'atténuent voire disparaissent avec le temps. Ce frein est amoindri par une certaine tolérance des femmes à la douleur, une démarche de choix contraceptif proactive et par le soutien du médecin : « j'ai revu mon gynéco [...] il m'a dit de continuer, de tenir, de passer le cap des trois mois » E3, « j'ai géré parce que je suis beaucoup dans l'acceptation » E12.

La catégorie de femmes n'utilisant pas le DIU en surévalue les inconvénients. Le rapport bénéfices/coûts du recours au DIU devient négatif.

✓ Douleur à la pose :

L'appréhension de la douleur à la pose est majorée chez les femmes qui n'ont jamais utilisé de DIU contrairement à celles qui l'utilisent « en fait c'était ma peur, de savoir si ça me ferait mal ou pas » E1. Cette peur de la pose est rapportée comme l'un des premiers effets indésirables également dans l'étude qualitative auprès de 21 femmes nullipares en 2012 dans les Yvelines menée par Dorothée Denant (20). Les désagréments liés à la pose étaient listés parmi les premiers effets indésirables dans le Vidal (21) avec comme symptômes fréquemment décrits la douleur, la contraction, les saignements utérins, la bradycardie, le syndrome vaso-vagal, les nausées et vomissements. Les femmes utilisant le DIU rapportent à échelle objective ce frein et relativisent cette douleur à la pose dont elles avaient fait abstraction malgré des retours négatifs de la part de l'entourage : « je crois qu'on véhicule trop l'image de la douleur et notamment au moment de la pose du stérilet en lui-même » (E3). Un résultat similaire a été observé dans l'étude d'A.Fournier et J.Vallée de 2015 (12) qui montre que les femmes utilisant le DIU relativisent sur la douleur. L'étude de Sofia Galli (16) montre qu'une bonne information préalable sur le protocole de pose et sur les effets indésirables possibles est associée à une meilleure tolérance du dispositif et rend la douleur post-implantatoire plus acceptable par les femmes.

✓ Ménorragies :

L'ensemble des 3 catégories de femmes interrogées rapporte les ménorragies comme un frein à l'utilisation du DIU. Pour les femmes n'envisageant pas une contraception par DIU il s'agit d'un critère rédhibitoire « en vrai je ne pense pas parce que bon y en a qui disent qu'ils saignent beaucoup plus avec le stérilet » E2 ; pour les femmes n'excluant pas le DIU il s'agit du frein principal « moi ce qui me rebute dans le stérilet au cuivre c'est le fait que j'ai vraiment horreur d'avoir des règles, je sais pas, j'aime pas ça du tout en fait » E1 ; pour les femmes utilisant le DIU il s'agit d'un effet secondaire qu'elles ne négligent pas sans pour autant limiter son utilisation « je me suis dit voilà c'est comme ça » E12, E19 rapporte des métrorragies sous DIU « ça s'est bien passé c'est juste que j'avais des spotting donc de temps en temps, entre

mes règles, j'avais euh voilà un peu de saignements, c'était juste ça ». Ce frein est retrouvé dans de nombreuses études déjà réalisées en métropole notamment celle d'A.Fournier (12). Les recommandations de l'HAS de 2013 (13) soulignent que les saignements et douleurs sont des causes fréquentes d'arrêt d'utilisation du DIU, les ménorragies et spotting étant fréquents dans les 3 à 6 premiers mois d'utilisation de cette méthode.

L'abondance des règles ainsi que leur survenue irrégulière sont également une source d'inquiétude pour les femmes interrogées dans l'étude qualitative de Fanny Voisin (22). Cependant dans l'étude de Chanzy Waroquet (15) parmi les réticences à l'utilisation du DIU 51, 3% des patientes évoquaient la peur de la pose, et seulement 16% la majoration des règles.

Les recommandations de 2013 de l'HAS (13) donnent un taux de retrait avant 5 ans de 50% pour le DIU au cuivre et de 60% pour le DIU au Lévonorgestrel en raison de saignements vaginaux et de douleurs non acceptables.

✓ Echec de pose :

L'échec de pose du DIU a également été évoqué dans notre étude, « j'ai vu 2 gynéco différents et en 3 fois on a pas réussi donc maintenant (rires)... » E19. Il arrive en troisième position des réticences identifiées chez les femmes nullipares dans l'étude de Chanzy Waroquet (15), 26% des femmes l'ayant mentionné.

✓ Influence sur la libido :

E3 a évoqué une baisse de la libido les premiers mois qu'elle attribuait en partie à la douleur « après avoir posé mon stérilet j'avais plus du tout envie. Alors je sais pas si c'est parce que j'avais mal, mais c'était mort de chez mort ». Ce frein n'a pas été identifié dans les études précédentes qui mettaient plutôt en évidence une vie sexuelle facilitée, notamment dans l'étude d'A.Fournier (12) et de Fleming et al (19) en limitant le stress d'une grossesse lors des rapports.

✓ Réticence du médecin :

E17 a évoqué l'opposition du médecin à la pose du DIU du fait de la nulliparité « vous n'avez pas d'enfants donc je ne vais pas vous le poser ». Cette position du médecin a été décrite également dans l'étude de Dorothée Denant (20) et serait liée à une méconnaissance des recommandations de bonne pratique, à des croyances personnelles voire à une absence de formation pratique à la pose.

✓ Infections génitales :

Plusieurs femmes ont évoqué les infections avec le DIU comme motif d'abandon de cette méthode : « une collègue du service m'a dit qu'au bout d'un ou deux mois elle l'a enlevé parce qu'elle avait trop de mycoses » E3, « j'avais l'impression que ça m'entraînait des infections urinaires la dernière année avant de l'enlever » E12. Les recommandations de l'HAS 2013 (14) énoncent que le risque d'infections est multiplié par 6 les 20 premiers jours après la pose mais qu'il retrouve par la suite la même valeur que celui de la population sans DIU.

✓ Risque d'expulsion :

E1 et E17 ont évoqué le risque d'expulsion du DIU. Selon les recommandations de l'HAS de 2013 (13), le risque d'expulsion est inférieur à 1/20 sur 5 ans et se situe principalement durant les 3 premiers mois suivants la pose. Ce risque est légèrement supérieur chez les nullipares par rapport aux multipares.

Dans notre étude, les femmes utilisant le DIU évoquent un certain nombre de freins objectifs qui sont consentis par celles-ci comme le montrait l'étude de Sofia Galli (16) selon laquelle lorsque le choix contraceptif est personnel, les inconvénients liés à celui-ci sont minimisés.

Les femmes n'envisageant pas le DIU évoquent des freins objectifs à son utilisation tels que la majoration des règles, la douleur à la pose, le risque d'expulsion ou d'intolérance au cuivre qu'elles ont cependant tendance à surestimer contrairement à celles qui y ont recours.

Freins subjectifs à l'utilisation du DIU

Dans notre étude, la connaissance occupe un rôle central dans le choix contraceptif. Les femmes ayant peu de connaissances sur la contraception n'envisagent pas le DIU car elles se focalisent sur les freins à l'utilisation de cette méthode. Parmi les freins rapportés, un grand nombre sont subjectifs car l'information dont elles disposent sur la contraception provient principalement de leur entourage familial et amical plus que du médecin. Les personnes de l'entourage n'ayant pas toujours reçu une information juste et détaillée sur la contraception peuvent véhiculer des idées reçues qui s'avèrent fausses. L'étude qualitative d'Isabelle Laplace de 2014 sur les questionnements et représentations à propos du dispositif intra-utérin sur les forums internet (11) souligne l'importance de l'expérience et des représentations de l'entourage amical et familial dans le ressenti des femmes vis-à-vis du DIU.

A l'inverse, les femmes utilisant le DIU ont eu une démarche proactive pour se renseigner sur les différentes méthodes de contraception, ce qui leur a permis d'opter pour le DIU malgré les retours négatifs qu'elles avaient pu avoir de leur entourage amical ou familial. Cette détermination à poursuivre l'utilisation du DIU malgré les préjugés de l'entourage, les mauvaises expériences rapportées et les réticences des professionnels de santé est rapportée également dans l'étude de Sofia Galli (16) qui constatait que le choix était avant tout personnel et que la réflexion sur le choix contraceptif avait déjà été faite avant la consultation chez le médecin.

Un certain nombre de femmes interrogées se considèrent trop jeunes pour utiliser le DIU or depuis 2005 l'HAS recommande l'utilisation du DIU chez les femmes de tout âge y compris les nullipares (13). Certaines femmes évoquent comme frein l'absence de réversibilité du DIU avec un désir de conception immédiate. Cependant l'HAS montre qu'il n'existe pas de preuve d'un retard dans le retour à la fertilité après le retrait du DIU (13). Cette crainte d'une contraception au long cours est évoquée également dans l'étude de Dorothée Denant (20) et vécue comme une certaine forme d'engagement pour les femmes qui souhaitent contrôler

leur fécondité. Elle est évoquée dans « l'Etat des lieux des pratiques contraceptives » de l'HAS (14) comme un frein pour des femmes qui ont des relations sexuelles irrégulières et difficiles à prévoir. La peur de prendre du poids sous DIU a également été exprimée or il n'existe pas de preuve d'impact du DIU au cuivre et au lévonorgestrel sur le poids selon les recommandations de l'HAS de 2013 (13). Il est évoqué également à plusieurs reprises le manque de confiance envers ce mode contraceptif avec notamment le risque de grossesse sous DIU alors que le pourcentage de grossesses au cours de la première année d'utilisation est de 1,1% pour le DIU (tout type confondu) contre 2,4% pour les pilules en utilisation courante en France selon l'OMS 2011 (14). Selon l'HAS (13), le taux de grossesse sur 5 ans est inférieur à 20/1000 avec le DIU au cuivre et inférieur à 10/1000 avec le DIU au lévonorgestrel. La peur de l'inconnu formulée par plusieurs femmes est retrouvée également dans l'étude qualitative d'A.Fournier et Josette Vallée de 2015 sur le regard des femmes, consultant pour leur contraception en médecine générale, sur le dispositif intra-utérin (12) et cela est lié à un manque d'informations sur le mode d'action de cette méthode contraceptive.

Plusieurs femmes ont évoqué une gêne liée à la localisation du DIU au niveau de l'utérus, « c'est juste le fait ben c'est comme un tampon en fait et je veux pas » E10. Dans son étude qualitative réalisée en 2015 sur les réticences des patientes et des médecins généralistes vis-à-vis de l'utilisation du DIU chez les patientes nullipares (22), Fanny Voisin évoque des freins « psychologiques » des patientes à utiliser le DIU par sa localisation dans l'utérus qui est vécue comme intrusive. Certaines femmes parlaient « d'avortement » concernant le DIU, ce qui n'a pas été retrouvé dans notre étude où les femmes avaient très peu de connaissances sur cette méthode. Les femmes craignaient, comme dans notre étude, une gêne ou une douleur au moment des rapports. Fanny Voisin a constaté que cette peur était atténuée lorsqu'elle leur montrait le DIU en question pendant l'entretien.

La perception des femmes ayant peu de connaissances sur le DIU est globalement négative avec une notion de dangerosité et de stérilité, « le stérile » E7, « euh je sais que c'est dangereux » E13. Selon l'HAS (13), « aucun risque de stérilité tubaire n'a été démontré, y compris chez les nullipares (niveau de preuve 3) ».

