

Quels sont les freins et les leviers exprimés par les adolescentes de 15 à 18 ans à l'utilisation du dispositif intra utérin (DIU) comme moyen de contraception ?

Margaux Panier

▶ **To cite this version:**

Margaux Panier. Quels sont les freins et les leviers exprimés par les adolescentes de 15 à 18 ans à l'utilisation du dispositif intra utérin (DIU) comme moyen de contraception ?. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03275723

HAL Id: dumas-03275723

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03275723

Submitted on 1 Jul 2021

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 BORDEAUX

U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2021 Thèse N° 59

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement le 21 Juin 2021

Margaux PANIER
Née le 26 Décembre 1991 à Montpellier (34)

DES de Médecine Générale

Quels sont les freins et les leviers exprimés par les adolescentes de 15 à 18 ans à l'utilisation du dispositif intra-utérin (DIU) comme moyen de contraception ?

Directrice de thèse

Madame le Docteur Tania LABES

Jury

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH	Président
Monsieur le Professeur Christophe ADAM	Membre du jury
Monsieur le Docteur Antoine PASCAL	Membre du jury
Monsieur le Docteur Christophe JOUHET	Rapporteur

REMERCIEMENTS

A mon président du jury

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Directeur du Département de Médecine Générale de Bordeaux
Coordonnateur du DES de Médecine Générale de Bordeaux

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Je vous remercie de votre disponibilité et de la spontanéité avec laquelle vous avez accepté cette responsabilité. Soyez assuré de ma reconnaissance.

Aux membres du jury

Monsieur le Docteur Christophe JOUHET,

Maître de conférence associé,

Je vous remercie d'avoir accepté de relire et rapporter mon travail aussi rapidement. Je vous remercie pour vos conseils pertinents et constructifs. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude.

Monsieur le Professeur Christophe ADAM,

Président du Collège des Généralistes Enseignants d'Aquitaine

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de juger mon travail. Je vous remercie et veuillez trouver ici l'expression de ma considération.

Monsieur le Docteur Antoine PASCAL

Médecin Généraliste

Je vous suis reconnaissante d'avoir accepté de juger mon travail. Je vous remercie et vous prie de trouver ici le témoignage de mon profond respect.

Madame le Docteur Tania LABES

Chirurgien gynécologue-obstétricienne

Tu m'as fait l'honneur d'être la directrice de ma thèse. Je te remercie de ta disponibilité et de la spontanéité avec laquelle tu as accepté ce rôle. Je te remercie pour tous tes conseils pertinents qui m'ont permis d'avancer et d'achever ce travail. Je te remercie également de m'avoir fait confiance tout au long de ce travail et j'espère avoir été à la hauteur. Je te remercie infiniment et je t'adresse mon profond respect.

Aux Dr BOSC Carole, Dr FERNANDEZ Maria et Dr BENICHOU Jean-Jacques qui m'ont permis de faire mon recrutement et réaliser mes entretiens au sein de leurs cabinets médicaux lors de mes remplacements.

A Elisabeth VINCENT, autre thésarde, qui a accepté de réaliser le double codage dans ce travail, merci pour ta disponibilité et ton efficacité. Nous avons fait un bon duo.

———————

A Carole,
Merci de me faire confiance et de m'ouvrir les portes de ton cabinet comme tu le fais. Je prends beaucoup de plaisir à y travailler et j'espère pouvoir en profiter encore un moment.

A Stéphanie et à Dominique,
Merci à vous de m'avoir laissé entrer dans la famille Bisounours de SOS côte Basque Sud. J'espère pouvoir enfin signer ce papier maintenant que je suis officiellement Docteur et continuer à vivre cette super aventure avec toute l'équipe de SOS médecin côte Basque Sud pour encore de longues années.

A la colloc de Pontonx,
Merci pour ce premier semestre inoubliable tous ensemble !!!

A Thibaut,
Tu as été mon plus grand soutien durant tout l'internat et encore maintenant ! Je te remercie pour tous tes conseils aussi bien professionnels que personnels. Tu as toujours répondu présent sans rechigner, merci. T'es un vrai ami.

A Mathilde,
J'oublierai jamais nos 6 mois de colloc, le trio d'enfer avec Thibaut. Il faut absolument qu'on réussisse enfin à se trouver le temps et à fixer une date pour se voir depuis le temps qu'on en parle !! Tu es une femme extraordinaire.

A Charline,
Ma partner in crime pendant les 7 longues années d'externat à Limoges city. Tu as été une véritable soeur pour moi et tu comptes toujours autant malgré la distance. J'oublierai jamais tous ce qu'on a vécu et partagé ensemble. Tu me manques.

A Jessica,
Ma soeur, ma plus vieille amie, vingt ans d'amitié et on est toujours là ! Tu m'as vu grandir, évoluer, tu me connais par coeur. On a tout vécu ensemble et malgré la distance on est toujours aussi soudée. On a encore tellement à partager, j'ai hâte, jusqu'à la fin.

Et maintenant je veux remercier ma famille,

A Mami-jo et Papi-jo,
Merci de vous être occupés de nous et de tout ce que vous avez fait pour Thibault et moi jusqu'à aujourd'hui. Je vous aime très fort tous les deux. Mon seul regret c'est l'absence de Papi mais je sais qu'il est fier de moi.

A Mamie Monique et Pierre,
Merci pour tout également. Vous me soutenez depuis le début. Vous êtes toujours là pour m'aider. Je vous aime très fort aussi.

A toutes mes tantes et oncles d'amour sans oublier les cousins et cousines chéri(e)s.

A Pépé Pierre et Thérèse,
Je pense fort à vous de l'autre bout de la France, merci pour votre soutien en chocolat toujours très appréciable. Je vous aime.

A mon frère adoré, Thibault,
Je ne peux pas imaginer ma vie sans toi d'autant plus que t'embêter est ma passion. Un grand merci à toi pour toutes les fois où tu m'as consolé, soutenu, supporté et aidé à aller de l'avant mais aussi pour tous les fous-rires, les bêtises, les soirées etc… Je t'aime.

A mes parents, Frédérique et Vincent,
Je n'ai pas de mot suffisant pour vous remercier pour tout : la vie, l'amour, l'éducation, les valeurs, les principes, les voyages, les activités, les moments en famille innombrables… Vous m'avez toujours soutenu sans jamais douter et vous avez su me pousser vers le haut et aller de l'avant pour réaliser mon rêve de petite fille, devenir médecin. Je vous dois tout. Je vous aime tant. Je suis fière d'être votre fille.

Et enfin à Laurent, mon amour,
Il est difficile de résumer en quelques mots ce que je ressens pour toi. Tu as toujours été là pour moi, pour me soutenir et me faire évoluer pour atteindre mes objectifs. Merci d'être à mes côtés et pour tout ce que tu fais pour nous. Je t'aime.

ABREVIATIONS

- DIU : Dispositif Intra-Utérin
- IST : Infection Sexuellement Transmissible
- IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
- TVP : Thrombose Veineuse Profonde
- ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé
- HAS : Haute Autorité de Santé
- CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
- INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
- IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
- LARC : Contraception de Longue Durée d'Action
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- FSRH : Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare
- UKMEC : UK Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use
- ACOG : American College of Obstetricians and Gynecologists
- DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
- GEU : Grossesse Extra-Utérine
- MIP : Maladie Inflammatoire Pelvienne
- EMC : Elsevier Masson Consulte
- INSERM: Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
- SUDOC : Service de Documentation Universitaire
- CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale
- CNIL : Commission Nationale Informatique et Liberté

SOMMAIRE

PARTIE 1 : INTRODUCTION 9

PRESENTATION ET CONTEXTE 11
A. Le DIU (Dispositif Intra-Utérin) 11
1. Définition 11
2. Historique 12
3. Les différents modèles 13
3.a. DIU au cuivre 13
3.b. DIU hormonal 14
4. Mécanisme d'action 15
4.a. DIU au cuivre 15
4.b. DIU progestatif 15
B. Le modèle contraceptif français actuel 16
C. Ce que disent les recommandations 18
D. IVG en France 20

REVUE DE LA LITTERATURE : LE CONSTAT 23
A. Le DIU dans le monde 23
B. Le DIU en France 25
1. Représentations des femmes 25
2. Représentations des médecins 27
3. Constat d'un vrai manque d'information des femmes 28
C. Opinions publiques : vraies ou fausses ? 28
1. Majoration des MIP (Maladie Inflammatoire Pelvienne) et IST chez les nullipares ? 28
2. Majoration du risque de GEU ? 29
3. Crainte sur la fertilité ? 30
4. Difficultés de pose et douleur 30
5. Taux de continuation et de tolérance 31
D. Questionnement et justification de l'étude 32

PARTIE 2 : MATERIEL ET METHODE 33
A. Type d'étude menée 33
B. Présentation de la population étudiée 33
C. Recueil des données 34
D. Guide d'entretien 34
E. Analyse des données 35

PARTIE 3 : RESULTATS 36
A. Description de la population étudiée 36
B. La première contraception 37
1. Le monopole de la pilule, « la pilule à la mode » 37
2. Les motivations des adolescentes à avoir une contraception 38
3. Le déroulement de la première prescription 39
4. Choix de la pilule par défaut 40
5. Le suivi 40
6. La place de la religion 41
C. Etat des lieux des connaissances sur la contraception en général 42

1. La définition de contraception 42
2. Les moyens contraceptifs connus 42
3. Les méconnaissances 44
4. Sources d'informations 44
D. Le DIU 46
1. Les connaissances acquises 46
1.a. La forme 47
1.b. L'emplacement 47
1.c. Le mécanisme 47
1.d. Les différents types 48
1.e. La durée d'action 48
1.f. La population cible 48
1.g. La pose 48
1.h. Source d'information 49
2. Des idées reçues sur le DIU 50
2.a. Impossible pour les nullipares 50
2.b. Trop jeunes 50
2.c. Contraception « finale » 50
2.d. Anesthésie générale pour la pose 50
2.e. Retrait possible soi-même, retrait insupportable 50
2.f. DIU rend stérile 51
2.g. Surcharge en hormone 51
3. Le DIU, un objet suscitant de nombreuses réticences 51
4. Les avantages du DIU 53
5. Pilule vs DIU 54
E. Les non-dits et positionnements des adolescentes vis-à-vis du DIU 56
1. L'hésitation 56
2. Réticences psychologiques 56
3. Sujet gênant 57
4. Besoin de réflexion 58
5. Implication personnelle et/ou entourage 58
6. Demandeuses d'information 59
7. Mais une contraception pas de premier choix..... 59

PARTIE 4 : DISCUSSION 63
A. A propos de l'étude 63
1. Originalité de la population étudiée 63
2. Les forces de l'approche qualitative 63
3. Les limites du recrutement 64
4. Les limites de l'analyse des données 65
5. Les limites liées à l'investigateur 65
B. Discussion des principaux résultats 65
1. Une norme contraceptive française figée 66
2. Un choix de la pilule par défaut ? 66
3. Le DIU : les freins, un état des lieux attendu 67
3.a. Une méconnaissance qui persiste 67
3.b. Des réticences déjà connues dans l'ensemble 68
3.c. Des idées reçues négatives ancrées 70
4. Le DIU : les motivations 72
5. Le constat : un réel manque d'information des professionnels de santé 73
C. Les propositions pour l'avenir 75
1. Mise en place d'évaluation post cours d'éducation sexuelle 75

2. Profiter de la vaccination contre le *Papillomavirus* comme occasion pour parler de la contraception ……. 75
3. Obligation d'information exhaustive sur la contraception y compris sur le DIU de la part des professionnels de santé …….. 76
4. Ateliers de formation de pose de DIU facilités aux médecins généralistes ….77
5. Compléter l'étude par une autre étude quantitative avec un plus gros échantillon…….. 77

CONCLUSION …….. 78

PARTIE 5 : BIBLIOGRAPHIE …… 81

ANNEXES ……. 88

SERMENT MEDICAL …….. 91

PARTIE 1 : INTRODUCTION

La France se place parmi les pays où le niveau de couverture contraceptive est le plus élevé. Or il existe un paradoxe puisque le taux de recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) reste stable et élevé (1). Le modèle contraceptif français apparait peu flexible au cours des vingt dernières années avec un recours important au préservatif masculin lors de l'entrée dans la vie sexuelle puis vient le recours à la pilule contraceptive. Le dispositif intra-utérin (DIU) arrive seulement lorsque les couples ont atteint le nombre d'enfants souhaité (2).

En 2016 en France, l'âge médian du premier rapport sexuel est de 17,4 ans pour les garçons et de 17,6 ans pour les filles (3). L'adolescence est la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 et 19 ans. C'est une période de changements multiples qui s'accompagne de nombreux questionnements sur la sexualité avec tous les comportements à risques que cela peut entrainer (4,5). En effet, les adolescentes appartiennent à un groupe à haut risque de survenue de grossesse non désirée qui pose un réel problème de Santé Publique à l'échelle mondiale. En 2013 en France, 0,7% des grossesses vivantes concernent les 15 à 19 ans soit 16 477 grossesses. L'amélioration de l'éducation et de l'accès des adolescentes aux méthodes contraceptives efficaces est un enjeu de Santé Publique. Effectivement malgré l'utilisation large d'une contraception lors des premiers rapports sexuels (préservatif masculin dans 90% des cas chez les 15 à 24 ans), aucun impact sur le nombre d'IVG chez les adolescentes n'a été réellement observé (6). Les raisons sont multi-factorielles mais la cause principale viendrait d'un défaut d'observance et d'une mauvaise utilisation des moyens de contraception dont l'efficacité théorique avoisine les 99,7% (7). Selon l'enquête COCON menée en France, la majorité (65%) des grossesses non prévues surviennent sous contraception. L'oubli de la pilule est observé dans 60% des cas, l'accident du préservatif dans 53% des cas et des « erreurs » dans 58% des cas pour les méthodes locales ou naturelles (8,9). L'étude CHOICE menée aux Etats Unis montre que le recours aux méthodes contraceptives réversibles de longue durée d'action (LARC) a un impact significatif sur la diminution du nombre de grossesses non désirées chez les adolescentes de 15 à 19 ans ainsi qu'une nette diminution du recours à l'IVG (10,11).