Déficit d'information sur l'utilisation du DIU

Il existe avant tout chez ces femmes un manque d'intérêt envers cette méthode contraceptive lié principalement à un défaut d'information.

L'étude qualitative d'Isabelle Laplace de 2014 sur les questionnements et représentations à propos du dispositif intra-utérin sur les forums internet (11) met en lumière ce manque et ce besoin d'informations : elle rapporte un certain nombre de questionnements des femmes sur le DIU notamment concernant sa pose et son retrait ainsi que leurs interrogations concernant le lien de causalité entre la survenue d'effets indésirables et son utilisation. Elle cite les discussions générées par la présence ou l'absence des règles, l'aménorrhée posant la question

d'une éventuelle grossesse, les règles synonymes de bonne santé ainsi que l'impossibilité de pose chez les nullipares.

L'étude quantitative américaine de Fleming et al. (19) chez 252 femmes âgées de 14 à 27 ans conclut que 55% des femmes interrogées n'ont jamais entendu parler du DIU, les multipares étant 4,4 fois plus susceptibles de choisir le DIU que les nullipares, et parmi les nullipares, celles ayant reçu des informations sur le DIU par des professionnels de santé étant 2,7 fois plus susceptibles d'être intéressées par cette méthode contraceptive. 53% des femmes n'étaient pas du tout intéressées par le DIU. Les raisons majeures invoquées étant le corps étranger qu'il représentait, la peur de la douleur lors de la pose et le fait qu'un professionnel de santé soit obligé de le poser et de le retirer. Cette étude confirme les résultats de la nôtre à savoir l'importance de l'information sur la contraception par DIU. L'étude de Whitaker et al. (24) a montré une augmentation de la perception positive concernant le DIU chez les adolescentes et jeunes femmes après une intervention éducative de 3 minutes.

L'étude qualitative britannique d'Asker et al. de 2006 sur les facteurs qui rendent les femmes non utilisatrices du DIU (23), menée auprès de 10 femmes de 16 à 49 ans n'ayant jamais utilisé de DIU, a identifié comme freins principaux le manque d'informations sur le DIU, les effets secondaires rapportés sur le DIU, la peur de la pose, le risque d'infections lié au DIU et le manque d'auto-contrôle sur le DIU une fois celui-ci posé.

L'état des lieux des pratiques contraceptives de l'HAS de 2013 (14) met en évidence un ensemble de freins des femmes à l'utilisation du DIU similaires à ceux observés dans notre étude à savoir des rapports sexuels irréguliers chez les jeunes femmes qu'il est difficile d'anticiper, un corps étranger vécu comme intrusif, des rumeurs et croyances associées à une désinformation, la nécessité d'un examen gynécologique, la nécessité de recourir à 2 consultations médicales avant la pose et enfin le manque d'accès à la consultation contraceptive. Ce dernier frein n'a pas été évoqué par les femmes interrogées dans notre étude car l'offre de soin en gynécologie est plus importante à la Réunion qu'en Métropole.

Contrairement à d'autres études qualitatives et quantitatives sur le DIU chez les nullipares, les femmes interrogées dans notre étude n'ont pas évoqué le risque de GEU et d'infection. La nulliparité n'était pas non plus un frein à l'utilisation du DIU chez les femmes interrogées à l'exception d'une, elle constituait plus un « ouï-dire ». Le frein principal identifié était avant tout le défaut d'information concernant le DIU qui laissait place à de nombreux à priori.

V. CONCLUSION ET PERSPECTIVES :

Dans notre étude, l'information des patientes et de leur entourage constitue l'élément le plus déterminant du choix contraceptif. Elle conditionne l'utilisation du DIU et sa bonne tolérance. L'information permet d'éliminer les idées préconçues négatives qui représentent les nombreux freins subjectifs rapportés par les femmes excluant le DIU (tableau 4.). Elle ne gomme pas pour autant les désagréments et complications réelles (freins objectifs) ce qui permet aux femmes utilisant de DIU de faire leur choix en toute connaissance de causes. L'information permet de signaler les atouts du DIU méconnus chez les femmes le refusant mais bien identifiés et rapportés chez les femmes qui y ont recours (tableau 5.)

Pour augmenter le recours au DIU, il faut donc mieux informer les patientes et leur entourage. Le médecin traitant me paraît être l'acteur de l'entourage pouvant remplir ce rôle avec la plus grande efficacité. Il faut également convaincre les patientes après les avoir informées sur les atouts de la méthode en s'employant à la faire évoluer pour en limiter les inconvénients. Il s'agit notamment d'améliorer la pose.

Tableau 4. Freins à l'usage du DIU

Chez les femmes excluant le DIU		Chez les femmes n'excluant pas le DIU		Chez les femmes utilisant le DIU	
Subjectifs	Objectifs	Subjectifs	Objectifs	Objectifs	Subjectif
• Méthode « obscure » (peur de l'inconnu) • Désagréments de la méthode (gêne au moment des rapports, prise de poids) • Méthode inappropriée pour une femme jeune • Méthode peu fiable (risque de grossesse) • Méthode dangereuse (risque de stérilité, d'intoxication au cuivre) • Localisation intra-utérine gênante • Retard conceptionnel (irréversibilité de la méthode)	• Désagrément de la méthode (majoration des règles) • Méthode douloureuse (douleur « surestimée » lors de la pose)	• Méthode inappropriée pour une femme jeune	• Désagrément de la méthode (majoration des règles) • Technique « délicate » (risque d'expulsion, douleur à la pose) • Surestimation du risque d'intolérance au cuivre • Risque d'expulsion	• Désagréments de la méthode (majoration des règles, gêne au moment de l'ovulation, spotting) • Technique « délicate » (échec de pose, complications dans les 3 mois : inflammation utérine et infections)	• Baisse de la libido

Tableau 5. Motivations

Chez les femmes excluant le DIU	Chez les femmes n'excluant pas le DIU	Chez les femmes utilisant le DIU
• Gain de temps (pas de nécessité de prise quotidienne)	• Liberté de choisir ou non une contraception hormonale • Pas de modification des cycles • Efficace • Bien-être (petite taille pour les nullipares) • Méthode plus adaptée que la pilule (pas de risques d'oublis) • Peu d'effets secondaires (pas de risque de GEU ni de kystes ovariens ni de fibromes)	• Pas d'hormones • Pas de modification des cycles • Pas de risques d'oublis • Pas de nécessité de prise quotidienne • Pas de nécessité de renouvellement d'ordonnance • Efficace • Longue durée d'action • Bonne tolérance, oublié avec le temps • Pose peu douloureuse

Amélioration de l'information aux jeunes femmes par le médecin traitant

Chez les femmes de niveau socio-professionnel bas, les *à priori* sur le DIU étaient déjà ancrés et il semblait difficile, voire déjà trop tard, pour proposer le DIU qui allait à l'encontre des conseils de l'entourage familial et amical.

Pour lutter contre ces *à priori* sur le DIU, il semble essentiel d'informer les jeunes femmes, dès le début de leur vie sexuelle sur cette méthode contraceptive. Le médecin joue un rôle pivot dans l'information sur la contraception dès le lycée.

Le flyer ci-dessous a été élaboré afin de servir d'outil d'information pour les médecins généralistes à destination des jeunes femmes nullipares en consultation. Il résume la localisation du DIU, les avantages et les inconvénients principaux rapportés par les femmes ainsi que les fausses idées pouvant nuire à son utilisation.

Les +

- Durée d'action de 5 ans
- Pas de renouvellement d'ordonnance
- Pas de risque d'oublis
- Pas d'hormones
- 2x plus efficace que la pilule



S'informer sur sa contraception

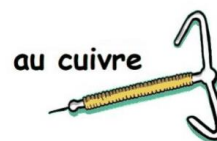
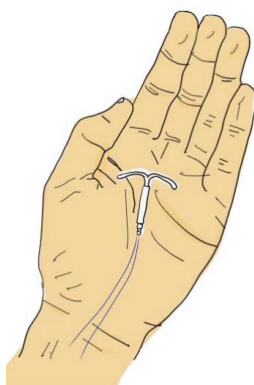


Les -

- Gêne à la pose
- Temps d'accommodation de 1 à 3 mois
- Règles plus abondantes

Le Dispositif Intra-Utérin

*Parlez-en à votre
médecin*



Les fausses idées



- Ne fait pas grossir
- Ne rend pas stérile
- Ne gêne pas pendant les rapports
- N'augmente pas le risque d'infections



- Utilisable chez les jeunes filles quel que soit l'âge et même sans avoir eu d'enfant

Fiche Info Patiente

L'état des lieux de l'HAS 2013 (14) propose des leviers d'action pour l'accès à la contraception :

- Faciliter l'information du grand public sur la contraception et le rôle du médecin généraliste.
- Mettre en place des protocoles de coopération des professionnels de santé concernant la contraception.
- Evaluer l'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires et la développer dans d'autres structures éducatives d'accueil des jeunes.
- Etendre le système du tiers payant pour les mineures et les jeunes de 18 à 25 ans chez un réseau de professionnels l'acceptant pour assurer un accès gratuit à la contraception et aux informations sur la santé sexuelle.
- Généraliser l'accès à des structures type « pass santé » pour l'accès à la contraception chez les jeunes.
- Promouvoir les méthodes de contraception réversible de longue durée d'action, en particulier le DIU.

Ceci a également été rapporté dans le rapport de l'INGAS de 2009 (27) face à la constatation d'un taux élevé d'IVG sous contraception.

Concernant les professionnels de santé :

- Développer la formation initiale et continue des professionnels de santé concernant la contraception.
- Promouvoir l'information des professionnels de santé via des délégués de l'assurance maladie ou des sites internet.
- Exercer une vigilance sur l'information délivrée par l'industrie pharmaceutique aux professionnels de santé.

Le dépliant du Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille (28) promeut l'utilisation de la méthode BERCER définie par l'OMS pour l'organisation de la consultation sur la contraception :

- **BIENVENUE** : « le professionnel se présente, explique le déroulement de la consultation et assure la confidentialité de l'entretien ».
- **ENTRETIEN** : « il recueille les informations médicales nécessaires, mais aussi les informations psychosociales et culturelles ».
- **RENSEIGNEMENTS** : « il informe de manière claire, précise et personnalisée des méthodes qui peuvent être proposées ».
- **CHOIX** : « il précise à la consultante que le choix de la méthode lui appartient, après avoir envisagé avec elle sa situation personnelle, ses préférences, les bénéfices et les risques des méthodes. Il la réoriente vers une autre méthode si celle qui est choisie n'est pas dénuée de risques ».
- **EXPLICATIONS** : « il explique les modalités d'utilisation de la méthode choisie : démonstration, association de la prise de pilule à un geste de routine, indication de la conduite à tenir dans certaines situations (oublis, effets indésirables...), modalités pratiques de recours à une méthode de rattrapage.

- **RETOUR** : « il organise les visites de suivi qui permettront d'évaluer l'adéquation de la méthode et l'observance de celle-ci, d'apporter si besoin des compléments d'information et d'aider si nécessaire la consultante à choisir une autre méthode ».

D'après la revue de la littérature réalisée en 2013 par Léa Plan concernant l'amélioration du conseil contraceptif sur le DIU chez les femmes nullipares (26), l'article de P.Hillard (36) propose une information éclairée des patientes durant la consultation selon la méthode « BRAIDED » :

- Bénéfices
- Risques
- Alternatives
- Inquiries (questionnements)
- Décision
- Explications
- Documentation

Il est important d'informer les patientes sur le temps de pose qui est souvent de 5 minutes. P.Hillard propose chez les adolescentes de présenter le DIU comme une méthode contraceptive attractive, de fournir la liste des médecins pouvant insérer le DIU aux patientes s'il est nécessaire de les adresser, et de leur poser systématiquement la question de ce qu'elles connaissent sur le DIU afin de remettre en question les fausses idées. Elle remarque que chez les adolescentes, le counseling non-directif n'est pas forcément la bonne solution et que les adolescentes choisissant des méthodes contraceptives de longue durée d'action le font parce que leur médecin leur a recommandé. Le médecin doit être disponible pour répondre aux questions des patientes et doit insister sur le fait que chaque expérience contraceptive est différente selon les femmes. Selon P.Hillard, il est nécessaire d'éduquer les adolescentes sur le DIU et de les informer sur sa taille afin de réduire leur anxiété. Elle propose également de mettre la patiente en situation.

Selon l'article d'Angela Dempsey et al. (37), le médecin a une grande influence sur le choix contraceptif et joue un rôle clef dans l'information délivrée aux patientes sur le DIU ; certaines patientes appréciant que le médecin leur parle comme à une amie et certaines affirmant que le fait de savoir que leur médecin utilise un DIU pourrait les influencer positivement vers le choix de cette méthode contraceptive.

Amélioration de la pose

a. Prémédication :

L'essai randomisé américain en double aveugle mené en 2006 chez 2019 patientes (31) sur l'utilisation prophylactique de l'ibuprofène pour réduire la douleur à la pose du DIU au cuivre retrouvait un niveau médian de douleur à 1 avec une absence de différence

significative entre le groupe placebo et le groupe ayant pris 400 mg d'ibuprofène à visée prophylactique.

L'essai contrôlé randomisé mené en 2010 aux Etats-Unis chez 108 femmes (33) comparant l'efficacité du Misoprostol versus placebo avant l'insertion d'un DIU chez des femmes nullipares n'a pas retrouvé de différence significative en termes de facilité d'insertion entre les 2 groupes.

Une étude américaine randomisée en double aveugle menée en 2012 (32) comparant l'efficacité du gel de lidocaïne versus placebo sur le col cervical avant l'insertion du DIU ne retrouvait pas non plus de différence significative en termes de douleur entre les 2 groupes. Elle encourageait l'identification par les professionnels de santé des facteurs pouvant majorer le ressenti de la douleur, notamment la douleur anticipée, en amont de la pose lors de la consultation.

Ainsi, différentes études randomisées contrôlées en double aveugle ne démontrent pas de réduction de la douleur lors de la pose par une pré-médication.

b. Information des patientes sur la technique de pose :

Afin de préparer au mieux la pose du DIU, il faudrait encourager l'information des patientes sur la technique. Cette information pourrait se faire à l'aide de modèles de démonstration de la pose du DIU. Plusieurs études précédemment citées ont montré l'impact auprès des patientes de l'information et notamment de la visualisation du DIU. Il faudrait encourager les médecins généralistes recevant les patientes pour une consultation sur la contraception à avoir des modèles de démonstration des différentes méthodes contraceptives et de les leur montrer. Ainsi ils pourraient expliquer le principe de l'examen gynécologique, le geste de pose du DIU et de retrait.

Selon les recommandations du National institute for Health and Care excellence (35), le médecin proposant la pose du DIU aux patientes doit être formé de façon continue et poser des DIU au moins 1 fois par mois.

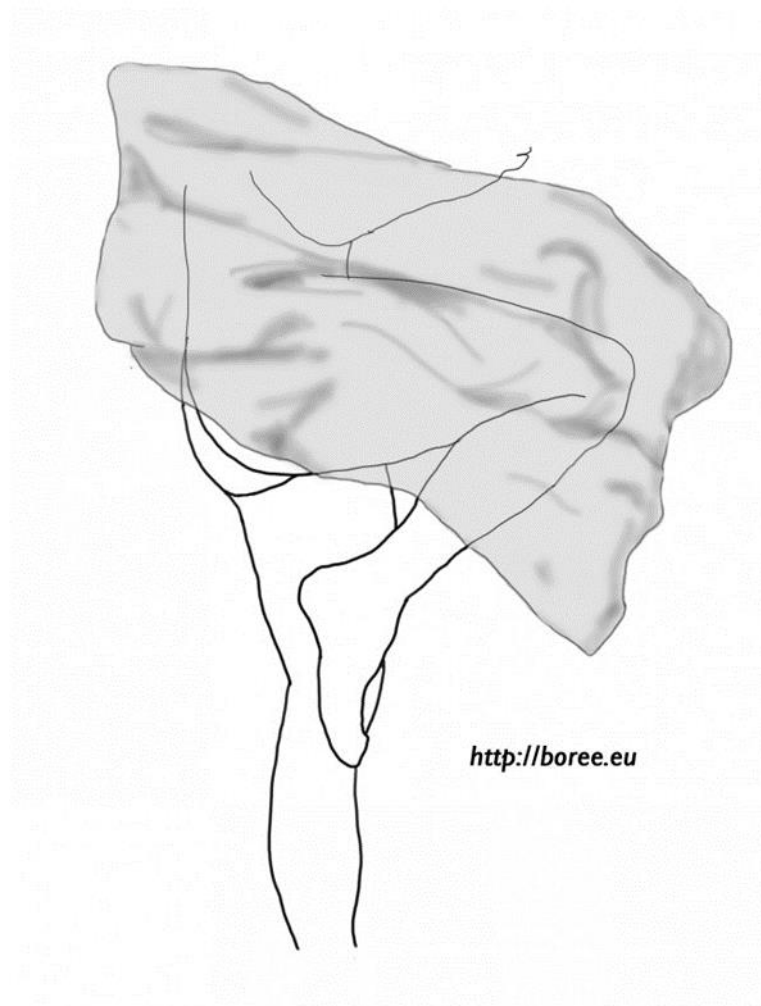
Selon l'étude américaine de Paula Hillard (36) concernant les conseils pratiques pour l'utilisation des DIU chez les adolescentes, il faut adopter une voix douce et rassurante durant la pose du DIU et expliquer les gestes tout au long du processus d'insertion.

c. Examen gynécologique en décubitus latéral afin d'améliorer le confort des patientes :

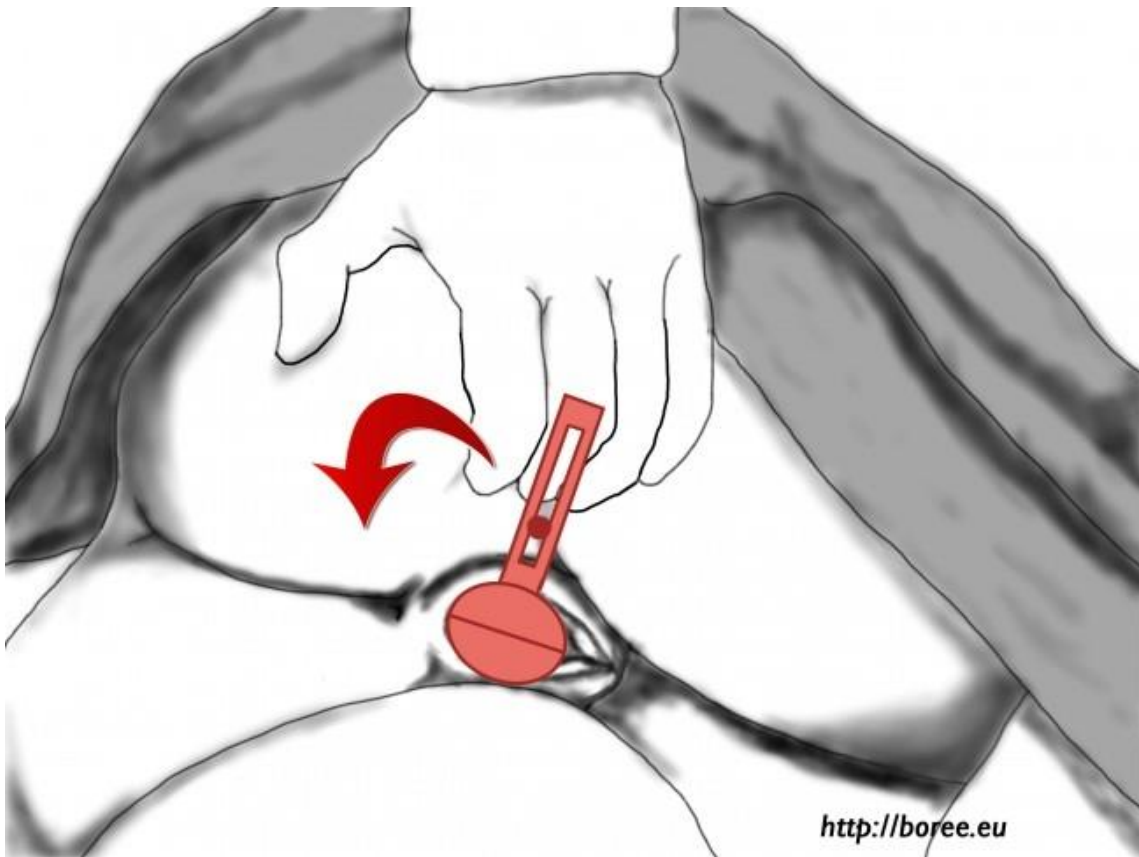
Dans son étude de 2015, Armelle Cabane étudie la perspective de l'examen gynécologique en décubitus latéral du point de vue des patientes (30) chez 114 femmes. La position adoptée est latéro-ventrale en chien-de-fusil (figure 8 et 9) et appelée également « examen à l'anglaise » car elle est utilisée en obstétrique en Angleterre. Le vécu de l'examen gynécologique en décubitus latéral était exploré de manière chiffrée selon 4 dimensions : la douleur, l'anxiété le confort et la pudeur. En comparaison à l'examen gynécologique classique, 66% des femmes

interrogées le déclaraient moins douloureux, 78% moins anxiogène, 83% plus confortable et 93% plus respectueux de la pudeur. La grande majorité des femmes interrogées souhaitait se faire réexaminer lors de la prochaine consultation en décubitus latéral.

La promotion de l'examen en décubitus latéral pourrait ainsi améliorer le ressenti des femmes concernant l'examen gynécologique.



Position gynécologique en décubitus latéral vue du dessus (<http://boree.eu>) (30)



Examen gynécologique en décubitus latéral (<http://boree.eu>)(30)

d. Méopa ou hypnose :

Plusieurs techniques alternatives à visée antalgique peuvent être utilisées en consultation pendant la pose du DIU. L'hypnose peut être proposée à la patiente par l'intermédiaire d'applications gratuites telle que « Respirelax » permettant de contrôler la respiration et ainsi de détourner l'attention de la patiente. Le Méopa peut également être envisagé si la patiente y est réceptive avant et pendant la pose du DIU. L'enquête d'Anne Vennet (75) menée en 2011 dans le cadre du Réseau Lutter Contre la Douleur démontre que l'utilisation du Méopa permettrait d'améliorer la prise en charge de certains gestes douloureux en médecine de ville par son efficacité sur l'anxiété et la phobie.

e. Méthode directe dite « en torpille » :

Selon l'article de la Revue Exercer sur les méthodes d'insertion du DIU (34), la méthode directe se fait en un temps et a été décrite pour la première fois sur internet en 2006 par Cristalli-Bonneau.