En parallèle, de multiples lois et recommandations ont été établies par les Sociétés Savantes telles que la Haute Autorité de Santé (HAS) pour tenter de renforcer l'accès aux méthodes contraceptives des adolescentes depuis 2001 sans réels effets : la loi Aubry du 4 Juillet 2001 supprime l'obligation de l'accord parental pour l'accès à la contraception ou à l'IVG des mineures, les recommandations HAS de 2004 remises à jours en 2019 (12) mettent en avant la place du DIU chez les nullipares notamment chez les adolescentes, la LFSS de 2013 rend gratuite la délivrance des contraceptifs aux mineures en pharmacie sur prescription et gratuité de la contraception d'urgence aux mineures depuis 2010… Les dernières recommandations pour la pratique clinique du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) de Novembre 2018 mettent l'accent sur l'importance de la première consultation pour la contraception des adolescentes qui doit être structurée avec une information complète sur les différentes méthodes contraceptives pour aboutir à une prescription personnalisée permettant d'assurer une observance optimale. Il n'y a pas d'argument dans la littérature pour proposer plus spécifiquement une méthode mais les LARC tels que le DIU, semblent être une méthode optimale pour les adolescentes (7). Cependant en France l'évolution de l'utilisation du

DIU chez les adolescentes est faible en 10 ans, de 4,6% à 6,4% seulement malgré les recommandations HAS (12). 57% des femmes interrogées par l'étude FECOND en France pensent que le DIU n'est pas recommandé chez les nullipares. 68% des gynécologues et 85% des médecins généralistes interrogés dans cette même étude affirment ne pas recommander le DIU chez les nullipares voire ne pas leur en parler du tout du fait de leurs propres réticences… (13,14). Or une autre étude menée aux Etats Unis montre que 54% des femmes interrogées n'ont jamais entendu parler du DIU mais celles qui ont reçu l'information sont trois fois plus intéressées par ce moyen contraceptif (15). Il est nécessaire que les professionnels de santé transmettent l'information aux adolescentes pour espérer promouvoir l'utilisation du DIU.

Ainsi l'ensemble des résultats des différentes études et les Sociétés Savantes s'accordent toutes pour promouvoir l'utilisation du DIU comme moyen de contraception chez les adolescentes mais les résultats sont non satisfaisants en pratique voire absents malgré toutes les mesures mises en place. Le risque de survenue de grossesse non désirée et d'IVG chez les adolescentes reste encore trop élevé en France.
Ce constat nous amène à rechercher les raisons de cette non utilisation par les adolescentes. Quelles sont leurs réelles réticences, quels sont les arguments ou croyances les empêchant de choisir ce moyen contraceptif qui a pourtant démontré une réelle efficacité sur la diminution du nombre de grossesses non désirées et sur sa bonne tolérance. Mais aussi quelles sont leurs représentations du DIU et quels sont leurs arguments qui peuvent les amener à choisir ce mode de contraception.

PRESENTATION ET CONTEXTE

Actuellement en France et dans le monde, il existe différents types de contraception permettant à chaque femme de choisir son modèle contraceptif le plus approprié. Cela peut être une pilule, un implant, un patch, un anneau vaginal, un DIU (Dispositif intra-utérin), sous forme injectable, le préservatif masculin ou féminin ou les méthodes « naturelles ». Dans le cas de notre étude, nous allons nous intéresser exclusivement au DIU.

Petite précision terminologique, on appelle nullipare les femmes qui n'ont pas d'enfant donc qui n'ont pas mené de grossesse à terme et nulligeste les femmes qui n'ont jamais eu de grossesse. Dans la littérature les termes nullipare et nulligeste ne sont pas différenciés et sont employés de manière équivalente concernant le DIU. Ainsi nous utiliserons simplement le terme de nullipare pour désigner les femmes n'ayant pas d'enfant et n'ayant pas eu de grossesse.
Nous ciblerons notre étude sur les adolescentes de 15 à 18 ans.

A- Le DIU (Dispositif intra-utérin)

1- Définition

Le DIU est plus connu du grand public sous le nom de « stérilet » bien que ce terme ne soit pas approprié car il peut être vecteur de mauvaises représentations ou fausses idées. En effet, le DIU est une contraception ce qui signifie que c'est une méthode réversible et non définitive contrairement à la stérilisation. Il ne protège pas des IST (Infections sexuellement transmissibles).

Il est placé directement par voie vaginale dans la cavité utérine. Il peut être mis en place par un médecin généraliste, un gynécologue ou une sage femme directement au cabinet médical.
La pose et l'achat sont désormais remboursés par la Sécurité Sociale (16) et sa délivrance se fait uniquement sur prescription médicale après une consultation dédiée.
La cotation de la pose est JKLD001 à 38,40 euros. Il n'y a pas de cotation pour le retrait.

Généralement la pose se fait en début de cycle au moment des règles car le col est légèrement ouvert et cela assure l'absence de grossesse mais elle peut se faire à tout moment du cycle tant qu'une éventuelle grossesse a été éliminée. Il faut également avoir recherché et traité au préalable une éventuelle IST telle que *Chlamydiae Trachomatis* et *Nesseira Gonorrhoea* et réalisé un frottis cervico-utérin pour les femmes de 25 à 65 ans.
La technique de pose est variable selon le modèle et selon les habitudes pratiques du professionnel de santé (pose classique ou pose torpille).

Comme tous les autres moyens contraceptifs, il convient également de rechercher les contre-indications avant sa prescription et profiter de la consultation pour exposer les effets secondaires et complications possibles.
Il est nécessaire d'apporter une information complète aux patientes au préalable permettant de faciliter leur choix et d'améliorer leur observance et tolérance.

Il est indiqué chez toutes les femmes qu'elles soient nullipares, multipares, mineures ou majeures.

2- Historique (17,18,19)

Dès l'Antiquité le principe d'introduire un objet dans l'appareil génital féminin en vue d'empêcher une grossesse existait. En effet, les Arabes nomades plaçaient dans l'utérus de leurs chamelles une pierre ronde pour parer à une gestation éventuelle au cours de leurs longs voyages dans le désert.
Les Egyptiens plaçaient de l'acacia ou des morceaux de papyrus dans l'utérus des ânesses et à Rome ils plaçaient de la ouate chez les chèvres.
Il y a également des écrits d'Hippocrate intitulés « Maladies de Femmes » faisant référence à cette idée chez la femme par insertion de pessaire (sorte de bouchon) destiné à obturer le col utérin.

Par la suite, au 19ème siècle, l'idée des pessaires était reprise avec de multiples matériaux tels que le bois, l'ivoire, l'ébène, l'argent, l'or ou le platine mais ils entrainaient de nombreuses complications hémorragiques ou infectieuses rendant leur utilisation interdite.

C'est ensuite un médecin allemand nommé Richard Richter qui décrit pour la première fois en 1909, à Waldeburg en Pologne, un dispositif intra-utérin à usage contraceptif sous la forme d'un anneau fait de deux fils enroulés en crin de Florence. Puis un autre médecin Allemand, Ernst Gräfenberg, met au point en 1928 un autre dispositif intra-utérin à visée contraceptive cette fois sous la forme d'un fil d'argent enroulé en spirale d'un diamètre de 1,5 cm.

Au cours du siècle dernier, le DIU a subi plusieurs modifications. D'autres métaux tels que le fer ou l'or sont également testés.
En 1934, un médecin japonais Dr Tenrei Ota décrit un dispositif en forme d'anneau constitué d'argent ou d'or avec une capsule centrale en s'inspirant du modèle de Gräfenberg.
En 1960, Le Dr Ishihama (médecin au Japon) remplace le fer par du plastique. Apparition de la spirale de Margulies à New York, spirale en polyéthylène commercialisée sous le nom de *Gynekoïl* et apparition de la boucle en forme double S du Dr Lippes (USA) constituée également de polyéthylène. Il s'agit d'un plastique biologiquement inerte.
Le Dr Mergulies de New York a inventé la technique d'insertion consistant à glisser le dispositif en polyéthylène dans un tube fin en plastique permettant son introduction sans avoir à dilater le col. Technique qui est toujours utilisée à ce jour.
En 1962, on décide d'y adjoindre du cuivre pour son effet bactériostatique et fongicide ce qui augmenta considérablement l'efficacité du DIU tout en diminuant sa taille.
En 1968, le Dr Tatum invente la forme en T après avoir découvert que la cavité utérine adoptait une forme T lorsqu'elle se contractait.
En 1969, apparition du premier DIU au cuivre le Tcu 200 suite à la découverte par Jaime Zipper de l'effet contraceptif du cuivre.
En 1971, « crise du Dalkon Shield » aux Etats Unis qui correspond à de nombreuses infections graves dues au DIU plastique Dalkon Shield dont le fil attaché au DIU a été responsable de nombreuses infections ascendantes du vagin vers l'utérus. Dans les suites, le DIU a largement disparu du marché américain sauf le DIU cuivre, provoquant une chute d'utilisation du DIU et une mauvaise réputation du DIU aux USA.
En 1977, apparition du stérilet à la progestérone Progestasert 38R (retiré du marché en 2000).
En 1997, commercialisation du MIRENA 52.
En 2002, commercialisation du DIU cuivre GYNELLE 375 et UT 380 standard et SHORT.
En 2003, commercialisation du DIU cuivre MULTILOAD 375.

En 2005, commercialisation DIU cuivre MONA LISA Cu 380 en France.
En 2014, commercialisation du JAYDESS.
En 2018, commercialisation du KYLEENA.

En parallèle, d'un point de vue législatif, le DIU a suivi l'évolution des autres moyens contraceptifs. Au début du siècle dernier en 1920, tous les moyens de contraceptions sont interdits.

C'est seulement à partir de 1967, suite à la Loi Neuwirth, que la pose d'un dispositif intra-utérin est autorisée uniquement dans les établissements hospitaliers (20).
En avril 1972, la pose du DIU est possible dans les centres médicaux agréés par la Sécurité Sociale. Puis le 21 juillet 1975, le DIU est remboursé par la Sécurité Sociale puis, décision du remboursement de sa pose le 26 novembre 1975.

La loi Aubry du 4 Juillet 2001 a supprimé l'obligation de l'accord parental pour l'accès à la contraception ou à l'IVG des mineures.
La loi du 4 mars 2002 stipule que « les contraceptifs intra-utérins ainsi que les diaphragmes et les capes ne peuvent être délivrés que sur prescription d'un médecin ou d'une sage-femme » et « l'insertion des contraceptifs intra-utérins ne peut être pratiquée que par un médecin ou une sage-femme » (21).

La loi HPST du 21 juillet 2009 précise que la sage-femme est habilitée à effectuer le suivi gynécologique de prévention et à réaliser les consultations de contraception sous réserve qu'elle adresse la patiente à un médecin en cas de situation pathologique (22).

La LFSS de 2013 rend gratuite la délivrance des contraceptifs aux mineures en pharmacie sur prescription et gratuité de la contraception d'urgence aux mineures depuis 2010.

A ce jour, les sages femmes et médecins généralistes sont habilités à prescrire, poser, surveiller et procéder au retrait d'un dispositif intra-utérin contraceptif (23).

3- Les différents modèles (24)

Il existe 2 grands types de DIU, celui dit au cuivre qui est non hormonal et celui dit « hormonal » qui est le DIU progestatif. Ils diffèrent également dans la taille et la technique de pose.

3. a. DIU au cuivre

Il se compose d'un axe vertical en plastique radio opaque, avec 2 bras latéraux flexibles en polyéthylène, autour duquel s'enroule un fil de cuivre (annexe 1).
La surface de cuivre est de 375 ou 380 mm2 en fonction des dispositifs. Plus la quantité de cuivre est importante, plus le DIU est efficace car c'est lui qui inactive les spermatozoïdes.
Un fil de nylon monobrin est attaché au support permettant le contrôle de la présence du dispositif et le retrait.
Plusieurs tailles sont disponibles afin de s'adapter à la hauteur de la cavité utérine.
La durée d'efficacité est d'environ 5 à 10 ans selon le modèle avec une efficacité de 99%.

Le pourcentage de grossesses non désirées dans la première année d'utilisation est inférieur à 1. Indice de Pearl 0,6.
Prix général 30,50 euros, remboursé à 65%.
Il existe actuellement de nombreux modèles comme repris dans le tableau disponible sur le site de l'HAS (Haute Autorité de Santé) (24) :

Surface de cuivre	Taille	Nom commercial[8,9]
375 mm²	standard	GYNELLE 375
	standard / SL short	MONA LISA Cu 375
	standard / short	MULTI LOAD Cu 375
	standard	ANCORA 375 Cu
380 mm²	standard	MONA LISA CuT 380A QL
	standard	MONA LISA NT Cu380A
	standard / short	NT 380
	standard / short	TT 380
	standard / short	UT 380
	mini / normal / maxi	NOVAPLUS T380
	standard	COPPER T380A
	standard	SUGANT 380A Cu

Les modèles « short » cités dans le tableau de l'HAS sont les modèles destinés aux femmes nullipares qui présentent une cavité utérine plus petite qu'elles soient mineures ou majeures.

3.b. Le DIU hormonal

Le DIU hormonal est composé d'une seule hormone, la progestérone. Il fait partie des contraceptifs progestatifs.

Il est constitué d'un corps vertical contenant un réservoir de LEVONORGESTREL entouré d'une membrane contrôlant la diffusion de l'hormone. Il a la forme d'un T (32 mm horizontalement, 36 mm verticalement) (annexe 2).

Il existe trois grands types de DIU à la progestérone dont la molécule est Lévonorgestrel :
- MIRENA : dosage Lévonorgestrel 52 mg, durée d'action 5 ans. Prix moyen 104,88 euros. Remboursé 65%.
- JAYDESS : dosage Lévonorgestrel 13,5 mg, durée d'action 3 ans. Prix 94,52 euros. Remboursé 65%.
- KYLEENA : dosage Lévonorgestrel 19,5 mg, durée d'action 5 ans. Prix 99,42 euros. Remboursé 65%.

Concernant leur efficacité :
- MIRENA : indice de Pearl 0,1.
- JAYDESS : indice de Pearl 0,3.
- KYLEENA : Indice de Pearl 0,2.

4- Mécanisme d'action (24)

La présence du DIU est perçue comme un corps étranger dans la cavité utérine provoquant des modifications biochimiques et morphologiques au niveau de l'endomètre nuisant au transport des spermatozoïdes et empêchant la nidation s'il y a eu lieu d'une fécondation.