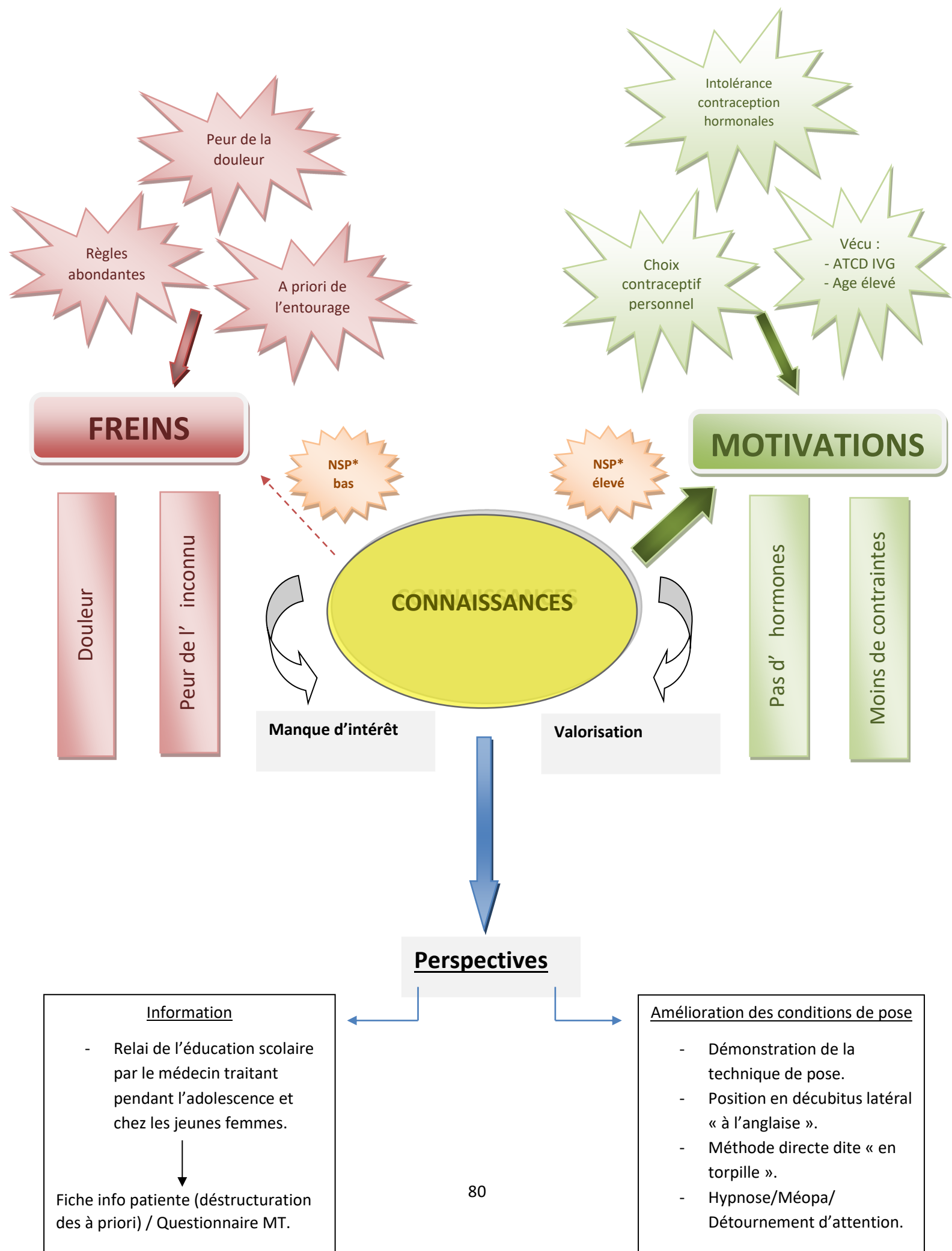
Les différentes étapes de la pose directe (Figure 12):

- Introduction du spéculum
- Désinfection
- Placer la bague sur le tube inserteur entre 3 et 4 cm servant de repère.
- Introduction du tube inserteur jusqu'à sentir une légère résistance ou jusqu'à ce que la bague touche le col.
- Pousser le DIU à l'aide du poussoir sans bouger le tube inserteur (le DIU se déplie dans la cavité utérine).
- Retirer le poussoir puis le tube inserteur.
- Couper les fils entre 2 et 4 cm pour éviter qu'ils disparaissent lors de l'ascension du DIU.

L'avantage de cette méthode comparée à la méthode classique (figure 10) est qu'elle ne nécessite pas d'hystérométrie ni d'utilisation de pince de Pozzi ainsi il n'y a pas de préhension du col ni de traction de l'utérus. Elle est donc plus rapide et moins douloureuse pour la patiente.

VI. MODELISATION DES RESULTATS DE L'ANALYSE :

Cette modélisation résume les résultats de l'analyse et s'adresse aux médecins généralistes afin qu'ils puissent cibler directement les freins des patientes durant les consultations dédiées à la contraception et mettre en place des solutions adaptées pour répondre aux attentes des jeunes femmes.



VII. CONCLUSION GENERALE :

Le DIU apparaît comme une méthode contraceptive de 2^{ème} intention après la pilule au sein des femmes nullipares. Deux profils de femmes se distinguent : d'une part les femmes de niveau socio-professionnel élevé ou ayant un vécu contraceptif lié à leur âge ou à un antécédent d'échec contraceptif. Elles adoptent une démarche proactive de recherche d'informations et de questionnement sur leur méthode contraceptive. Il y a d'autre part, les femmes de niveau socio-professionnel bas et/ou très jeunes qui sont dans une démarche souvent passive dictée par leur entourage qui va véhiculer des idées reçues fausses sur le DIU et ne va pas les encourager à pratiquer cette méthode non familière.

De ces catégories naissent des freins à la fois objectifs et subjectifs dépendant du niveau d'informations reçues. La balance bénéfices/risques est très largement positive chez les utilisatrices qui mettent en évidence les avantages à l'utilisation du DIU à savoir l'absence d'hormones, de modification des cycles, de risque d'oublis, de nécessité de prise quotidienne, de nécessité de renouvellement d'ordonnance, son efficacité, sa longue durée d'action et sa bonne tolérance. Elles rapportent des inconvénients à échelle objective qui sont les ménorragies, la gêne au moment de l'ovulation, les spottings et les risques d'échec de pose. Elles remettent en question les idées reçues fausses sur le DIU et font abstraction des retours de leur entourage notamment concernant la pose qu'elles estiment peu douloureuse. Les femmes n'excluant pas le DIU présentent ces mêmes freins objectifs qu'elles surestiment contrairement aux utilisatrices notamment la douleur lors de la pose. Chez les femmes n'envisageant pas une contraception par DIU, la balance bénéfice/risque est très largement défavorable avec un ensemble de freins majoritairement subjectifs véhiculés par l'entourage amical ou familial durant la période entre la prépuberté et l'arrivée à la majorité. Ces freins subjectifs sont principalement la peur de l'inconnue, la gêne au moment des rapports, le risque de prise de poids, le jeune âge, le risque de grossesse, le risque de stérilité, le risque d'intoxication au cuivre, la localisation intra-utérine gênante et l'irréversibilité de la méthode.

Ces observations montrent le rôle primordial de l'information et du médecin généraliste qui la relaie, tout en soulignant l'importance du système scolaire vis-à-vis de jeunes qui ont une vie sexuelle précoce. Une fois que les idées véhiculées par l'entourage sont ancrées chez les femmes, il devient difficile d'aller à leur encontre y compris pour le médecin. Le discours sera alors peu audible et le médecin n'encouragera certainement pas lui-même cette pratique. Dans notre étude, l'accès à l'information est l'élément conditionnant l'utilisation du DIU. Le milieu social semble être un élément déterminant pour l'acceptation ou le refus du DIU. Ce facteur peut être expliqué par un accès différent à l'information selon la classe sociale notamment à la Réunion où le niveau d'étude est bien plus bas qu'en Métropole et où une part non négligeable de la population n'a pas accès à une information satisfaisante. Ce critère social n'est pas rapporté sur la métropole mais il s'agit d'études qui n'intègrent pas les différences territoriales locales. Cet élément mériterait d'être exploré dans des zones rurales de déserts médicaux en Métropole où le contexte pourrait être similaire au sein d'une

population défavorisée. La mise en place de techniques d'information pourrait s'adresser tout autant à ces populations.

La communication sur la contraception chez les femmes de niveau socio-professionnel bas semble indispensable dès l'adolescence. Pour que le discours du médecin soit crédible et convaincant, il faut donner une information complète et compréhensible aux femmes permettant de leur apporter l'éclairage dont elles ont besoin. Pour cela, une 1^{ère} consultation dédiée spécialement à la contraception est prise en charge par l'Assurance Maladie quel que soit l'âge des femmes. Cette consultation peut être l'occasion de fournir une fiche info patiente sur le DIU et d'évoquer les craintes liées à cette méthode contraceptive afin de déconstruire les à priori. Enfin le frein principal étant la surreprésentation de la douleur à la pose, il paraît pertinent d'en informer le médecin pour qu'il ait recours à un geste plus rapide, moins gênant et moins douloureux comme la pose directe dit « en torpille », la position gynécologique en décubitus latéral respectant plus l'intimité des femmes, l'utilisation d'hypnose, de méopa ou plus simplement le détournement d'attention.

VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. HAS. Contraception chez la femme adulte et de l'adolescente en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG). 2019 Sept.
2. Amélie.fr. La contraception par stérilet ou dispositif intra-utérin. 2019 Nov. (consulté le 25/04/20).
3. Paitraud D. Contraception : Kyleena 19,5mg, nouveau dispositif intra-utérin de lévonorgestrel. VIDAL. 2018 Avr.
4. Vilain A. 224 300 interruptions volontaires de grossesse en 2018. Études et Résultats. 2019;(1125) :1-7.
5. Bardot M. La santé des jeunes. Tableau de bord. Saint-Denis: ORS OI. 2019.
6. Bajos N, Rahib D, Lydié N. Genre et sexualité. D'une décennie à l'autre. Baromètre santé 2016. Saint-Maurice : Santé publique France. 2018. 6 p.
7. Bajos N., Rouzaud-Cornabas M., Panjo H., Bohet A., Moreau C, équipe Fécond. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Population et Sociétés. 2014 ; (511).
8. Serfaty D. Les dispositifs intra-utérins. Extrait des mises à jour en Gynécologie et Obstétrique. CNGOF. 2000 ; (24).
9. Kassab Y. L'histoire des méthodes de contraception à travers l'âge et le monde : la contraception en France au XXIème siècle, rôle du pharmacien en officine. Thèse de doctorat en pharmacie. 2020 : 70-74.
10. Laplace I., Perrotin S., Fassier-Robert MH., Pipard T., Zerbib Y., Lasserre E., Lamort-bouché M. Que disent les femmes du « stérilet » sur internet ? Enquête qualitative sur les discours à propos du dispositif intra-utérin dans les forums. Exercer. 2019 ; 153 :196-201.
11. Laplace I. Questionnements et représentations à propos du dispositif intra-utérin sur les forums internet. Thèse de doctorat en Médecine. 2014.
12. Fournier A., Vallée J. Regard des femmes consultant pour leur contraception en médecine générale sur le dispositif intra-utérin. Exercer. 2015 ; 121 :196-204.
13. HAS. Contraception chez l'homme et chez la femme. 2013, mise à jour en juillet 2019.
14. HAS. Etat des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. 2013.
15. Chanzy Waroquet AL. Pourquoi les nullipares ne choisissent pas plus le DIU ? Enquête auprès des femmes. Thèse de doctorat en Médecine Générale. 2013.
16. Galli S. DIU chez les nullipares, enquête qualitative : projet, pose et vécu. Thèse de doctorat en Médecine Générale. 2017.
17. Senant MA, Simonot Claire. Représentations des femmes nullipares concernant la contraception par dispositif intra-utérin : analyse qualitative par entretiens semi-dirigés. Thèse de doctorat en Médecine Générale. 2013.
18. Wiebe ER, Trouton KJ, Dicus J. Motivation and experience of nulliparous women using intrauterine contraceptive devices. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. 2010;32(4):335-338.

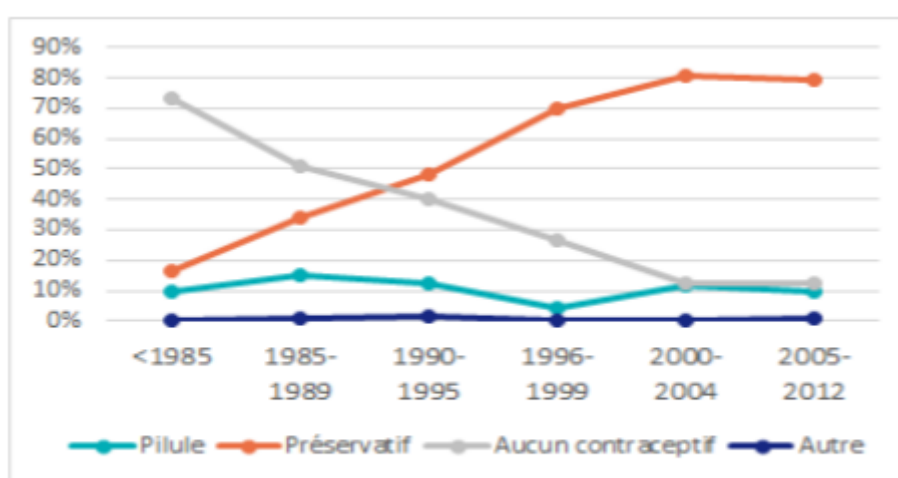
19. Fleming KL, Sokoloff A, Raine TR. Attitudes and beliefs about the intrauterine device among teenagers and young women. *Contraception*. 2010 ; 82(2):178-182.
20. Denant D. Freins et réticences à l'utilisation du dispositif intra-utérin chez les nullipares en médecine générale. Thèse de doctorat en Médecine Générale. 2012.
21. Vidal.fr. CDD UT 380 SHORT disp IU. Mise à jour le 14 mai 2020. Disponible sur : https://www.vidal.fr/parapharmacie/60559/ccd_ut380_short_disp_iu/ (consulté pour la dernière fois le 15/07/20).
22. Voisin F. Réticences des patientes et des médecins généralistes vis-à-vis de l'utilisation du dispositif intra-utérin chez les patientes nullipares : étude qualitative. Thèse de doctorat en Médecine Générale. 2015.
23. Asker C., Stokes-Lampard H., Beaven J., Wilson S. What is it about intra-uterine devices that women find unacceptable ? Factors that make women non-users : a qualitative study. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*. 2006 ; 32 (2) : 89-94.
24. Whitaker AK, Johnson LM, Harwood B, Chiappetta L, Creinin MD, Gold MA. Adolescent and young adult women's knowledge of and attitudes toward the intrauterine devices. *Contraception*. 2008 Sep; 78(3): 211-217.
25. Du Mesnil Du Buisson T. Connaissances et réticences à l'utilisation du dispositif intra-utérin : enquête descriptive auprès de 150 patientes consultant un centre hospitalo-universitaire parisien et le centre de planification et d'éducation familial de Provins. Thèse de doctorat en Médecine Générale. 2014 oct.
26. Plan L. Le dispositif intra-utérin : améliorer le conseil contraceptif chez la femme nullipare. *Revue de littérature systématique*. 2013 oct.
27. Aubin C., Jourdain Menninger D. Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001. Inspection Générale des Affaires sociales. 2009 oct.
28. Contraception, pour une prescription adaptée. Ministère des Solidarités, de la Santé et de la famille. 2005 mars.
29. Moreau C., Bohet A., Hassoun D., Ringa V., Bajos N., the FECOND group. IUD use in France : women's and physician's perspectives. *Contraception*. 2013 oct ; 89 (1) : 9-16.
30. Grange Cabane A. Le décubitus latéral : perspectives pour l'examen gynécologique du point de vue des patientes. Thèse de doctorat en Médecine Générale. 2015 avr.
31. Hubacher D, Reyes V, Lillo S, Zepeda A, Pain from copper intrauterine device insertion : randomized trial of prophylactic ibuprofen. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2006 nov ; 195 (5) : 1272-7.
32. Maguire K., Davis A., Rosario Tejeda L., Westhoff C. Intracervical lidocaine gel for intrauterine device insertion : a randomized controlled trial. *Contraception*. 2012 sept ; 86 (3) : 214-9.
33. Swenson, C., Turok D., Ward K., Jacobson J., Dermish A. Self administered Misoprostol or Placebo before intrauterine device insertion in nulliparous women. 2012 Aug ; 120 (2) : 341-347.
34. Savignac-Krikorian L., Benedini E., Bezanson E., Ruelle Y. Insérer un dispositif intra-utérin : méthode classique et méthode directe. *Exercer*. 2015 ; 121 : 229-34.

35. Long-acting reversible contraception. National Institute for Health and Care Excellence. 2005 oct, last updated 2019 july.
36. Hillard PJA. Practical tips for intrauterine devices use in adolescents. Journal of adolescent Health. 2013 apr ; 52 : 40-46.
37. Dempsey A., Billingsley C., Savage A., Korte J. Predictors of long-acting reversible contraception use among unmarried young adults. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2012 Jun ; 206 (6) : 526.e1-5.
38. Aubin I. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008 ; 19 (84) : 142-145.
39. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative, analyser sans compter ni classer. 2014 oct.
40. Mays N., Pope C. Qualitative Research : Rigour and qualitative research. BMJ. 1995 Jul ; 311 (6997) : 109-112.
41. Kohn L., Christiaens W. Les méthodes de recherche qualitative dans la recherche en soins de santé : apport et croyances. 2014 avr ; 53 : 67-82.
42. Laurent S. Opinion sur l'usage et la pose du dispositif intra-utérin, identification des réticences et de leur origine chez le médecin généraliste réunionnais ne posant pas de DIU. Thèse de doctorat en Médecine Générale. 2019 Mai.
43. HAS. Méthodes contraceptives, focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. 2013 Mars (Dernière mise à jour novembre 2017).
44. Organisation Mondiale de la Santé. Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives, 4^{ème} édition, 2009. Guide essentiel OMS de planification familiale. 2011.
45. Gemzell-Danielsson K., Mansour D., Fiala C., Kaunitz A.M, Bahamondes L. Management of pain associated with the insertion of intrauterine contraceptives. Human Reproduction Update. 2013 Jul ;19(4) : 419–427.
46. Mesnard L. Influence de la technique de pose du Dispositif Intra-Utérin sur la douleur ressentie par les femmes. Thèse de Médecine Générale. 2017 Déc.
47. Bajos N. et al, l'équipe de l'enquête Fecond. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Population et Sociétés. 2012 sept ; (492).
48. VIDAL. Contraception utérine non-hormonale (DIU et kits de pose). Mise à jour le 14 Mai 2020. (dernière consultation le 26/07/20)
49. Paitraud D. Contraception : ETHERENA T Cu 380 A, nouveau dispositif intra-utérin au cuivre. VIDAL.fr. 2020 mars (dernière consultation le 26/07/2020). Disponible sur : <https://www.vidal.fr/actualites/24388/contraception-etherena-t-cu-380-a-nouveau-dispositif-intra-uterin-au-cuivre/>.
50. Baram I., Aharon A., Klein R., Shkolnik K. Real-world experience with the IUB Ballerine MIDI copper IUD : an observational, single-centre study in Israel. The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care. 2019 Dec.
51. ANSM. Mirena et Jaydess : information sur la réévaluation des données de sécurité de ces dispositifs intra-utérins au lévonorgestrel (DIU-LNG)- Point d'information. 2017 Nov.
52. HAS. Fiche Mémo, Contraception d'urgence. 2013 Déc, mise à jour en 2019 juil.
53. HAS. Fiche Mémo, Contraception chez la femme après une interruption volontaire de grossesse. 2013 Juil, mise à jour en 2019 juil.

54. Balicchi J. Les médecins généralistes à la Réunion en 2019. ARS Océan Indien. 2019 janv. (Dernière consultation le 31/07/2020, consultable sur : <https://www.arsoi-notresante.fr/determinants-de-sante-densite-des-professionnels/les-medecins-generalistes-la-reunion>).
55. Parenton F., Balicchi J. Les médecins spécialistes à la Réunion en 2019. ARS Océan Indien. 2019 janv. (Dernière consultation le 31/07/20, consultable sur : <https://www.arsoi-notresante.fr/determinants-de-sante-densite-des-professionnels/les-medecins-specialistes-la-reunion>).
56. Armand S., Balicchi J. Les sages-femmes à la Réunion en 2019. ARSOI. 2019 janv. (Dernière consultation le 31/07/2020, consultable sur : <https://www.arsoi-notresante.fr/determinants-de-sante-densite-des-professionnels/les-sages-femmes-la-reunion>).
57. Boulevard P. In Extenso, Recours aux soins à la Réunion. ARS OI. 2016 juin, (5).
58. Insee. Dossier complet, Département de la Réunion. 2020 juin.
59. ANAES. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations pour la pratique clinique. 2004 déc.
60. Tang H., Lopez L., Mody S., Grimes D. Hormonal and intrauterine methods for contraception for women aged 25 years and younger [Systematic Review]. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012.
61. Brockmeyer A., Kishen M. Webb A. Experience of IUD/IUS insertions and clinical performance in nulliparous women--a pilot study. The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care. 2008 sept ; 13(3) :248-54.
62. Veldhuis HM., Vos AG., Lagro-Janssen ALM. Complications of the intrauterine device in nulliparous and parous women. European Journal of General Practice. 2004 sept ; 10(3) :82-7.
63. Marions L., Lökvist L., Taube A., Johansson M., Dalvik H., Øverlie I. Use of the levonorgestrel releasing-intrauterine system in nulliparous women--a non-interventional study in Sweden. The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care. 2011 avr ; 16(2) :126-34.
64. 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. 2004 mai ; 69(5) :407-12.
65. Guicheteau C., Boyer L., Somé DA., Leveque J., Poulain P., Denier M., Lavoué V. Tolérance du dispositif intra-utérin au cuivre chez les patientes nullipares : étude prospective unicentrique. Gynécologie, Obstétrique et Fertilité. 2015 ; 43(2) : 144-150.
66. Secura GM., Allsworth JE., Madden T., Mullersman JL., Peipert JF. The contraceptive CHOICE project : reducing barriers to long-acting reversible contraception. 2010 jun.
67. Abraham M., Zhao Q., Peipert J. Young age, nulliparity, and continuation of Long-Acting Reversible Contraceptive Methods. Obstetrics and Gynecology. 2015 oct ; 126 (4) : 823-829.
68. Ardeans K. Contraception intra-utérine chez la nullipare : le pour. CNGOF. 38^{ème} journées nationales. 2014.