4.a. DIU au cuivre

Son mode d'action principal est dû à l'effet cytotoxique du cuivre sur les spermatozoïdes inhibant la fécondation. Il provoque également une inflammation locale de l'endomètre empêchant l'implantation de l'ovocyte fécondé.

Il est possible de l'utiliser comme contraception d'urgence en tant que méthode de rattrapage en l'insérant jusqu'à 5 jours suivant le rapport à risque.

Face à son taux élevé d'efficacité et à l'absence d'hormone, il s'agit de la méthode contraceptive de choix de 1ère intention d'autant plus que son délai d'action est long pouvant aller jusqu'à 5 à 7 ans selon le modèle.

Ses effets indésirables principaux et reconnus sont les dysménorrhées et les hyperménorrhées en durée et en quantité. Il peut également accentuer les douleurs pelviennes lors des règles et être responsable de dyspareunie.

Le retrait est simple en tirant sur le fil en nylon mais nécessite une consultation chez un médecin généraliste, un gynécologue ou une sage femme.

Sa réversibilité est quasi immédiate lorsqu'il y a un désir de grossesse.

4.b. DIU progestatif

Leur mode d'action agit sur différents niveaux. Ils provoquent un épaississement de la glaire cervicale rendant difficile le passage aux spermatozoïdes et ils ont également un effet néfaste sur l'endomètre le rendant impropre à l'implantation de l'ovocyte fécondé.

Leur efficacité est également très bonne. Le MIRENA serait un peu plus efficace que le JAYDESS et avec une durée d'action plus longue d'environ 5 ans tout comme le KYLEENA.

Comme les progestatifs oraux, ils peuvent provoquer une aménorrhée secondaire. Ils sont indiquées chez la femme présentant des dysménorrhées invalidantes.

Toutefois à l'inverse du DIU au cuivre, ils ne sont pas indiqués en 1ère intention chez les nullipares comme précisé dans le référentiel de l'HAS (12,24).
Leurs principaux effets indésirables pouvant entrainer leur retrait sont la survenue ou l'aggravation de migraine avec ou sans aura, HTA, ictère, TVP, spotting …

Ils ne sont pas utilisés comme contraception d'urgence.

Leur retrait se fait de la même façon que le DIU au cuivre mais il faut attendre 2-3 cycles avant sa réversibilité comme les progestatifs oraux.
Ainsi pour les femmes nullipares, on prescrit plutôt en première intention le DIU cuivre modèle short et en deuxième intention le DIU progestatif JAYDESS (efficace 3 ans) ou tout récemment le KYLEENA (efficace 5ans).

B- Le modèle contraceptif français actuel

Le modèle contraceptif français est peu flexible depuis 20 ans et suit le même schéma : utilisation du préservatif masculin lors de l'entrée dans la vie sexuelle puis vient le recours à la pilule contraceptive puis le DIU arrive seulement lorsque les couples ont atteint le nombre d'enfants souhaité (2). C'est ce qui est appelé la « norme contraceptive française » dans la littérature.

Dans la plus grande majorité des cas, la première contraception prescrite aux adolescentes est la pilule sans même exposer les autres moyens contraceptifs. Il est très fréquent que les patientes viennent en consultation pour « se faire prescrire la pilule » comme si c'était devenu synonyme de « contraception ».

Aujourd'hui la pilule reste la méthode de contraception la plus utilisée surtout chez les moins de 25 ans malgré le débat médiatique de 2012-2013 mais elle est cependant de moins en moins utilisée chez les 25 à 40 ans où le DIU s'impose de plus en plus.
La polémique a débuté en Décembre 2012 suite au dépôt de plainte d'une patiente qui incriminait sa pilule de 3ème génération dans la survenue de son AVC. La plainte a été déposé au pénal visant le directeur général de Bayer et le directeur de l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du médicament et des produits de santé). Les médias ont rendu publique cette polémique.
Les pratiques contraceptives se sont diversifiées, une femme sur cinq déclare avoir changé de méthode suite à cette polémique et on constate un retour des méthodes « naturelles » qui sont pourtant connues pour être peu efficaces.

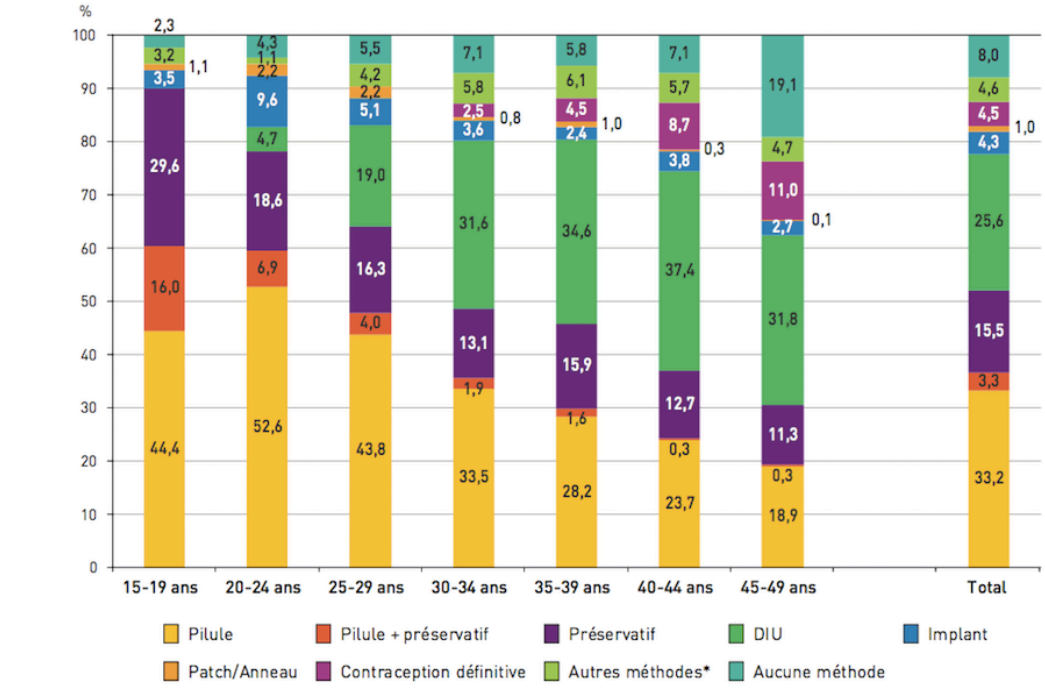
En 2010, 45% des femmes utilisent la pilule contre 40,5% en 2013 et 36% en 2016 d'après une enquête de Baromètre Santé (25). Entre 2010 et 2016 le DIU a pris +6,9 points chez les 15 à 49 ans.
Cependant comme dit précédemment l'évolution dans l'utilisation des méthodes contraceptives varie beaucoup selon les tranches d'âge des femmes où se sont principalement les 20 à 30 ans qui ont changé leurs habitudes.

Parmi les 20 à 24 ans, elles ont abandonné la pilule au profit de l'implant +5,5 points, le DIU arrive en seconde position avec +3,6 points. On note également une nette reprise du préservatif masculin dont l'utilisation a doublé.
Parmi les 25 à 30 ans on note également une baisse importante de la pilule après la polémique de 2012 qui s'est faite largement au profit du DIU +9,8 points et reprise également du préservatif masculin +8,6 points (25). La tendance pour les méthodes naturelles tel que le retrait a également augmenté de +3,2 points ainsi que la technique « du calendrier » par abstinence en période ovulatoire.

Par contre il n'y a pas eu de réel changement pour les femmes de moins de 20 ans qui utilisent toujours majoritairement le combo préservatif masculin-pilule.

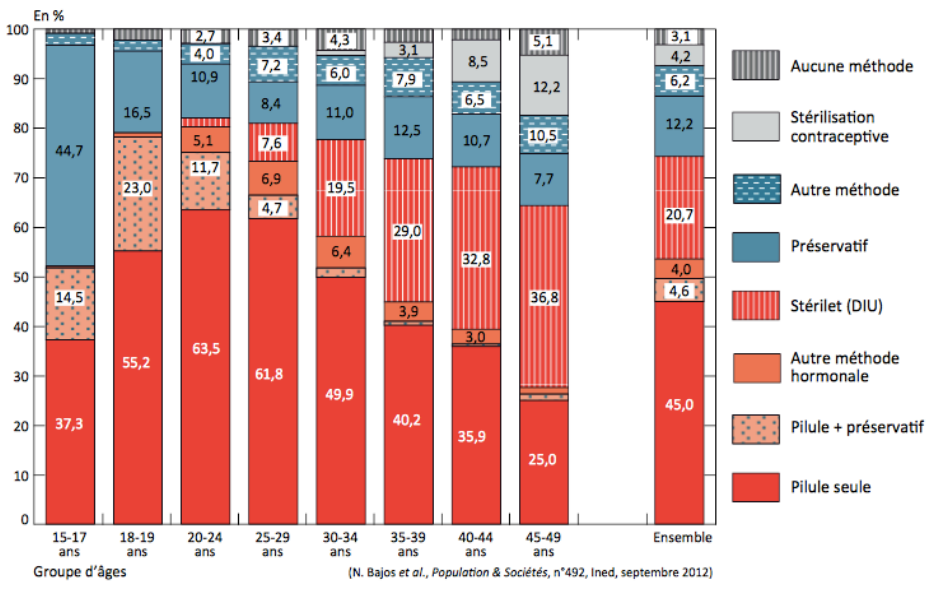
En 2016, chez les femmes de 15 à 19 ans seulement 2,3% utilisent le DIU alors que 3,5% préfèrent ne pas utiliser de contraception, 3,2% l'implant, 44% la pilule et 30% le préservatif.
L'organigramme ci-dessous (figure 1) expose les méthodes contraceptives utilisées par les femmes selon leur âge en 2016, issu de l'étude Baromètre Santé. Cela montre bien la quasi inutilisation du DIU chez les 15 à 19 ans et la nette utilisation par les femmes de plus de 30 ans. On constate cependant que les 15 à 19 ans utilisent l'implant à 3,5% ce qui montre leur possible intérêt pour les LARC (Contraception de Longue Durée d'Action).

FIGURE 1 | Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge



Champ : femmes de 15-49 ans résidant en France métropolitaine, non enceintes, non stériles, ayant eu une relation sexuelle avec un homme au cours des douze derniers mois et ne souhaitant pas avoir d'enfant.
* Cette catégorie comprend le diaphragme, la cape et les méthodes dites traditionnelles telles que la symptothermie, la méthode des températures et le retrait.
Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France

Figure 2 : Méthodes de contraception utilisées en France en 2010 selon l'âge des femmes



Sources : Enquête *Fecond* (2010), Inserm-Ined.

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

Au total, il apparait que se sont majoritairement les femmes de plus de 25 ans qui ont changé leurs habitudes contraceptives entre 2010 et 2016 et peu les adolescentes ce qui a également été démontré dans l'enquête FECOND de 2010 et 2013 (13) (Annexe 3).

En 2010, 1,3% des femmes nullipares de 15 à 49 ans utilisent le DIU, elles sont 3% en 2013 (25). La progression est encore beaucoup trop faible par comparaison aux femmes multipares.
En effet, on note que pour une même tranche d'âge le recours au DIU n'est pas équitable entre les nullipares et les multipares, exemple en 2016 parmi les 25 à 29 ans 31,8% de multipares utilisent le DIU contre 7,6% de nullipares.

Le choix du modèle contraceptif est influencé par de nombreux facteurs: les caractéristiques sociales (niveau d'étude), économiques, les connaissances, les besoins, l'accessibilité et attitudes des professionnels de santé, religieux…

Suite à la polémique de 2012, l'enquête FECOND a aussi mis en évidence des inégalités sociales de recours à la contraception en plus de l'âge (13,26).
Chez les moins de 30 ans, les femmes sans diplôme ont davantage délaissé l'utilisation de la pilule au profit des méthodes les moins efficaces dites « naturelles » par le retrait et la méthode du calendrier. Les femmes détenant un CAP ou BEP ont opté pour le préservatif masculin. Les plus diplômées (Bac+4) ont choisi le DIU.
C'est assez similaire pour les plus de 30 ans où les femmes cadres ont choisi principalement le DIU mais aussi pour certaines les méthodes naturelles, sûrement par rejet des contraceptions hormonales. Par contre les femmes ouvrières ont peu changé leurs habitudes et utilisent majoritairement la pilule. Les femmes de professions intermédiaires, techniciennes et employées se sont tournées vers le préservatif masculin ou la pilule de 2ème génération.
En résumé, les femmes les plus diplômées et à la situation sociale élevée préfèrent le DIU tandis que les femmes de faible niveau d'étude et/ou social se tournent vers le préservatif masculin ou les méthodes naturelles pourtant peu efficaces.

C- Ce que disent les recommandations

La contraception concerne toutes les femmes en âge de procréer, aussi bien les majeures que les mineures. Le choix d'une méthode contraceptive s'est largement diversifié durant ces vingt dernières années du fait des nouvelles méthodes disponibles. Les sociétés savantes s'efforcent de mettre à jour régulièrement leurs recommandations pour aider au mieux les professionnels de santé dans leur pratique quotidienne.

L'HAS a remis à jour ses recommandations en Juillet 2019 concernant la contraception chez les femmes adultes et les adolescentes en âge de procréer (27). Elle porte l'intérêt sur la réalisation d'une consultation dédiée à la contraception où l'information délivrée doit être claire, hiérarchisée, complète et adaptée.

Depuis Juillet 2016 il existe une cotation CCP de 46 euros applicable pour toute première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles pour les jeunes filles de 15 à 18 ans. C'est un tarif de l'Assurance Maladie opposable par le médecin généraliste, le gynécologue ou le pédiatre, pris en charge à 100% (28).
Il est nécessaire de prendre en compte les souhaits de la patiente, l'évolution de sa situation personnelle, la condition de fertilité, les facteurs de risque cardio-vasculaire et la pré-

sence de contre indication lors du choix de la méthode contraceptive qui doit être réévaluée à chaque renouvellement.

Les recommandations HAS et du CNGOF (Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français) s'accordent sur le fait que l'adolescente doit être reçue de préférence sans ses parents en toute confidentialité. La démarche de conseil et d'accompagnement doit être adaptée à l'âge et aux besoins. L'information délivrée doit être la plus complète possible pour permettre à la patiente de réaliser un choix éclairé qui assurera une meilleure observance et tolérance.
L'INPES a d'ailleurs diffusé largement depuis 2007 une campagne d'information sur la contraception au grand public en reprenant cette idée au travers du slogan: « la meilleure contraception c'est celle que l'on choisit » (29). Il s'agit d'une brochure exposant et expliquant toutes les méthodes disponibles complétée d'un questionnaire de connaissances, dernière mise à jour faite en Octobre 2019 (annexe 4).

Cette première consultation est un moment important auprès des adolescentes pour aborder la sexualité et développer des compétences d'éducation sexuelle en plus des conseils sur la contraception.

Les recommandations HAS de 2019 indiquent clairement que le DIU est indiqué comme moyen de contraception chez toutes les femmes y compris les nullipares, nulligestes et les adolescentes dont certains dispositifs de plus petite taille sont mieux adaptés aux adolescentes (27). Le DIU au cuivre est indiqué comme méthode contraceptive de première intention chez les adolescentes alors que le DIU à la progestérone est indiqué en deuxième intention.

Les recommandations pour la pratique clinique du CNGOF de 2018 évoquent également le DIU comme moyen contraceptif adapté aux adolescentes (grade B) car il s'accompagne d'une très bonne efficacité et d'un taux élevé de continuation avec un risque faible de complication (7).

L'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) recommande aussi en 2009 de promouvoir les méthodes LARC (Longue durée d'action) en particulier le DIU surtout chez les nullipares et adolescentes chez qui le risque de survenue de grossesse non désirée est le plus élevé (30).

Une recommandation pour la pratique clinique a été proposé en 2004 pour tenter d'encadrer et aider au mieux les professionnels de santé lors de la consultation, il s'agit de la méthode BERCER : B pour Bienvenue, E pour Entretien, R pour Renseignement, C pour Choix, E pour Explication, R pour Retour.

L'OMS classe en catégorie 2 l'utilisation du DIU (cuivre ou hormonal) chez les moins de 20 ans et les nullipares car les bénéfices attendus dépassent les risques encourus (31). La catégorie 2 est définie comme un état où les avantages de la méthode contraceptive l'emportent sur les risques théoriques ou avérés.

Si on va plus loin à l'échelle internationale, les recommandations britanniques de la FSRH (*Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare*), mises à jour en Septembre 2019, utilisent aussi les critères de choix pour l'utilisation des contraceptifs que sont les critères UKMEC (*UK Médical Eligibility Criteria for Contraceptive use*). Elles sont réalisées à partir d'une revue de littérature systématique et sont évaluées scientifiquement.

Elles s'accordent sur le fait que les nullipares âgées de 20 ans et plus sont classées en catégorie 1 pour l'utilisation du DIU au cuivre et hormonal; le DIU au cuivre ou hormonal est classé en catégorie 2 pour les femmes âgées de moins de 20 ans car les avantages l'emportent généralement sur les risques théoriques ou prouvés et suggèrent qu'il n'y a pas de restriction de parité pour cette population (32).

Aux Etats Unis, l'ACOG (*American College of Obstetricians and Gynecologists*) insiste aussi sur le fait que les LARC et plus spécifiquement le DIU doit être proposé en première intention aux nullipares et aux adolescentes. Leurs recommandations le classent également en catégorie 2 selon les critères *US medical exigibilité criteria for classifying hormonal contraceptive and intra-utérine devices* qui ont la même définition que les critères de l'OMS et UKMEC (33).

Il en est de même au Canada dont le consensus précise que la nulliparité n'est pas une contre-indication à l'utilisation du DIU et qu'il doit être proposé à toutes les femmes demandeuses d'une contraception fiable et réversible. Ils recommandent explicitement aux professionnels de santé de considérer le DIU comme étant un mode de contraception de première intention pour leurs patientes tant nullipares que multipares (34).

Ainsi toutes les sociétés savantes à l'échelle nationale et internationale s'accordent sur le fait que le DIU est indiqué en première intention comme méthode contraceptive pour toutes les femmes quelque soit leur parité et concerne aussi bien les adolescentes.

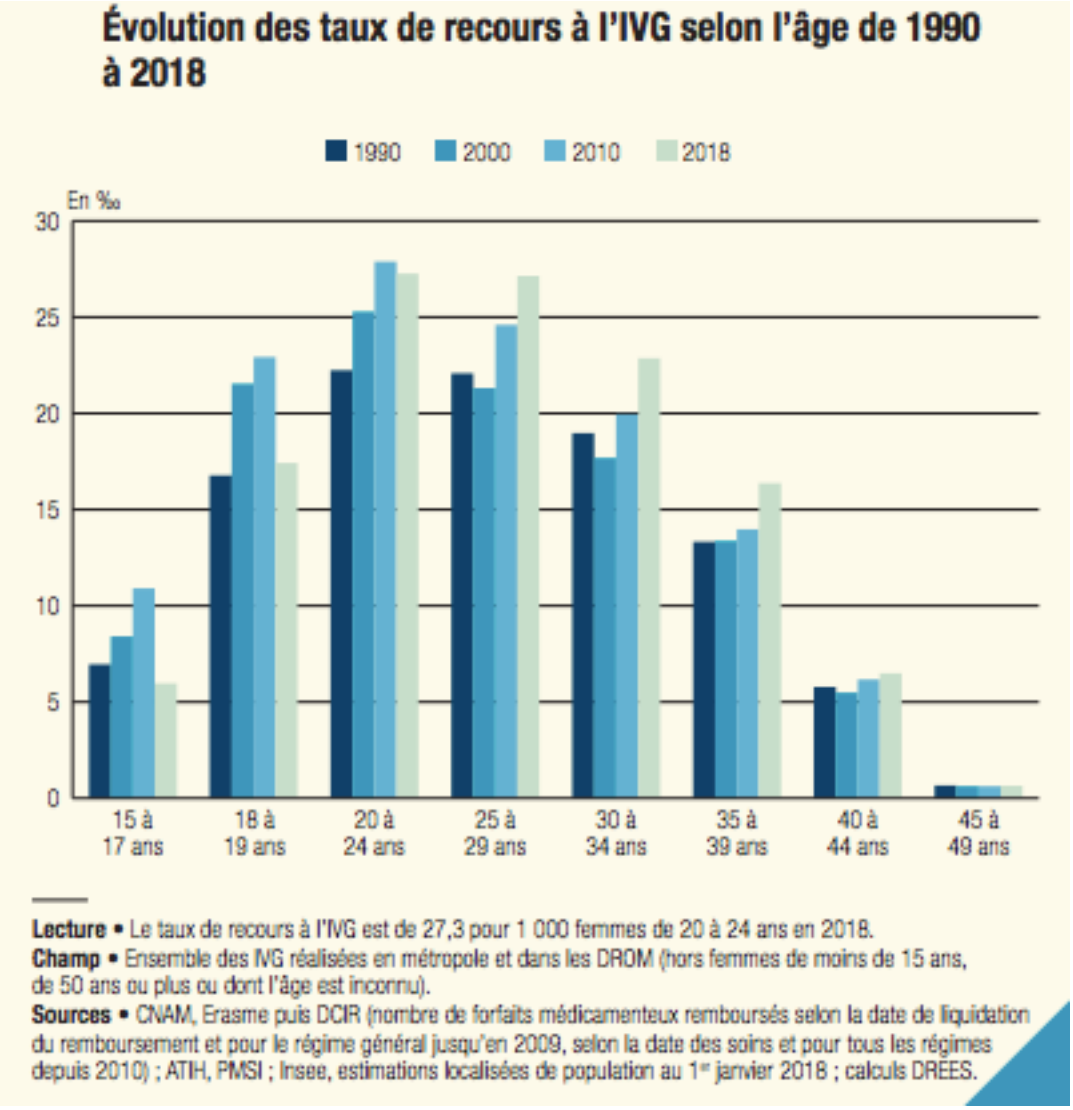
D- IVG en France

Il existe un paradoxe français concernant la contraception. En effet, la France est l'un des pays où le niveau de couverture contraceptive est le plus élevé mais il possède également un taux de recours à l'IVG (Interruption Volontaire de Grossesse) stable et élevé (1).

Il existe une réelle différence entre l'efficacité théorique et l'efficacité pratique. Le risque d'échec augmente avec le temps et est principalement lié à une mauvaise utilisation de la méthode plutôt que la méthode elle-même et/ou à la prescription d'une méthode inadaptée aux conditions de vie et de sexualité de la patiente (7).
Pour exemple la contraception orale est théoriquement efficace à 99,7% mais son efficacité pratique n'est plus que de 97,6% en France et son taux d'abandon après un an d'utilisation est de 30%.

Les échecs contraceptifs dus au défaut d'observance sont l'une des principales causes de recours à l'IVG en France.

D'après les données de la DREES, en France en 2018, 224300 IVG ont été réalisées dont 209 500 en métropole soit 15 IVG réalisées pour 1000 femmes de 14 à 49 ans. Il s'agit du taux de recours à l'IVG total le plus élevé depuis 1990 !! On observe une augmentation de +3% par rapport à 2017 (35).
Parmi ces IVG, 7 pour 1000 femmes sont âgées de 15 à 17 ans qui est cependant moindre qu'en 2010 (11 pour 1000 femmes). On observe un pourcentage pour cette tranche d'âge plus élevé dans les DROM qu'en métropole.
Ce sont les femmes de 20 à 34 ans qui ont le plus recours à l'IVG avec plus de 22 IVG pour 1000 femmes. Les femmes de 18 à 19 ans concernent 17 IVG pour 1000 femmes tout comme les femmes de 35 à 39 ans.



Graphique issu du rapport de la DREES 2018.

Parmi les IVG réalisées à l'hôpital en 2018, 30% des femmes concernées déclaraient avoir déjà eu recours à une IVG antérieure…

En Nouvelle-Aquitaine, 16 771 IVG ont été réalisées dont 5,7 IVG pour 1000 femmes concernaient des adolescentes âgées de 15 à 17 ans sachant que 13,9 IVG pour 1000 femmes étaient recensées pour des femmes de 15 à 49 ans.
Ainsi presque 1 IVG sur 2 concernait une adolescente de 15 à 17 ans en Nouvelle-Aquitaine en 2018. Elle se place en 5ème position sur les 13 régions en métropole à avoir le plus d'IVG chez les mineures ce qui est plus qu'en 2017 où elle se plaçait en 7ème position (35).

D'après le rapport d'activité du centre de planification et d'éducation familiale du centre hospitalier de Bayonne de 2017, 480 IVG ont été réalisées dont 35 ont été réalisées chez les 16 à 19 ans soit 8% des IVG totales.
Sur les treize femmes de 16 à 19 ans ayant subi une IVG, dix d'entre elles n'avaient pas de contraception, deux utilisaient mal leur contraception orale et seulement une utilisait correctement sa contraception. Le moyen contraceptif utilisé au moment de la survenue

de la grossesse non désirée : 49% utilisaient une contraception orale (seulement un quart l'employait correctement), 41% utilisaient le préservatif masculin et 4% le DIU. Il a également été constaté un important recours au DIU comme choix de moyen contraceptif en post-IVG pour 31% des femmes (la contraception orale est choisie dans 32% des cas, l'implant dans 9% des cas) (36).

Une enquête nationale menée en 2007 en métropole a observé les circonstances des échecs contraceptifs per IVG (8). 7802 femmes ont été interrogées au moyen de questionnaires. Parmi ces femmes interrogées : 26% utilisent la pilule, 36% n'ont pas de contraception, 16% utilisent le préservatif masculin et 1,7% ont un DIU ou implant confondus.
En résultat : 27,5% des femmes déclarent ne pas utiliser de contraception car ne pensent pas pouvoir tomber enceinte … 13% des femmes interrogées déclarent une erreur d'utilisation du préservatif, 24% des femmes interrogées reconnaissent une erreur d'utilisation de la pilule par oubli ou arrêt temporaire volontaire sans souhait de grossesse.
Parmi les moins de 20 ans interrogées, 34% déclarent ne pas avoir de contraception.
Les résultats obtenus montrent que deux IVG sur trois résultent d'un échec contraceptif plutôt que d'une absence de contraception.
Ces résultats confirment le lien direct de cause à effet entre la mauvaise utilisation des méthodes contraceptives et le recours à une IVG et montrent les difficultés des femmes à gérer leur contraception au quotidien.

L'étude COCON menée en métropole auprès de 2863 femmes aboutit aux mêmes conclusions. 65% des grossesses non désirées sont survenues sous couvert contraceptif dont 60% déclarent un « oubli de pilule », 53% « une rupture de préservatif » et 58% « une erreur dans l'application des méthodes naturelles » (9).

Les adolescentes appartiennent a un groupe à haut risque de survenue de grossesse non désirée car leur fertilité est maximale et la sexualité est un sujet tabou à cet âge.
Environ deux grossesses non désirées sur trois surviennent chez des femmes utilisant une contraception au moment de la conception.
Toutes ces constatations amènent à se poser la question sur l'origine de ce paradoxe français où la couverture sociale est pourtant la plus élevée.
Il apparait que les méthodes utilisées par un grand nombre de femmes sont inadaptées à leur conditions de vie sociale, affective et sexuelle. Il y a probablement une difficulté dans la gestion quotidienne de la contraception altérant sa très bonne efficacité théorique.