69. Hédon B., Chabert-Buffer N., Marret H. Recommandations pour la pratique clinique : Contraception (texte court). CNGOF. 2018.
70. Rahib D., Le Guen M., Lydié N. Baromètre Santé 2016. Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Santé Publique France. 2017 : 8p.
71. INED. La contraception dans le monde (2011). 2014 août. Disponible en ligne : <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/la-contraception-dans-le-monde/> (consulté pour la dernière fois le 3/08/20).
72. United Nations. World contraceptive patterns 2013. Department of Economic and Social Affairs. 2013 oct.
73. Rieu C., Sibel M. L'accès au DIU comme mode de contraception pour les nullipares : un parcours du combattant ? Thèse de doctorat en Médecine Générale. 2015 sept.
74. Reynier E. Dispositifs intra-utérins chez les nullipares : enquête sur les pratiques des médecins généralistes. Thèse de doctorat en Médecine Générale. 2011 avr.
75. Verrat A. Evaluation du recours au MEOPA en médecine de ville. Thèse de doctorat en Médecine Générale. 2012 oct.

IX. ANNEXES



Source : Enquête KABP Sexualité 2012
Autre = Stérilet, implant, spermicide

Figure 1. Utilisation de la contraception au premier rapport sexuel selon l'époque à la Réunion (5)

Les IVG en 2018 selon la région de résidence de la femme						
	IVG en établissement hospitalier	Forfaits médicamenteux remboursés en centre de santé et CPEF	Forfaits remboursés en cabinet libéral	Total IVG réalisées	IVG ² pour 1 000 femmes de 15-49 ans	IVG de mineures pour 1 000 femmes de 15 à 17 ans
Grand-Est	13 067	91	1 130	14 288	12,2	5,0
Nouvelle-Aquitaine	12 831	705	3 235	16 771	13,9	5,7
Auvergne-Rhône-Alpes	17 833	768	4 573	23 174	13,4	5,0
Bourgogne-Franche-Comté	5 453	83	1 413	6 949	12,4	5,6
Bretagne	7 025	122	755	7 902	11,8	4,8
Centre-Val de Loire	5 722	134	1 079	6 935	13,4	6,5
Corse	1 060	2	183	1 245	17,6	4,7
Ile-de-France	34 766	2 383	16 554	53 703	18,0	6,2
Occitanie	15 687	260	4 538	20 485	16,7	6,4
Pays de la Loire	8 210	9	452	8 671	10,9	4,1
Hauts-de-France	15 276	196	2 369	17 841	13,5	7,1
Normandie	7 020	108	1 490	8 618	12,6	5,4
Provence-Alpes-Côte d'Azur	15 541	283	7 116	22 940	22,0	8,1
Total résidentes en France métropolitaine	159 491	5 144	44 887	209 522	15,0	5,9
Guadeloupe ¹	1512	5	1 785	3 302	38,5	14,6
Martinique	1682	3	441	2 126	27,7	14,5
Guyane	1265	103	1 236	2 604	35,3	18,0
La Réunion	2939	6	1 583	4 528	21,8	12,4
Mayotte	1346	2	307	1 655	24,8	19,3
Total résidentes dans les DROM	8 744	119	5 352	14 215	27,8	15,1
Femmes dont la résidence est inconnue³		27	291	318		
Total résidentes France entière	168 235	5 290	50 530	224 055	15,4	6,3
Résidentes à l'étranger	283			283		
Total IVG réalisées	168 518	5 290	50 530	224 338	15,5	6,4

CPEF : centre de planification et d'éducation familiale.
 1. Non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy.
 2. Calculé en rapportant les IVG de 15-49 ans aux femmes de 15-49 ans.
 3. Dans certains cas, le lieu de résidence inconnu a été remplacé par le lieu de réalisation de l'acte.
Lecture • En 2018, 14 288 IVG ont concerné des femmes résidant dans la région Grand-Est.
Champ • Ensemble des IVG réalisées en métropole et dans les DROM, tous régimes.
Sources • DREES, PMSI-MCO ; Insee, estimations localisées de populations au 1^{er} janvier 2018 ; CNAM, données de consommation interrégimes, nombre de forfaits médicamenteux remboursés selon la date des soins.

Figure 2. Nombre d'IVG selon les régions en France en 2018 (4)

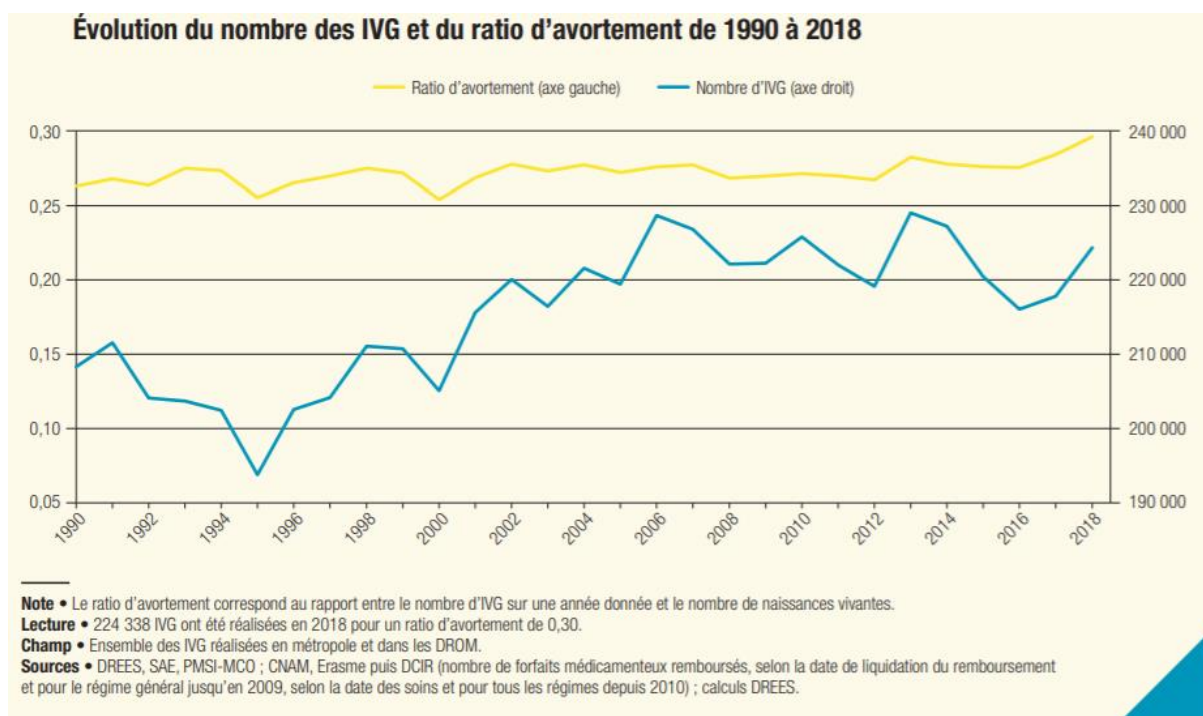


Figure 3. Evolution du nombre d'IVG et du ratio d'avortement entre 1990 et 2018 en France
(4)

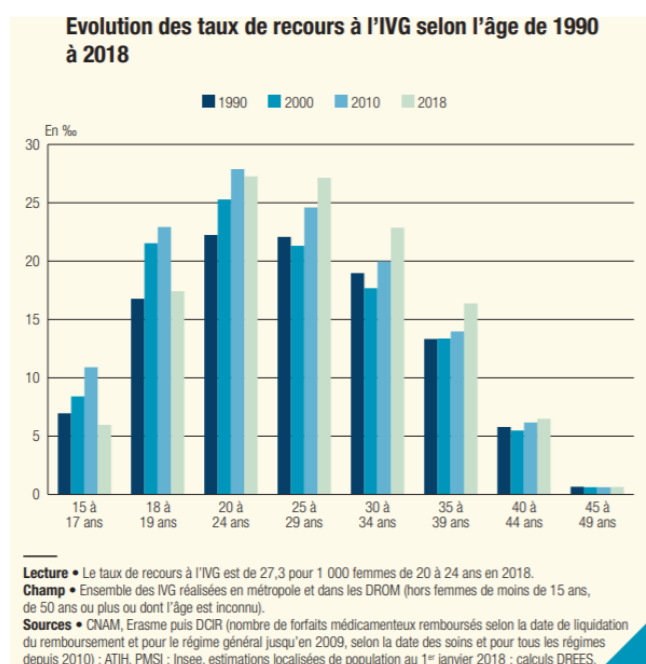
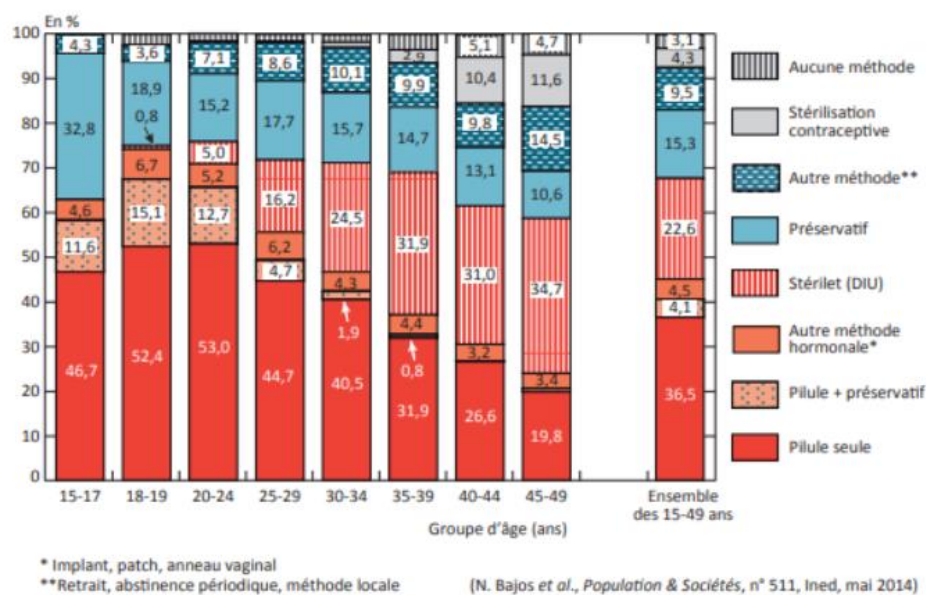


Figure 4. Evolution du taux d'IVG en fonction de l'âge entre 1990 et 2018(4)



Source : Enquête *Fécond* (2013), Inserm-Ined.