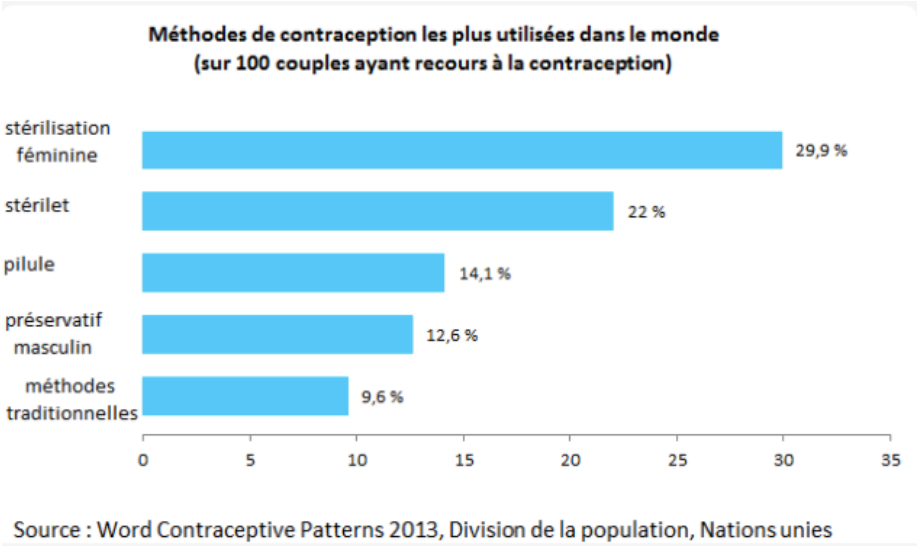
La prévention de survenue de grossesse non désirée et le recours à l'IVG des adolescentes est un enjeu de Santé Publique depuis de nombreuses années mais qui persiste. En effet la survenue d'une grossesse dans la vie d'une adolescente peut l'exposer à un risque élevé de précarité sociale, psychologique et parfois familiale.

REVUE DE LITTERATURE : LE CONSTAT

A- Le DIU dans le monde

Dans le monde, environ 64% des femmes de 15 à 49 ans utilisent une contraception en 2015 dont le DIU est la première méthode contraceptive réversible utilisée à 22%. La pilule arrive en seconde position avec 14,1% d'utilisatrices puis le préservatif avec 12,6% puis les méthodes « naturelles » notamment par le retrait avec 9,6% (37).

La stérilisation tubaire est la méthode définitive la plus utilisée dans le monde, se classant même devant l'utilisation du DIU.



Si on regarde la répartition de l'utilisation du DIU selon les pays d'après les données de l'OMS, on remarque la présence de grandes inégalités.
En effet, en Europe c'est dans les pays de l'Europe du Nord où la prévalence du DIU est la plus élevée : Estonie 36% des femmes 15 à 49 ans, Lettonie 28%, Finlande 25,8%, Norvège 23,3%. Tandis que dans les pays de l'Europe du Sud tels que l'Italie, l'Espagne ou l'Allemagne la prévalence est encore faible en moyenne 6% d'utilisatrices. Cependant ces chiffres représentent toutes les femmes de 15 à 49 ans, nullipares et multipares confondues.

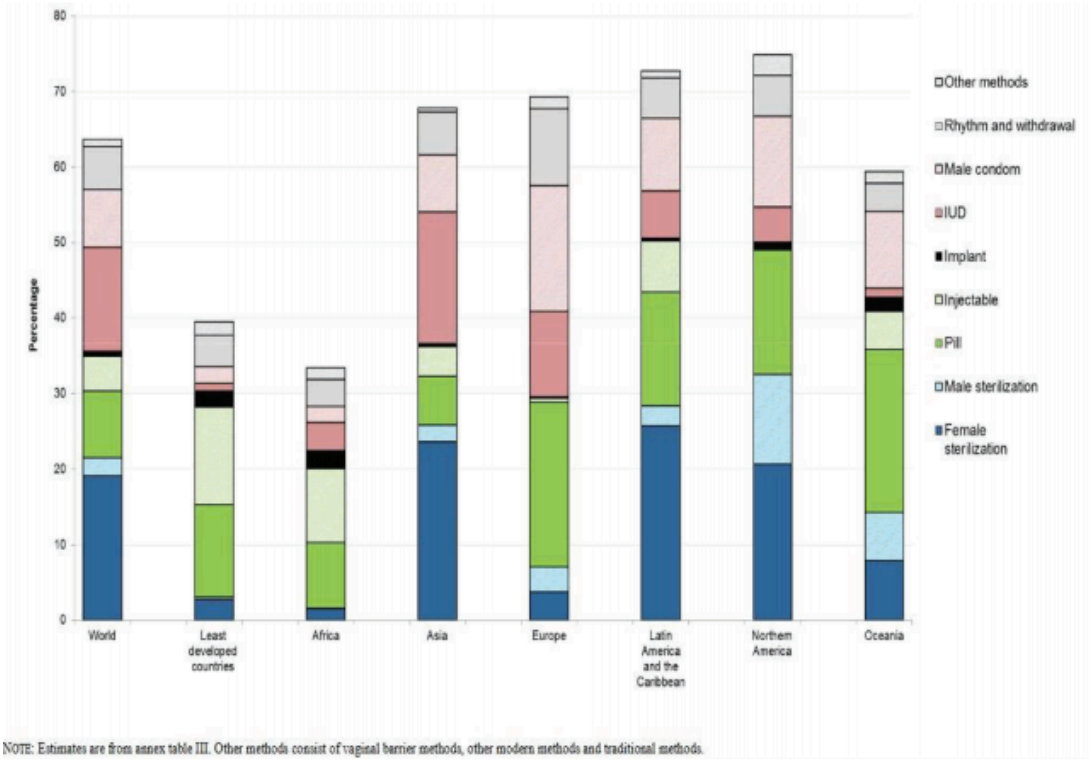
La France compte 23% d'utilisatrices de DIU mais cela concerne principalement les femmes multipares comme nous avons pu le voir précédemment.

Par contre le DIU est très largement utilisé en Chine avec 47,8% des femmes de 15 à 49 ans tout comme en Egypte avec 51,2% d'utilisatrices.

Dans les pays anglo-saxons le DIU reprend peu a peu sa place après le scandale du « Dalkon Shield » des années 70 mais reste encore minoritaire avec seulement 5,5% d'utilisation aux Etats Unis, 10% au Royaume-uni et 1% au Canada.

L'accès aux méthodes contraceptives reste très difficile dans les pays d'Afrique subsaharienne.

Cet organigramme représente la prévalence de la contraception parmi les couples mariés ou en union de 15 à 49 ans, par méthodes et par pays en 2015, données de l'OMS :



<u>Sources</u>: United Nations; Trends in Contraception Use Worldwide, 2015, Department of Economic and Social Affairs Population division.

Les disparités géographiques dans l'utilisation du DIU peuvent s'expliquer par de multiples facteurs selon les pays:

- Aux Etats Unis, l'affaire « Dalkon Shield » a laissé une empreinte négative sur le DIU. De même, l'accès difficile aux soins joue probablement un rôle dans sa faible utilisation. Les femmes utilisent plus majoritairement la stérilisation tubaire lorsqu'elles ont atteint le nombre d'enfants souhaité.
- Au Royaume-Uni, il y a une forte prévalence d'IST notamment du *Chlamydia Trachomatis*. Dans l'esprit des femmes, l'utilisation du DIU est fréquemment corrélée à la survenue de maladies inflammatoires pelviennes expliquant l'important recours au préservatif masculin.
- La Chine et l'Europe de l'Est sont adeptes du DIU au cuivre sûrement parce que la contraception hormonale est considérée à risque. De plus dans l'Histoire, la Chine appliquait la politique de l'enfant unique et pendant la Guerre Froide les politiques du bloc communiste auraient fortement privilégié le DIU car la pilule était une invention du Parti capitaliste occidental.

D'après les données de l'OMS de Janvier 2020, environ 12 millions de jeunes filles âgées de 15 à 19 ans et au moins 777 000 jeunes filles âgées de moins de 15 ans mettent au monde des enfants chaque année dans les régions en développement. Au moins 10 millions de jeunes filles âgées de 15 à 19 ans sont confrontées à des grossesses non désirées chaque année dans les pays en développement. Les complications liées à la grossesse ou à l'accouchement sont la principale cause de décès pour les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans dans le monde (38).

La survenue de grossesse non désirée dans cette population est un réel problème de santé publique mondiale qui s'observe à l'échelle de la France par le nombre élevé d'IVG chez les jeunes filles de 15 à 19 ans. Il est primordial de diffuser l'utilisation de la contraception chez ces femmes, et plus particulièrement les méthodes LARC comme le préconisent les recommandations internationales.

B- Le DIU en France

1- Représentations des femmes

L'âge moyen du premier rapport sexuel en France est de 17 ans pour les filles. L'âge moyen du premier enfant est 29 ans. Il y a donc en moyenne douze années de nulliparité à couvrir par une contraception efficace afin d'éviter la survenue d'une grossesse non désirée dans la vie de chaque femme (3).

Nous avons vu que la norme contraceptive française (utilisation du préservatif en début de vie sexuelle puis la pilule puis le DIU lorsque le nombre d'enfants souhaité est atteint) se modifie peu à peu avec un rejet de la pilule au profit d'autres méthodes notamment du DIU.
Nous avons également constaté que le choix du DIU concernait principalement les femmes de plus de 25 ans, multipares, de haut niveau d'étude ou de niveau social élevé. Il s'agit de la méthode contraceptive la plus utilisée dans le monde mais restant sous-utilisée en France. Ce paradoxe est probablement dû à l'ignorance et/ou aux préjugés fréquents des femmes.
De multiples études se sont intéressées aux représentations contraceptives des femmes pour tenter de comprendre leur choix.

D'après une enquête de Baromètre Santé en France en 2011, 2860 femmes de 15 à 29 ans ont été interrogées sur leur moyen contraceptif. Parmi elles, 36,6% des femmes déclarent avoir eu une grossesse non prévue au cours des cinq dernières années dont 7,7% concernent les femmes de 15 à 19 ans (1). Les principales raisons sont l'absence d'utilisation de contraception pour 46% des femmes de 15 à 19 ans, l'oubli de la pilule pour 66% des 15 à 19 ans et pour 16% un problème de préservatif.
De plus, dans l'enquête Baromètre Santé de 2016, 21,4% des femmes âgées de 15 à 19 ans déclarent avoir eu recours à la contraception d'urgence par la « pilule du lendemain » au moins une fois durant les douze derniers mois.

Pourtant, parmi ces femmes interrogées, 89% déclarent avoir le sentiment d'être bien informée sur la contraception…

L'étude FECOND, étude probabiliste, menée en France en 2010 par l'équipe de Moreau voulait connaitre le point de vue des femmes de 15 à 49 ans sur l'utilisation du DIU. Elle a mis en évidence l'impact de l'âge dans le choix du DIU avec très peu de jeunes femmes et un manque de connaissance important. 57% des femmes pensent que le DIU est réservé aux femmes ayant déjà eu au moins un enfant (39).

Mme Gaubert Stéphanie a étudié en 2017 l'impact d'une information sur les représentations, croyances et opinions du DIU au travers d'une étude qualitative auprès des femmes de 15 à 24 ans (40). Elle a mis en évidence des réticences et des fausses idées exprimées par les femmes à l'égard du DIU :
- « contraception de maman » ou « contraception réservée aux adultes ».
- contraception utilisée si échec ou contre indication des autres méthodes notamment la pilule.
- moyen contraceptif qualifié d'impressionnant, « qui fait peur ».
- idée de corps étranger dans son propre corps dérangeante.
- pose qui fait peur, peur de la douleur.
- pose assurée seulement par les gynécologues.
- problème de pudeur avec intrusion dans l'intimité.
- expériences négatives de l'entourage…

La majorité des femmes interrogées qualifient le DIU comme un contraceptif « inenvisageable » du fait de leur âge, « inhabituel », « inquiétant »…
Après avoir reçue une information claire et complète sur le DIU, elles ont changé d'avis et se disent être intéressées par cette méthode.

On retrouve des réticences similaires exprimées par les femmes dans la littérature. Elles sont majoritaires à penser que le DIU n'est pas indiqué chez les femmes nullipares et encore moins chez les adolescentes. Les freins à l'utilisation du DIU sont principalement la peur de la pose et de la douleur, la peur du rejet et la peur du « corps étranger » (41,42).

D'autres données de la littérature mettent aussi en évidence le manque d'information des femmes de la part des professionnels de santé. Les femmes pensent que le DIU est indiqué seulement chez les femmes multipares et/ou quand il y a échec des autres méthodes. Beaucoup de femmes pensent également que l'utilisation du DIU augmente le risque de survenue d'IST, de GEU (Grossesse Extra-Utérine) ou de cancer (43,44,45).

Il a été montré au travers de nombreuses études que les femmes étaient beaucoup plus intéressées par cette contraception après avoir reçu une information adaptée et complète (15,46).

L'étude CHOICE menée aux Etats Unis de 2007 à 2011 montre l'intérêt que peuvent avoir les adolescentes envers les méthodes LARC. En effet, ils ont supprimé les barrières financières en rendant la contraception gratuite et ils ont donné une information complète aux adolescentes sur les méthodes LARC. En conséquence, les adolescentes ont préféré ces modes de contraception et il a été mis en évidence une diminution conséquente et significative des grossesses non désirées et des IVG chez les adolescentes. 2/3 des adolescentes ont continué ce type de contraception après l'étude (6). Cette étude a été réalisée car il existait également un gros problème de Santé Publique relatif au nombre important de grossesses non désirées chez les adolescentes aux Etats Unis. Les politiques tentent de trouver une solution pour réduire ces grossesses, il s'agit du plan CDC Winnable battle de 2015.

Une autre étude appelée Fleming faite aux Etats Unis en 2010 montre que presque 60% des femmes de 14 à 27 ans n'ont jamais entendu parler du DIU mais après information, elles sont trois fois plus intéressées par ce mode de contraception (15,41).
L'utilisation des méthodes LARC telle que le DIU chez les adolescentes a prouvé son efficacité aux Etats Unis car plusieurs études ont montré l'impact direct de son utilisation sur la diminution des grossesses non désirées versus l'utilisation de la pilule (11,47).

Au total, d'après les nombreuses données de la littérature, il apparait que les femmes sont très mal informées concernant le DIU. Elles sont majoritaires à penser qu'il est indiqué seulement chez les femmes multipares et d'un certain âge. Elles pensent également qu'il s'agit d'une contraception de second choix. Il existe aussi de nombreuses fausses idées sur le DIU selon lesquelles son utilisation augmenterait les risques de GEU, IST ou cancer. Les autres réticences exprimées par les femmes sont la peur de la pose et de la douleur, la peur du rejet et la peur du corps étranger.

2- Représentations des médecins

Cette sous-utilisation du DIU comme moyen contraceptif chez les nullipares et plus particulièrement chez les adolescentes vient certainement d'une mauvaise information des professionnels de santé résultant directement de leurs propres réticences.

D'après l'enquête Fecond de 2010, 84% des médecins généralistes interrogés et 69% des gynécologues ne recommandent pas le DIU aux femmes nullipares et encore moins aux adolescentes (39) alors que pourtant les recommandations HAS de 2004 préconisent déjà la prescription du DIU comme moyen contraceptif de première intention chez ces femmes.

Dans l'enquête Fecond de 2013, les réticences des professionnels de santé persistent car 41% des gynécologues et 43% des médecins généralistes interrogés considèrent le DIU comme contre-indiqué chez les nullipares et adolescentes.

Une autre étude qualitative menée en 2013 met en avant les réticences propres des médecins généralistes et gynécologues. Ils craignent que la pose d'un corps étranger intra-utérin soit vécu comme intrusive par les femmes nullipares. Ils pensent que le risque d'IST est majoré par le mode de vie sexuelle considéré comme « instable » chez les jeunes femmes. Ici encore le DIU n'est pas proposé en première intention comme méthode contraceptive surtout chez les femmes nullipares par peur de pose suite à un manque de pratique, par fausses idées pensant qu'il n'est pas indiqué ou augmenterait le risque d'IST/GEU… (48)

L'état des lieux de l'HAS sur les pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée de 2013 montre que moins de 10% des DIU sont prescrits par des médecins généralistes (49). Elle reconnait que les recommandations ne sont pas appliquées en pratique.

Il apparait que les femmes suivies par un gynécologue sont plus majoritaires à avoir recours au DIU que celles suivies par un médecin généraliste, 26% contre 7%.

3- Constat d'un vrai manque d'information des femmes

D'après une étude descriptive par questionnaire, seulement 46% des femmes interrogées déclarent avoir reçu une information sur le DIU par un professionnel de santé et seulement 36% sont satisfaites de cette information (50). Les autres femmes ont obtenu l'information par leur entourage ou internet. La conclusion est que les femmes réclament une information répétée dans le temps et depuis l'âge scolaire de la part des professionnels de santé.

Dans une autre étude quantitative de Whitaker et Al menée auprès de jeunes femmes de 14 à 24 ans, on retrouve une conclusion similaire. Il apparait qu'une information même succincte centrée sur le DIU augmenterait le pourcentage d'opinion positive envers celui-ci et lèverait plus facilement les craintes exprimées par les femmes.

Le même constat est retrouvé dans de nombreuses études de la littérature.

Le manque d'information et la mauvaise compréhension de cette méthode constitue le frein principal à l'utilisation du DIU chez les nullipares. En effet, après avoir reçu une information claire sur le sujet, les femmes se disent être intéressées.
Ainsi le rôle des professionnels de santé dans la diffusion du DIU comme moyen contraceptif chez les adolescentes est primordial. Il est nécessaire que les fausses croyances tombent et que les pratiques évoluent.

C- Opinions publiques : vraies ou fausses ?

1- Majoration des MIP (Maladies Inflammatoires Pelviennes) et IST chez les nullipares ?

Les MIP regroupent les infections génitales hautes comprenant essentiellement les endométrites et salpingites. Ces infections résultent habituellement d'une contamination par voie ascendante à partir d'une endocervicite.

L'association DIU / MIP reste très présente dans les esprits des patientes et des professionnels de santé surtout depuis le scandale de « Dalkon Shield » aux Etats Unis. Depuis, de nombreuses études ont été réalisées contre-disant cette idée.

Il en ressort que le risque majoré de MIP est retrouvé essentiellement dans les vingt jours suivant la pose. De plus le risque de MIP est principalement lié au mode de vie sexuelle de la patiente plutôt qu'au DIU lui-même (51,52).
Il est démontré que le risque de MIP est lié à la présence au préalable d'une IST et non au DIU. C'est d'ailleurs pour cette raison que les recommandations HAS et CNGOF préconisent le dépistage de *Chlamydia Trachomatis* et *Neisseria Gonorrhoeae* avant toute pose de DIU surtout chez les femmes nullipares de moins de 25 ans.

Le jeune âge constitue à lui seul un facteur de risque classique d'IST du fait des habitudes sexuelles avec une multiplicité des partenaires indépendamment de la méthode contraceptive utilisée.
Il n'est pas recommandé par l'HAS ou le CNGOF d'antibioprophylaxie systématique lors de la pose.

Une revue de la littérature publiée dans « The Lancet » en 1992 regroupant 12 études randomisées de l'OMS sur le DIU retrouve les mêmes conclusions : majoration du risque de MIP seulement lors des vingt jours suivant la pose du fait du processus d'insertion et nécessité de dépistage des IST avant la pose. Le risque d'IST est directement lié au fait que la patiente soit porteuse indépendamment de la méthode contraceptive utilisée et de son âge (14).

Une autre étude cas-témoin réalisée par Hubacher n'a pas montré que l'utilisation du DIU majore le risque d'occlusion tubaire chez les nullipares mais que c'est l'infection à *Chlamydia Trachomatis* qui en est responsable.

Il semblerait que le DIU progestatif (Mirena) ait un rôle protecteur sur les IST en provoquant un épaississement de la glaire cervicale (53).

L'*Actynomycose* pelvienne est une autre source de MIP pouvant être sévère mais elle reste très rare. Sa présence sur le frottis chez une personne asymptomatique ne doit pas motiver d'exploration complémentaire, de retrait anticipé ou de traitement antibiotique (recommandation pour la bonne pratique grade B du CNGOF).

L'OMS considère qu'avant 20 ans « les avantages du DIU comme moyen contraceptif l'emportent sur les risques théoriques ou avérés, tout en rappelant les risques d'expulsion chez les nullipares et les risques d'IST dus au comportement sexuel des classes d'âge plus jeunes, avec notamment des risques de salpingites pouvant être responsables de stérilité tubaire. Les risques de MIP et de GEU sont rares. »

Ainsi c'est bien l'exposition aux IST et non le recours au DIU directement qui est responsable des MIP. Le risque d'IST est lié aux comportements sexuels à risque. Il convient de dépister largement les patientes de moins de 25 ans avant d'envisager la pose d'un DIU. Mais il est démontré au travers de multiples études que le DIU n'augmente pas le risque de survenue de MIP et d'IST.

2- Majoration du risque de GEU ?

Dans l'idée publique, le DIU est souvent associé à un risque majoré de survenue de GEU. Le DIU est réputé pour être une méthode contraceptive très efficace. Or il est vrai qu'en cas de survenue de grossesse, il s'agira d'une GEU dans quasiment un cas sur deux. Le risque relatif de GEU sous DIU est plus élevé que celui observé avec les autres méthodes contraceptives (RR=10,6). Mais le risque de grossesse sous DIU reste très faible ce qui donne au final un risque absolu de GEU très bas (estimé à 0,06-0,25/100 femmes) ce qui est nettement inférieur au risque de GEU observé chez les femmes sans contraception (0,12-0,4/100 femmes) (51).

Pour rappel, un antécédent personnel de GEU n'est pas une contre-indication au DIU.

Dans une étude menée par Berenson incluant 90 500 femmes de 15 à 19 ans, on retrouve moins de 1% de complication telle que la survenue de GEU (51).

Ainsi il existe bien un risque de GEU sous couvert de DIU mais qui reste très faible et comparativement inférieur au risque de GEU chez une femme sans contraception. La ba-

lance bénéfice/risque est largement en faveur du recours au DIU chez les femmes jeunes nullipares.

3- Crainte sur la fertilité

Le terme commun « stérilet » pour nommer le DIU n'est pas adapté car peut être vecteur d'idée fausse. En effet le DIU n'a aucun rôle « stérilisateur », c'est une méthode contraceptive réversible dès son retrait.

Les recommandations HAS et CNGOF précisent bien que l'effet contraceptif du DIU au cuivre s'arrête dès le moment de son retrait tandis que pour le DIU progestatif cela peut perdurer un mois après son retrait. Or il n'y a aucun retentissement sur la fertilité.

Nous avons vu précédemment, que le DIU lui même n'entraine pas d'occlusion tubaire pouvant avoir un impact sur la fertilité mais une infection par *Chlamydia Trachomatis* peut être responsable d'une salpingite et donc d'une occlusion tubaire.

Dans la littérature, on retrouve une étude cas-témoins montrant que l'utilisation du DIU au cuivre chez les nullipares n'a pas d'impact sur la perméabilité tubaire contrairement à la présence d'anticorps anti-chlamydia (14).

4- Difficulté de pose et douleur

Nous avons vu que de nombreux praticiens ne proposent pas le DIU comme moyen de contraception chez les nullipares soit parce qu'ils ignorent son indication soit parce qu'ils redoutent la pose par manque de pratique.

Or des études ont montré que la pose n'est pas plus difficile chez les nullipares (14). Les difficultés de pose sont principalement liées à l'expérience du praticien. Il est nécessaire d'adapter la taille du DIU.

Une étude multicentrique de phase II de 2012 montre que la pose est moins douloureuse et moins compliquée en utilisant les modèles plus petits de DIU progestatif par comparaison au Mirena chez les femmes nullipares de 21 à 40 ans (54).

Concernant la douleur de pose, les études s'accordent à dire qu'elle est plus importante chez les nullipares. Une prémédication antalgique par AINS est souvent utilisée pour limiter l'inconfort lié à la manipulation du col mais son efficacité n'a pas été démontré.
Une étude Chilienne faite sur 2 000 femmes n'a pas mis en évidence d'efficacité significative suite à la prise d'AINS 45 minutes avant la pose sur la douleur entre les nullipares et les multipares (55).

Une autre étude randomisée en double aveugle contre placebo chez des nullipares ne montre pas l'intérêt d'utilisation du Misoprostol avant la pose. La pose n'est pas plus facile et est même plus douloureuse pour le groupe Misoprostol.

Concernant le risque d'expulsion, les données de la littérature se contre-disent. La revue de littérature de Hubacher en 2007 retrouve un risque majoré d'expulsion chez les nulli-

pares pour le DIU au cuivre (56). En 2012, Alton retrouve un risque d'expulsion majoré chez les nullipares mais indépendamment de l'âge (57). D'autres études plus conséquentes ne confirment pas ces données : l'étude Aoun a inclus 2 138 patientes dont 273 nullipares et ne retrouve pas de taux d'expulsion majoré par l'âge ou la parité. De même pour l'étude Veldhuis qui ne retrouve pas de différence. Cependant ces études montrent une différence de taux d'expulsion entre le DIU au cuivre qui a un risque plus élevé que le DIU progestatif mais cela reste indépendant de la parité et de l'âge. Attention, ces études ne prennent pas en compte les nouveaux modèles de DIU progestatif type JAYDESS et KYLEENA.
Les recommandations du CNGOF de 2018 retiennent l'âge inférieur à 20 ans comme facteur de risque d'expulsion, niveau de preuve 2 (7).

La perforation fait partie des complications de pose les plus redoutées. Une étude multicentrique prospective menée entre 2006 et 2013 sur 62 000 femmes ne retrouve pas de risque majoré de perforation chez les nullipares ni selon l'âge (58). D'après les recommandations pour la pratique clinique du CNGOF de 2018, les facteurs de risque de perforation sont l'allaitement, la pose inférieure à 6 mois en post partum, l'inexpérience du praticien et l'anté ou rétroversion extrême de l'utérus. Ils ne retiennent pas l'âge ni la parité (7).

Ainsi il apparait que la pose est plus douloureuse chez les nullipares mais pas plus difficile pour un praticien expérimenté. Les complications liées à la pose ne sont pas majorées par la nulliparité. Cependant il existe toujours un doute quant au risque réel majoré d'expulsion chez les plus jeunes nullipares.
Il est nécessaire d'adapter la taille du dispositif à la parité.

5- Taux de continuation et de tolérance

L'efficacité, l'acceptabilité, la poursuite de la méthode ou la durée d'utilisation sans interruption sont identiques chez les nullipares et les multipares selon la *Society of Family Planning,* (critère A = recommandation basée sur une preuve scientifique établie).

Dans une revue systématique de la banque de données Cochrane, le taux de continuation à un an du DIU progestatif est similaire voire plus élevé à celui de la pilule chez les femmes de moins de 25 ans (59).
Les algies pelviennes sont la principale raison d'abandon du DIU.

Une étude rétrospective menée au Pays-Bas en 2004 sur les femmes porteuses d'un DIU inséré par un médecin généraliste n'a pas montré plus de complications chez les femmes nullipares en comparaison aux femmes multipares. La tolérance semble similaire (60).

L'OMS a publié une étude sur l'efficacité et le taux d'abandon du DIU après un an d'utilisation aux Etats Unis et en France. Les résultats sont semblables entre les deux pays: le DIU est considéré comme la méthode la plus performante avec un taux de continuation élevé (61).

Une autre étude cohorte sur plus de 90 000 femmes menée par Berenson aux Etat-Unis n'a pas montré de différence de taux d'abandon précoce du DIU entre les adolescentes et les femmes plus âgées de 25 à 44 ans (62). Là encore, les raisons d'abandon sont principalement les douleurs pelviennes et/ou les dysménorrhées.

Cette étude a également montré que le DIU progestatif aurait un taux d'abandon à un an inférieur au DIU au cuivre dans tous les groupes d'âge.
L'étude CHOICE a aussi mis en évidence un taux élevé de continuation sur le long terme des méthodes LARC par les adolescentes, 80% de continuation du DIU à un an pour les moins de 20 ans.

Un des avantages majeurs du DIU est l'observance par absence de « contrainte » de prise quotidienne comme la pilule. Ce critère participe largement dans le taux de continuation.

Ainsi de nombreuses études retrouvent un taux de continuation élevé pour le DIU. Les douleurs pelviennes et les dysménorrhées sont les principales raisons d'abandon surtout chez les plus jeunes. Les auteurs s'accordent sur la nécessité d'apporter une information exhaustive préalable sur les effets secondaires possibles surtout chez les plus jeunes pour favoriser la continuation et la tolérance de cette méthode.

D- Questionnement et justification de l'étude

C'est chez les adolescentes que les problèmes d'échec contraceptif et d'observance sont les plus élevés comme le montre les taux élevés d'IVG. On peut donc se demander pour quelles raisons les méthodes LARC tel que le DIU sont aussi peu utilisées dans cette tranche d'âge.
Plusieurs études ont été réalisées pour tenter de déterminer les réticences et les motivations des nullipares à l'utilisation du DIU mais on retrouve peu d'études qui se sont intéressées aux adolescentes exclusivement.