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

Figure 5. Méthodes contraceptives utilisées en France en 2013 selon l'âge des femmes (Ined 2014, (7))

Les figures 1 à 4 représentent des modèles dont la partie occlusive demeurait dans le vagin, tandis que la tige était ancrée dans l'utérus. Ils devaient être mis en place par un médecin, et on les gardait pendant de longues périodes. Ils étaient considérés comme des sources d'infection, et leur usage était déconseillé par les experts. Le gynécologue allemand Gräfenberg inventa un dispositif entièrement intrautérin en soie ou en argent (figures 5 à 7) qui est l'ancêtre du stérilet contemporain.

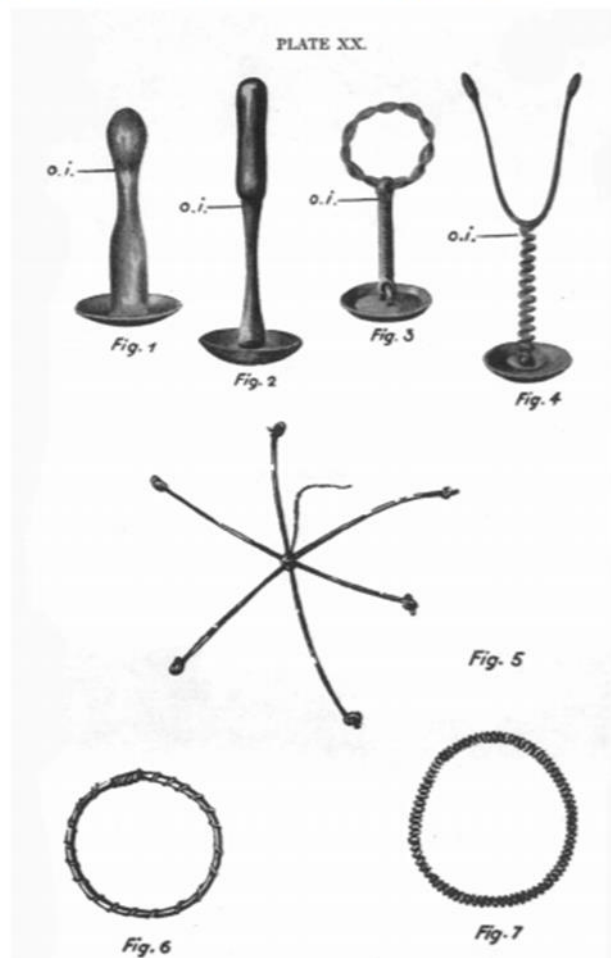


Figure 6. Histoire des dispositifs intra-utérins (E. Van de Walle. Population et Sociétés. 2005 déc).

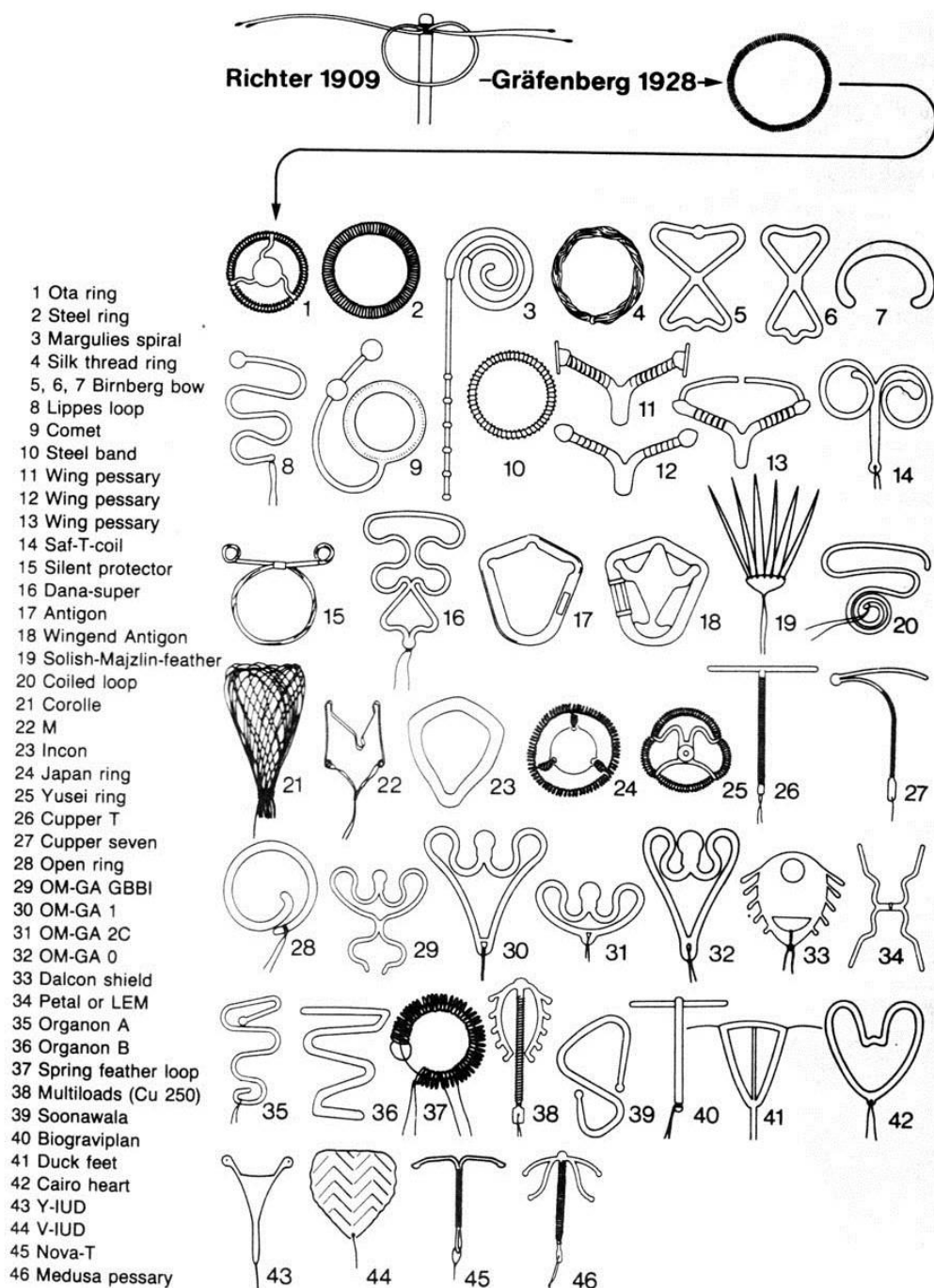


Figure 7. Les différents stérilets de 1909 à nos jours (d'après K.Semm, président des IFFS 1986-1989, D-2300 Kiel 1, Allemagne) (9)

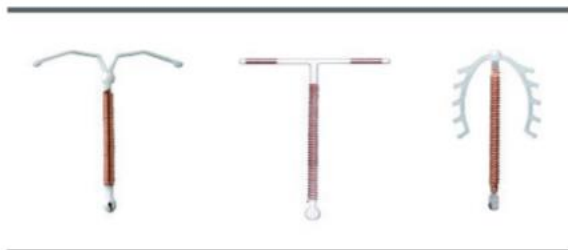


Figure 8. Forme des dispositifs intra-utérins (de gauche à droite : en Y, en T et en Ω) (34)

Nom commercial	Principe actif	Taille	Forme	Durée (années)
Gynelle 375 *	Cuivre 375 mm	Standard	Ω	5
Mona Lisa Cu 375 *	Cuivre 375 mm	SL Short	Ω	5
Multi Load Cu 375 *	Cuivre 375 mm	Short	Ω	5
Ancora 375 Cu *	Cuivre 375 mm	Standard	Ω	5
Mona Lisa CuT 380A QL *	Cuivre 380 mm	Standard	T	10
Mona Lisa NT Cu380A *	Cuivre 380 mm	Standard	Y	5
NT 380 *	Cuivre 380 mm	Short	Y	5
TT 380 *	Cuivre 380 mm	Short	T	10
UT 380 *	Cuivre 380 mm	Short	Y	5
Novaplus T380 *	Cuivre 380 mm	Normal / Maxi	Y	5
Copper T380A *	Cuivre 380 mm	Standard	T	10
Sugant 380A Cu *	Cuivre 380 mm	Standard	T	10
Mirena *	L	Standard	Y	5
Jaydess *	L	Petite	Y	3

Tableau 2. Caractéristiques des DIU commercialisés en France (sources : HAS¹ et Vidal *)

Figure 9. Caractéristiques de DIU commercialisés en France en 2015 (34)

Méthode	Taux de grossesse (%) au cours de la première année d'utilisation			Taux d'abandon (%) de la méthode après 1 an d'utilisation	
	Utilisation courante		Utilisation correcte et régulière (Trussel)	États-Unis (Trussel)	France (Moreau)
	États-Unis (Trussel)	France (Moreau)			
Implant contraceptif	0,05		0,05	16	
Vasectomie	0,15		0,1	0	
DIU au lévonorgestrel	0,2	1,1 ¹	0,2	20	15 ¹
Stérilisation féminine	0,5		0,5	0	
DIU au cuivre	0,8	1,1 ¹	0,6	22	15 ¹
Injectable progestatif (Depoprovera)	6		0,3	44	
Pilule combinée oestroprogestative et pilule progestative seule	9	2,4	0,3	32	30
Patch contraceptif	9		0,3	32	
Anneau vaginal	9		0,3	32	
Diaphragme	12 ²		6 ²		
Préservatif masculin	15	3,3	2	47	53
Préservatif féminin	21		5	51	
Retrait	22	10	4	57	45
Éponge ³	24, 12 ⁴	22 ⁵	20, 9 ⁶	64	62 ⁵
Méthode de connaissance de l'ovulation (méthode naturelle)	25	8	0,4 – 5 ⁷	49	48
Spermicides	29	22 ⁵	18	58	62 ⁵
Cape cervicale	32, 16 ⁸		26, 9 ⁹		
Aucune méthode	85		85		

Les taux publiés par l'OMS proviennent largement des États-Unis (Trussel 2011). Les taux pour la France sont issus de l'étude Cocon (Moreau 2007, Moreau 2009) ; En fonction du taux de grossesse au cours de la 1^{re} année d'utilisation, la méthode est considérée par l'OMS comme : < 1 : très efficace ; 1 – 9 : efficace ; 10 – 25 : modérément efficace ; 26 – 32 : moins efficace.

¹ tout type de DIU (cuivre et lévonorgestrel) ; ² diaphragme avec spermicide ; ³ les éponges spermicides ont été retirées du marché en mars 2013 ; ⁴ femmes uni/multipares : 24 ; femmes nullipares : 12 ; ⁵ spermicide ou éponge ; ⁶ femmes uni/multipares : 20 ; femmes nullipares : 9 ; ⁷ méthode sympto-thermique : 0,4 ; méthode de l'ovulation : 3 ; méthode des 2 jours : 4 ; méthode des jours fixes : 5 ; ⁸ femmes uni/multipares : 32 ; femmes nullipares : 16 ; ⁹ femmes uni/multipares : 26 ; femmes nullipares : 9.

Figure 10. Efficacité et taux d'abandon de la méthode après 1 an au Etats-Unis et en France, adapté de l'OMS (OMS 2011) (14)

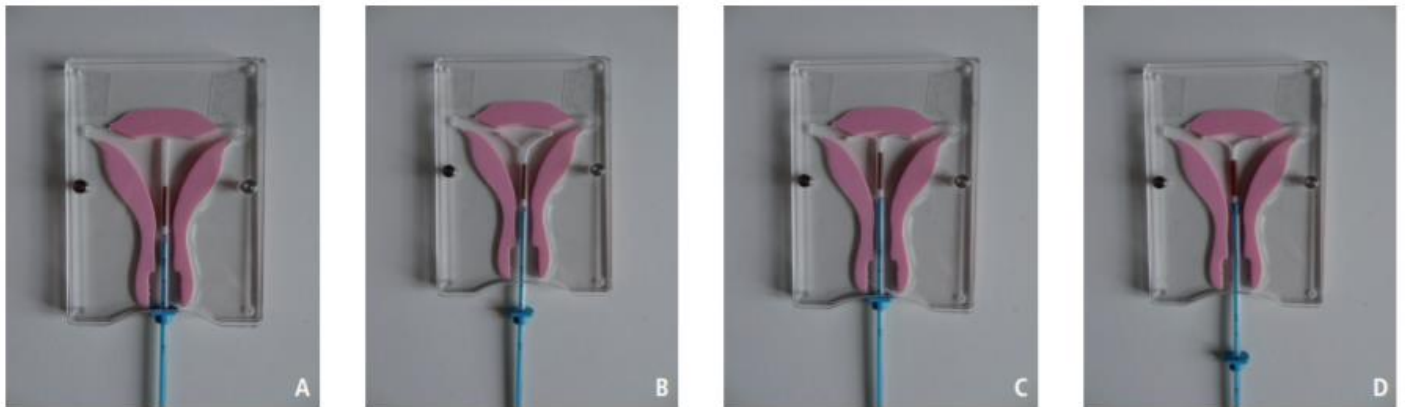


Figure 11. Technique de pose classique (34).

A : tube inserteur introduit jusqu'au fond utérin. B : le tube recule le long du poussoir qui reste immobile (DIU partiellement libéré dans la cavité). C : l'ensemble tube et poussoir est repoussé jusqu'au fond utérin. D : le tube recule une 2^{ème} fois le long du poussoir restant immobile (DIU complètement libéré dans la cavité utérine).



Figure 12. Technique de pose directe dite « en torpille » (34).

A : tube inserteur introduit jusqu'à l'orifice interne. B et C : le tube inserteur reste immobile et le DIU est poussé à l'intérieur de la cavité utérine.

Entretiens de thèse

« Quelles sont les représentations des femmes nullipares à la Réunion sur la contraception par stérilet ? »

Cette étude cible les femmes qui n'ont pas encore eu d'enfants (nullipares). Si vous en faites partie j'aimerais solliciter un petit peu de votre temps afin de réaliser un entretien pour connaître votre opinion concernant le stérilet.

Les entretiens :

- Durent 10 à 15 min
- Sont anonymisés
- Je vous laisse mes coordonnées si à tout moment vous souhaitez vous retirer de l'étude

Merci d'avance pour votre aide pour accomplir mon travail de thèse.

Marion ROGER Interne en Médecine Générale

Fiche d'information dans la salle d'attente

Bonjour,

Je m'appelle Marion, je suis interne de médecine générale. Dans le cadre de ma thèse je réalise des entretiens chez les femmes qui n'ont jamais eu d'enfants sur la contraception par stérilet pour savoir ce qu'elles pensent de cette méthode. Les entretiens durent une 15aine de minutes et sont anonymisés, c'est-à-dire que le nom et le prénom n'apparaîtront pas. Vous pouvez vous retirer de l'étude à tout moment si vous ne voulez plus y participer, pour cela je vous laisse mes coordonnées. Je vais enregistrer l'entretien avec mon ordinateur.

1. Comment as-tu choisi ton premier mode de contraception ?
2. Quelle a été la place de ta famille et de tes amis dans ce choix ?
3. Quel rôle a joué ton compagnon dans ce choix ?
4. Comment s'est déroulé l'entretien médical sur la contraception ?
5. Quelles sont les informations que tu as reçu sur le stérilet ?
6. Que penses-tu de ce mode de contraception ?
 - En as-tu déjà entendu parler ?
 - As-tu déjà pensé à utiliser ce type de contraception ?

Si la réponse était non :

7. Quels sont tes freins à utiliser un stérilet comme moyen de contraception ?
 - Est-ce que tu pourrais m'en dire plus ? / Pourrais-tu me raconter ?
8. As-tu déjà eu un échec de contraception ? Une IVG ?
9. Quels sont les critères que tu recherches pour un bon mode de contraception ? / Quels sont pour toi les critères d'une contraception parfaite ?
10. Questions fermées :
 - Quel âge as-tu ?
 - Est-ce que tu travailles ? Dans quel domaine ?
 - Es-tu en couple ?
 - As-tu un désir de grossesse à court terme ou moyen terme ?

FICHE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT ECLAIRE

« Représentations des femmes nullipares à la Réunion sur la contraception par stérilet »

Je reconnais avoir pris connaissance des informations énoncées dans l'étude ci-dessus nommée. J'ai eu la possibilité de poser des questions sur cette étude et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes. Je comprends les conditions de participation à cette étude.

J'ai compris que ma participation est volontaire et que je peux décider à tout moment de ne plus répondre aux questions de cette étude sans aucune pénalité.

Je soussigné (é) déclare donner volontairement mon accord pour participer à cette étude.

Nom et prénom du participant _____

Signature du participant _____

Nom/ prénom de la personne administrant le consentement _____

Signature de la personne administrant le consentement _____

Date et Lieu

Formulaire de consentement écrit

Déclaration de conformité

au référentiel de méthodologie de référence MR-003

reçue le 2 mai 2020

Madame Marion ROGER

ORGANISME DÉCLARANT

Nom : Madame ROGER Marion

Service :

Adresse :

CP :

Ville :

N° SIREN/SIRET :

Code NAF ou APE :

Tél. :

Fax. :

Par la présente déclaration, le déclarant atteste de la conformité de son/ses traitement(s) de données à caractère personnel au référentiel mentionné ci-dessus.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, la conformité de ce(s) traitement(s).

Fait à Paris, le 4 mai 2020

—RÉPUBLIQUE FRANÇAISE—

3 Place de Fontenoy, TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07 – 01 53 73 22 22 – www.cnil.fr

Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de la CNIL sont conservées et traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits Informatique et Libertés en s'adressant au délégué à la protection des données de la CNIL via un formulaire en ligne ou par courrier postal.

X. SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque. »

RESUME : Représentations des femmes nullipares à la Réunion sur la contraception par dispositif intra-utérin.

Introduction : La Réunion est composée d'une population jeune présentant une grande précarité et un faible niveau d'étude avec une sexualité précoce et un recours aux interruptions volontaires de grossesse bien plus élevé qu'en Métropole (21,8 IVG pour 1000 femmes à la Réunion en 2018 contre 15 pour 1000 femmes en Métropole). La tranche d'âge la plus concernée par les IVG se situe entre 20-29 ans, la majorité se produisant sous couverture contraceptive et particulièrement sous pilule qui est la méthode contraceptive la plus utilisée chez ces femmes. Malgré une bonne offre de soin sur l'île, l'utilisation du DIU par les femmes nullipares reste faible alors que celui-ci est 2 fois plus efficace en pratique courante que la pilule. L'objectif de cette étude était d'identifier les freins à l'utilisation du DIU chez les femmes nullipares réunionnaises ainsi que de connaître leur source de jugement et de proposer des pistes afin de faire évoluer la contraception à la Réunion.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative réalisée par des entretiens semi-dirigés auprès de femmes nullipares majeures à la Réunion. L'analyse des données s'est faite selon les principes de la théorisation ancrée.

Résultats et discussion : L'étude a été réalisée entre août et octobre 2019 auprès de 25 femmes nullipares majeures à la Réunion. L'utilisation du DIU était conditionnée avant tout par le niveau de connaissances sur la contraception, celui-ci étant étroitement lié au niveau socio-professionnel ou au vécu des femmes de par leur âge ou leur expérience contraceptive. Les femmes de niveau socio-professionnel élevé ou ayant une bonne connaissance sur la contraception mettaient en valeur un certain nombre d'avantages à cette méthode tandis que les femmes très jeunes ou de niveau socio-professionnel bas ne voyaient que des freins à l'utilisation du DIU, principalement subjectifs véhiculés par les a priori de l'entourage familial et amical.

Conclusion : Les freins principaux à l'utilisation du DIU identifiés dans notre étude sont le manque de connaissance sur cette méthode contraceptive et la surestimation de la douleur à la pose. Pour pallier cela, le médecin généraliste et le système scolaire ont un rôle primordial d'information dès l'adolescence. Afin d'encourager cette méthode contraceptive, il paraît important d'en améliorer les conditions de pose en valorisant l'information sur la méthode de pose, la position gynécologique en décubitus latéral respectant plus l'intimité des femmes, l'utilisation d'hypnose, de méopa ou de détournement d'attention durant la pose et le recours à la méthode directe de pose dite « en torpille » plus rapide et moins douloureuse pour les jeunes femmes.

Discipline : Médecine Générale.

Mots-Clés : dispositif intra-utérin, nullipares, Réunion, motivations, freins, étude qualitative.

ABSTRACT : Representations about the intrauterine device among nulliparous women at Reunion Island.

Background : Reunion Island is composed of a young population in a situation of social precariousness, poor education with a premature sexuality and a greater recourse to abortion than in mainland France (21.8 abortions per 1000 women at Reunion Island in 2018 against 15 abortions per 1000 women in mainland France). The most concerned age group is between 20 and 29 years old, the majority of young women resorting to abortion while using a contraception means and particularly while using the pill which is the most frequently used contraception means among these women. Despite a good health offer on the island, the use of intrauterine devices by nulliparous women is still low even though this contraception means is twice as much efficient as the pill in current use. The objective of this study was to identify the obstacles to the use of intrauterine devices among nulliparous women inhabitant of Reunion Island, to enquire on the roots of prejudices and suggest some solutions in order to develop contraception at Reunion Island.

Method : It is a qualitative study carried out through semi-directive interviews of adult nulliparous women at Reunion Island. The data analysis was inspired by the anchor theorization.

Results and discussion : The study was carried out between August 2019 and October 2019 among 25 adult nulliparous women at Reunion Island. The use of intrauterine device was determined by the level of knowledge as regards contraception, which was linked to the socio-professional level or the experience of women due to their age or their contraceptive experience. The women belonging to a high socio-professional class or having a good knowledge as regards contraception highlighted the advantages of intrauterine device whereas young women belonging to low socio-professional classes brought only obstacles concerning the use of this contraceptive method which were mainly subjective and spread by the friend and family a priori.

Conclusion : The main obstacles identified in our study concerning the use of intrauterine devices were the lack of knowledge about this contraceptive method and the overestimation of the pain during the fitting. In order to overcome these issues, the general practitioner and the education system have a major role to play about the information received during the adolescence. In order to encourage this contraceptive method, it seems important to improve the conditions of the fitting by increasing the information about the gesture, by using the lateral decubitus position which is more respectful of the women's intimacy, by using hypnosis, meopa or diversion during the fitting and by using the direct method also called « in torpedo » which is quicker and less painful for young women.

Discipline : General Medicine.

Key-Words : intrauterine device, nulliparous, Reunion, motivations, obstacles, qualitative study.