Ainsi l'idée de cette thèse provient d'une constatation personnelle sur la persistance des réticences des professionnels de santé à proposer le DIU comme moyen contraceptif aux nullipares et plus particulièrement aux adolescentes, mais aussi après avoir constaté la persistance du cruel manque d'information des patientes et des fausses idées véhiculées par ces femmes. Cependant nous constatons parallèlement un nouvel intérêt des femmes plus âgées pour le DIU qui en sont de plus en plus demandeuses.

D'où notre question de recherche : quels sont les freins et les leviers à l'utilisation du DIU comme moyen de contraception exprimés par les adolescentes de 15 à 18 ans ?

PARTIE 2 : MATERIEL ET METHODE

A- Type d'étude menée

Nous rappelons que notre objectif principal est de déterminer quels sont les leviers et les freins à l'utilisation du DIU comme moyen de contraception exprimés par les adolescentes.

Ainsi nous avons fait le choix d'une étude qualitative car notre objectif était de répondre à une question « Pourquoi » contrairement à une étude quantitative qui répond à une question « Combien ».

La recherche qualitative consiste à recueillir des données verbales, appelées « verbatim », permettant une démarche interprétative. Cette méthode permet d'explorer les émotions, les sentiments, les ressentis des patientes mais également leurs comportements, leurs connaissances et leurs expériences personnelles.
Plus généralement, elle permet d'élargir la compréhension de la santé et les déterminants de soins (63).

B- Présentation de la population étudiée

Nous avons choisi de nous intéresser exclusivement aux adolescentes de 15 à 18 ans inclus.
Un âge inférieur à 15 ans et supérieur à 18 ans était notre seul critère d'exclusion. En effet nous voulions avoir un échantillon varié sans restriction pour refléter le plus possible la réalité de cette population.

La taille de la population étudiée s'est fixée spontanément lorsque nous avons atteint la saturation des données après la réalisation de treize entretiens.

Initialement nous avions pris contact avec les médecins scolaires des lycées de la Côte Basque pour se rapprocher plus facilement des lycéennes.
Nous avions eu l'accord du Proviseur du lycée Ravel de St Jean de Luz et celui du lycée professionnel Aizpurdi de Hendaye pour intervenir au sein de leurs établissements pour présenter et réaliser notre étude auprès des élèves. Malheureusement nous n'avons pas pu aller au bout de cette démarche à cause de la pandémie de la COVID 19 et des mesures sanitaires instaurées.
La sélection des adolescentes s'est faite au hasard des consultations lors de mes remplacements dans trois cabinets de médecine générale situés respectivement à Guethary, St Jean de Luz et Ciboure de Juin à Octobre 2020.

Le projet a été directement présenté à l'adolescente au cours de la consultation, puis après l'obtention de l'accord parental et de l'adolescente l'entretien a été réalisé dans le même temps de la consultation ou différé selon les disponibilités (pour deux entretiens).

Pour l'aspect réglementaire, une déclaration auprès de la CNIL (Commission Nationale Informatique et Liberté) a été nécessaire pour cette étude puisqu'elle exploite informatiquement des données personnelles.

C- Recueil des données

Pour le recueil des données nous avons choisi de réaliser des entretiens semi-dirigés individuels et anonymes afin de préserver au maximum la pudeur et la vie privée des adolescentes face au caractère personnel des questions après obtention de l'accord parental. Ces entretiens ont tous été menés dans des cabinets médicaux de médecine générale sur la Côte Basque.

Les entretiens ont été réalisé pour la majorité directement après la présentation du projet à la participante. Ainsi l'information du DIU n'était pas donnée au préalable.

Tous les entretiens ont été effectué par un seul investigateur.

Les verbatim ont été enregistré via le dictaphone d'un iPhone puis retranscrit mot à mot sous forme de texte le jour même par l'investigateur en annotant les premiers ressentis « à chaud » de chaque entretien. Les silences, hésitations, relances et émotions ont été retranscrits entre parenthèses.

D- Guide d'entretien

Les entretiens ont été menés en suivant un guide d'entretien élaboré au préalable selon la méthodologie de la grille COREQ (annexe 5).
Il s'agissait de questions ouvertes réparties en trois grands thèmes comportant des questions de relance pour obtenir un discours libre et faciliter l'expression des sentiments et émotions des adolescentes sur le sujet de la contraception qui peut parfois être un sujet « tabou ».

L'introduction du guide d'entretien concerne les caractéristiques personnelles de l'adolescente à savoir son âge, niveau scolaire (cursus général ou professionnel), religion, milieu social (profession des parents), situation affective (en couple ou célibataire, vierge, âge du premier rapport sexuel, antécédent d'IVG).

Ensuite, le premier thème abordé est la contraception au sens général. Le but est de mettre en avant leurs connaissances acquises, ce qu'elles ont compris, leurs expériences personnelles et leurs sources d'information. Mais aussi l'inverse, ce thème permet également de montrer leurs méconnaissances, leurs lacunes et leurs incompréhensions.

Le deuxième thème se porte sur le DIU spécifiquement pour également étudier l'étendue de leurs connaissances ou méconnaissances, leurs expériences personnelles, leurs opinions et représentations, leurs sources d'information et enfin savoir si c'est une contraception envisageable pour elles et les raisons.

Le dernier thème s'intéresse au choix final des adolescentes sur le moyen contraceptif. Envisagent-elles de changer de contraception après cette discussion, quel type préfèrent elles et/ou quelle contraception peuvent-elles envisager.

A l'issue de notre premier entretien nous avons fait évoluer notre grille d'entretien pour la rendre plus pertinente, par la suite nous n'avons pas apporté d'autre modification.

E- Analyse des données

Une première analyse a été faite de manière concomitante à la retranscription des entretiens. Il s'agissait d'une analyse thématique verticale des données faisant ressortir les premières idées en thèmes pour chaque entretien indépendamment.

Pour faciliter le travail, nous avons réalisé le codage à l'aide du logiciel NVIVO permettant de coder chaque fragment et classer les données brutes du verbatim en idées appelées « noeuds » (64).
Il existait également des sous-classements des idées créant des sous-catégories correspondant à des unités thématiques. Tout cela définit le codage axial et inductif par catégorisation.

Les thèmes n'ont pas été prédéfinis à l'avance mais sont ressortis au fur et à mesure de l'analyse.

Nous avons reproduit le même schéma pour chaque entretien indépendamment puis nous avons fait une analyse transversale pour comparer et regrouper toutes les catégories de l'ensemble des entretiens afin d'en faire ressortir les thèmes principaux récurrents répondant à la question de recherche.

Le codage a été réalisé par l'investigateur principal et un deuxième investigateur extérieur à l'étude. Initialement nous avons réalisé le codage séparément chacune de son côté pour ensuite mettre en commun nos idées (pour les quatre premiers entretiens). Puis nous avons rapidement décidé de réaliser le double codage en commun car nous avons trouvé cette méthode beaucoup plus pertinente et constructive.

Aucun conflit d'intérêt n'est à déclarer.

PARTIE 3 : RESULTATS

Nous avons réalisé treize entretiens au total que nous nommerons E1 à E13 dans la suite l'étude. Ils ont tous été réalisé seul avec l'adolescente sauf un, E10 qui a souhaité rester en compagnie de sa mère.
Ces treize entretiens nous ont permis d'obtenir la saturation des données.

A- Description de la population étudiée

La population étudiée comprenait treize adolescentes de 15 à 18 ans inclus, correspondant à la population cible souhaitée pour l'étude. L'âge moyen de l'étude était de 17 ans.

Sur les treize participantes nous avions six âgées de 18 ans, trois âgées de 17 ans, deux âgées de 16 ans et deux âgées de 15 ans.

La moitié des participantes suivait un cursus professionnel et l'autre plus grande moitié suivait un baccalauréat général.

La moitié des participantes étaient issues d'un milieu ouvrier, une était issue d'une famille de fonctionnaire classe moyenne et les six autres étaient issues de famille cadre.

Trois participantes se disaient être catholiques dont une seule était pratiquante, les autres se disaient être athées.

Concernant la situation affective des participantes, quatre participantes se disaient être en couple.

Sept participantes déclaraient avoir déjà eu un rapport sexuel dont l'âge moyen du premier rapport sexuel était de 15,5 ans.

Sur toutes les adolescentes interrogées aucune n'avait subi une IVG et une seule avait eu une grossesse non désirée menée à terme à l'âge de 17 ans.

Concernant les habitudes contraceptives des participantes, six n'avaient pas de contraception au moment de l'étude, six utilisaient la pilule et une seule avait un DIU.
Les six participantes qui n'avaient pas de moyen contraceptif lors de l'étude étaient toutes vierges.

Elles ont toutes été interrogées seules en tête à tête avec l'investigateur sauf une, l'entretien E10, 15 ans, qui avait souhaité faire l'entretien en présence de sa mère.

Nous avons repris les caractéristiques des participantes dans le tableau présenté ci-dessous :

Entretien	âge	niveau d'étude	Milieu social des parents	situation affective	Rapport sexuel	IVG / Parité	Contraception actuelle	religion
E1	18	Bac pro	cadres	célibataire	vierge	nul	aucune	catholique pratiquante
E2	17	Bac pro	cadres	couple	RS à 15 ans	nul	DIU	nul
E3	18	Bac pro	ouvriers	célibataire	RS à 15 ans	nul	pilule	nul
E4	18	Bac général	cadres	couple	RS à 17 ans	nul	pilule	catholique non pratiquante
E5	18	Bac général	fonctionnaires	couple	RS à 16 ans	nul	pilule	nul
E6	18	Bac général	cadres	célibataire	vierge	nul	nul	catholique non pratiquante
E7	18	Bac pro	ouvriers	célibataire	vierge	nul	nul	nul
E8	17	Bac pro	ouvriers	célibataire	RS à 16 ans	G1P1	pilule	nul
E9	16	Bac général	ouvriers	célibataire	vierge	nul	nul	nul
E10	15	Bac général	cadres	couple	RS à 15 ans	nul	pilule	nul
E11	17	Bac général	cadres	célibataire	vierge	nul	nul	nul
E12	16	Bac pro	ouvriers	célibataire	RS à 15 ans	nul	pilule	nul
E13	15	Bac général	cadres	célibataire	vierge	nul	nul	nul

B- La première contraception

1- Le monopole de la pilule, « la pilule à la mode »

On retrouve un monopole de la pilule comme moyen contraceptif chez nos participantes. En effet la moitié des participantes utilise la pilule comme moyen contraceptif. Elles utilisent également le préservatif masculin en majorité ou du moins l'ont utilisé en début de relation mais l'ont abandonné pour la plupart des participantes en couple.

Toutes ont eu la pilule comme premier moyen contraceptif y compris E2 avant d'utiliser le DIU.

E2: « euh je suis allée voir la gynéco de ma mère parce que je prenais la pilule […] »

Elles justifient souvent leur choix de la pilule par le fait que les copines et l'entourage utilisent également la pilule.

E1: « après tout le monde prend la pilule »

E10: « parce que j'en avais discuté avec des copines »

E12: « j'ai une copine à moi qui prend la pilule aussi »

2- Les motivations des adolescentes à avoir une contraception

Tout d'abord, aucune des adolescentes vierges n'a de contraception dans cette étude. Elles le justifiaient en disant qu'elles n'en avaient pas l'utilité ni le besoin vu qu'elles n'avaient pas de relation sexuelle.

E1: « parce que je n'ai pas de rapport sexuel et que enfin mes règles sont bien réglées du coup je vois pas le besoin d'en prendre. »

E12: « euh ….. pour le moment j'en ai pas besoin donc euh …. j'y réfléchis pas tant que ça…. et après je pense j'y réfléchirai plus quand j'en aurai besoin. »

M: « Est ce que tu as une contraception? » E6: « non » M: « ok et pour quelle raison? » E6: « parce que j'ai pas besoin. »

E13: « parce que j'en ai pas besoin je suis trop jeune.»

Pour les autres participantes sous contraceptifs, l'âge moyen de la première contraception est 16 ans. Les deux motivations principales retrouvées sont l'effet contraceptif pur et pour régulariser les cycles menstruels. Une des participantes avait eu la pilule pour un problème d'anémie initialement puis se fut aussi dans un but contraceptif.

E3: « euh j'avais un copain plus âgé à cette époque du coup et ça faisait un petit moment qu'on était ensemble…. et puis mes règles n'étaient pas euh … n'étaient pas encore … enfin j'étais pas réglé correctement »

E12: « déjà c'était pour régler parce que je les ai pas tout le temps le même jour. je peux les avoir là et si ça se trouve .. avant c'était pire je pouvais passer 5 mois sans les avoir voir 6 mois des fois, c'était pour régler en fait. »
E5: « euh ouais en fait vu que j'avais un copain […] »

E10: « vu que j'avais un copain depuis longtemps c'était pour au cas où euh … »

3- Le déroulement de la première prescription

Pour les sept participantes sous contraceptifs :

- Deux ont consulté leur médecin généraliste. Pour l'une, toutes les méthodes contraceptives ont été exposées, pour l'autre ce fut directement la prescription de la pilule.

- Une a consulté le CPEF qui lui a exposé toutes les méthodes contraceptives.

E3: « huummm…. on avait discuté oui, on en avait discuté plusieurs fois même quand j'étais encore au planning familial… ouais entre autre du stérilet et d'autres contraceptions mais euh .. j'ai préféré choisir la pilule. »

- Trois ont consulté une gynécologue. Ce fut directement une prescription de pilule pour deux d'entre elles et présentation de tous les moyens contraceptifs pour la troisième.

E4: « c'était directement la pilule.»

E5: « oui, non elle a proposé directement la pilule. »

E10: « non non pas du tout on a discuté au début de tous les contraceptifs, après euh …. b des règles … et puis moi j'ai posé des questions aussi et puis on a beaucoup parlé après elle m'a ausculté et euh .. après elle m'a dit euh ce que .. ce qui était le mieux et donc j'ai décidé de prendre la pilule. »

- Une a reçu l'information à la maternité après son accouchement. Elle n'avait pas de moyen contraceptif avant la grossesse non désirée, elle utilisait le préservatif seul.

Ainsi pour la majorité des cas, la pilule a été prescrite en premier sans que le professionnel de santé n'expose ou n'évoque les autres moyens contraceptifs. Ce constat concerne aussi bien les médecins généralistes que les gynécologues.
La prescription a été faite directement suite à la demande de l'adolescente sans qu'il y ait forcément de discussion approfondie.

Dans tous les cas, les adolescentes étaient à l'origine de la démarche et elles en avaient toutes discuté au préalable avec leur mère et/ou leur soeur. Aucune n'avait consulté dans l'anonymat ou en secret vis à vis de sa famille.

E2: « euh je suis allée voir la gynéco de ma mère »

E3 : « […] quand je suis allée au planning familial mes soeurs m'ont accompagnées. »

E5: « euh ouais en fait vu que j'avais un copain, j'ai demandé à ma mère et du coup c'était la sienne aussi du coup… »

Nous avons repris l'ensemble des éléments correspondant à la prescription de la première contraception dans le tableau ci-dessous :

Entretien	Professionnel de santé consulté	Moyens contraceptifs présentés	Motivations de l'adolescente	Contraceptif prescrit
E2	Médecin généraliste	Pilule seule	But contraceptif	Pilule
E3	CPEF	TOUS	But contraceptif + irrégularité cycles menstruels	Pilule
E4	Gynécologue	Pilule seule	pb anémie + but contraceptif	Pilule
E5	Gynécologue	Pilule seule	But contraceptif	Pilule
E8	Maternité	Implant, DIU, Pilule	But contraceptif post partum	Pilule
E10	Gynécologue	TOUS	But contraceptif	Pilule
E11	Médecin généraliste	TOUS	But contraceptif + irrégularité cycles menstruels	Pilule

4- Choix de la pilule par défaut

Comme dit précédemment, la pilule a été prescrite directement sans exposé des autres moyens contraceptifs par le médecin généraliste ou la gynécologue à plusieurs adolescentes. Nous pouvons donc nous poser la question du choix de la pilule par défaut vu qu'elles n'avaient finalement pas le choix…

E4: « euh non on m'a proposé directement la pilule »

E5: « oui, non elle a proposé directement la pilule. »

D'autres participantes évoquaient aussi un choix de pilule un peu par dépit face aux autres méthodes contraceptives possibles. Majoritairement c'était par peur des autres méthodes contraceptives ou méconnaissance.

E3: « je préfère encore prendre une pilule quoi […] je sais que le fait d'avoir des hormones plus ou moins pas naturelles c'est pas mieux mais euh … » (ndlr du DIU)

5- Le suivi

Concernant le renouvellement de la contraception, il était majoritairement assuré par le médecin prescripteur initial.

Pour la participante E3 qui avait été dans un CPEF initialement, le médecin traitant avait repris le suivi.
Au moment de l'étude, quatre des participantes prenaient la pilule depuis moins d'un an et une depuis trois ans.
Seule une des participantes avait changé de méthode contraceptive en amont de l'étude. Il s'agit de E2 qui était initialement sous pilule pour ensuite opter pour un DIU.

E2: « euh je suis allée voir la gynéco de ma mère parce que je prenais la pilule et je voulais mettre un stérilet »

Il semblerait que la question du moyen contraceptif n'était pas forcément réévaluée lors du renouvellement et que les professionnels de santé ne profitaient pas toujours de cette occasion pour rediscuter de la contraception avec la patiente.

E5: « non à chaque fois elle me … enfin je reviens pour qu'elle me represcrive la pilule et voila »

M: « D'accord elle t'a pas parlé d'implant ou de stérilet qui eux aussi peuvent ne plus donner de règles? »
E4: « non jamais mais bon peut être que si la pilule que je teste là vu que c'est la 4ème du coup en 1 an, peut être que si ça fonctionne pas je demanderai peut être de mettre un implant ou euh .. je sais pas … »

La participante E4 déclarait avoir la pilule pour un problème d'anémie. Cela faisait un an qu'elle prenait ce moyen contraceptif prescrit par une gynécologue sauf que malgré le changement de quatre pilules consécutives, elle n'avait jamais été informée de l'existence des autres méthodes contraceptives possibles pour son cas. Le modèle contraceptif n'avait pas été remis en cause malgré les échecs.

6 - La place de la religion

Seules trois adolescentes interrogées déclaraient être catholiques et une seule était pratiquante. C'était la seule religion évoquée.

L'adolescente catholique pratiquante, 18 ans, était vierge et n'utilisait pas de contraception mais elle était parfaitement bien renseignée sur le sujet de la contraception. Elle expliquait parfaitement que la raison principale pour laquelle elle n'avait pas de contraception était le simple fait d'être vierge et son absence d'utilité mais ce n'était pas une question de religion.

Il en était de même pour les deux autres participantes catholiques non pratiquantes. D'ailleurs l'une d'elles utilisait la pilule et avait déjà eu un rapport sexuel. L'autre était vierge et déclarait également ne pas avoir de contraception par défaut d'utilité et non pour une question de religion.

Ainsi il apparait que dans notre étude la question de la religion n'avait aucune répercussion sur le choix de la contraception.

C- Etat des lieux des connaissances sur la contraception en général

Le premier thème abordé dans notre grille d'entretien était la contraception au sens général pour faire un état des lieux des connaissances des adolescentes et pouvoir mieux amener le sujet du DIU.

Tout d'abord, nous avons pu constater de fortes inégalités dans les connaissances sans que ce soit corrélé à l'âge. En effet, les filles de 15 et 16 ans étaient principalement les mieux renseignées sur le sujet. Les adolescentes E6 et E7, 18 ans respectivement, n'avaient quasiment aucune connaissance sur la contraception.

Pour exemple, E7 avait suivi des études professionnelles et allait entrer en école d'aide soignante. Elle disait que sa mère était également aide soignante. Elle n'avait aucune connaissance sur la contraception… Le seul moyen contraceptif cité était « *la capote* ». L'entretien a été très difficile avec cette participante parce qu'elle ne montrait pas d'intérêt pour la contraception en plus de ne pas avoir de connaissance.

M: « Concernant la contraception, qu'est ce que tu connais comme moyen de contraception? »
E7: « …. (blanc) … pas grand chose …. »
M: « pas grand chose … ! Qu'est ce que tu sais sur la contraception? »
E7: « euh ….. (blanc) »
M: « (relance) A quoi ça sert? »
E7: « je sais pas … non je sais pas. »
M: « La contraception c'est pour empêcher de tomber enceinte, il y a plusieurs méthodes. tu les connais? »
E7: « Le , La , Le … euh … la capote ! …… et euh …. je sais pas…. »

1- La définition de contraception

Globalement les participantes sont bien au clair sur la définition de la contraception. Elles savent que c'est pour empêcher une grossesse et qu'il existe différents moyens.

E12: « euh … ba éviter la grossesse »

Certaines font bien la distinction entre contraception et protection des IST :

E9: « euh oui la pilule à pas avoir d'enfant et le préservatif à pas attraper de maladie et aussi de pas avoir d'enfant. »

E13: « Euh ça empêche d'abord de tomber enceinte et certaines de transmettre les maladies sexuellement transmissibles. »

E12: « le préservatif c'est pour protéger des maladies. »

2- Les moyens contraceptifs connus

Les participantes savent qu'il existe différentes méthodes contraceptives. Pour la majorité des entretiens, les adolescentes énuméraient au minimum : la pilule, le stérilet et l'implant.

E1: « je sais qu'il en existe plusieurs. Je crois qu'il y a les implants, le stérilet, la pilule et après je crois j'en connais pas d'autre. »

E5: « euh … le stérilet… euh après ….. l'implant ….. »

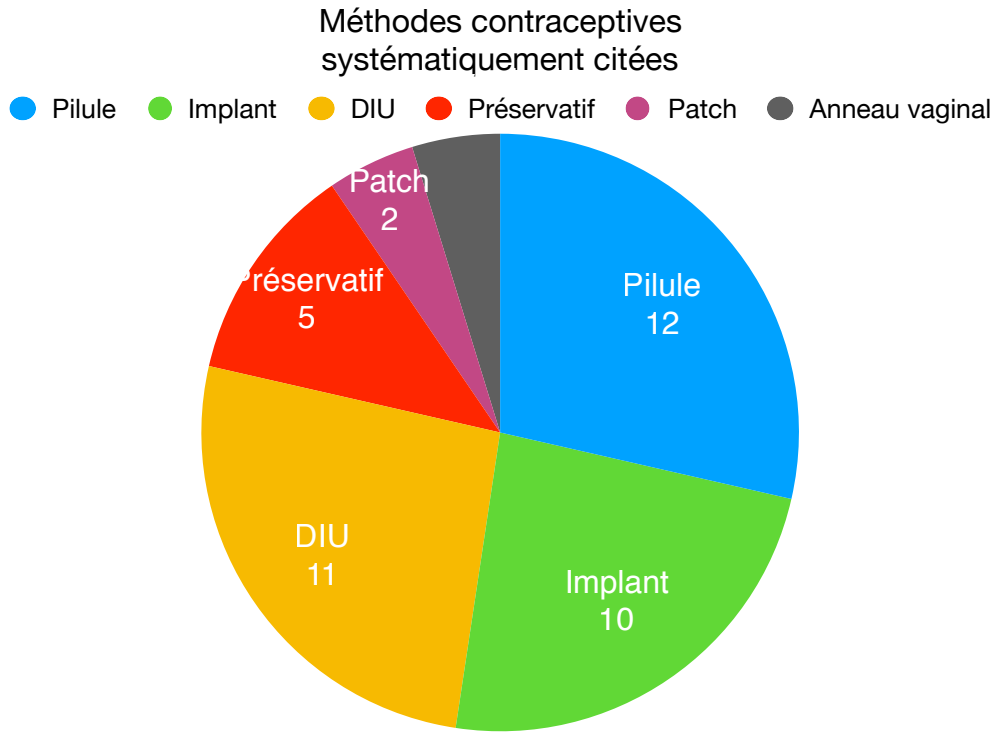
E6: « euh ouf … plusieurs types …. parce qu'on faisait des travaux dessus …. du coup la pilule euh le stérilet … tous les trucs comme ça … »

E8: « pilule euh .. après je connais le stérilet, euh l'implant … »

E9: « euh la pilule, le stérilet, le préservatif féminin et le préservatif masculin, là ils vont sortir une pilule pour les garçons aussi, euh … il y a … l'implant …. et l'anneau vaginal je crois un truc comme ça…. et après je sais plus … »

E11: « euh … ba ceux qui empêchent la MST il y a le préservatif masculin et féminin. et après les autres contraceptions il y a la pilule, le patch euh, le stérilet, l'anneau … et … je sais plus le dernier … »

Seul le terme « stérilet » a été employé, jamais l'appellation « dispositif intra-utérin » a été utilisée par les participantes. Il était généralement cité avant l'implant.
Elles ont quasiment toutes cité la pilule.
Seules deux participantes n'ont pas évoqué le DIU.



3- Les méconnaissances

Dans certains entretiens, on a pu constater que les participantes ne connaissaient finalement que les « grandes lignes » de la contraception et qu'il existait encore beaucoup de lacunes.

Pour exemple, la grossesse non désirée de E8 est survenue suite à un mésusage du préservatif. Il n'y avait pas d'autre contraception associée car elle pensait que le préservatif suffisait à lui seul.

E8: «en fait il y avait que euh, que préservatif et voilà, il n'y avait pas de pilule ou euh .. »
M: « du coup tu avais des rapports juste avec préservatif parce que tu pensais que ça suffisait? »
E8: « oui »

Il y a aussi des oublis dans les noms des moyens contraceptifs :

E10: « euh b je connais pas le nom mais il y en a qu'on met dans …. enfin c'est une sorte de … enfin qui s'ouvre comme ça (mime avec les mains l'ouverture des bras du DIU) dans le vagin je crois »
M: « c'est le stérilet »
E10: « oui voilà et après un qu'on met sous la peau … »

E12: « oui je l'ai vu mais je savais pas comment ça s'appelait… »

Des méconnaissances de méthodes (hors DIU) :

E6: « euh l'implant c'est où ça? »

4- Sources d'information

- La principale source d'information vient de l'école lors des **cours d'éducation sexuelle** :

E1: « à l'école on nous en a parlé, on avait des formations, des cours et tout »

E4: « à l'école euh .. ouais un peu en SVT on avait un cours dessus »

E9: « dans les cours d'SVT. »

E10: « en 3ème on a eu euh … le planning familial qui est venu pour parler de tout ça. »

E11: « euh … je pense à l'école ou euh … parfois je me rappelle que en … je crois que c'est au collège il y a une infirmière qui est venue justement pour ça … »

E6: « euh non mais euh au lycée ils nous en ont parlé déjà … »

E7: « en bio, ouais j'aimais pas …. c'était long! »

Nous avons remarqué que globalement les cours d'éducation sexuelle étaient réalisés au collège en 3ème ou 4ème. Seulement quelques participantes évoquent des cours d'édu-

cation sexuelle au lycée. D'après les dires des participantes, il apparaît qu'elles ont reçu très peu d'interventions et pas annuellement.

E1: « 1 ou 2 fois par an »

E2: «euh ouais au lycée … euh …. c'est vrai que pas tant que ça en fait !! »

E10: « au collège c'était en 4eme il me semble et après en seconde »

- **L'entourage familial**, par la mère parfois et les soeurs un peu plus souvent :

E2: « parce que ma mère quand elle était jeune elle en avait également un, elle m'a dit que c'était euh … top »

E4: « euh b c'est ma mère qui m'a dit ça. »

E1: « oui oui c'est pas tabou et avec ma soeur aussi »

E3: « oui parce que ma soeur qui l'avait m'avait expliqué oui »

Cependant il y a certaines participantes qui ne connaissent pas la contraception de leur mère pouvant témoigner d'un manque d'information intra-familial.

- **Le CPEF** :

E3: « Euh quand j'étais à la Rochelle au planning familial. »

E10: « le planning familial qui est venu pour parler de tout ça. »

- **Les copines** :

E10: « euh … avec des copines … »

E3: « oui oui oui, parce que du coup on était à l'internat donc euh entre celles qui oubliaient leur pilule tout ça on en parlait… »

E4: « ouais avec mes copines on en parle »

- **La gynécologue** :

E10: « non non pas du tout on a discuté au début de tous les contraceptifs, après euh …. b des règles … et puis moi j'ai posé des questions aussi et puis on a beaucoup parlé »

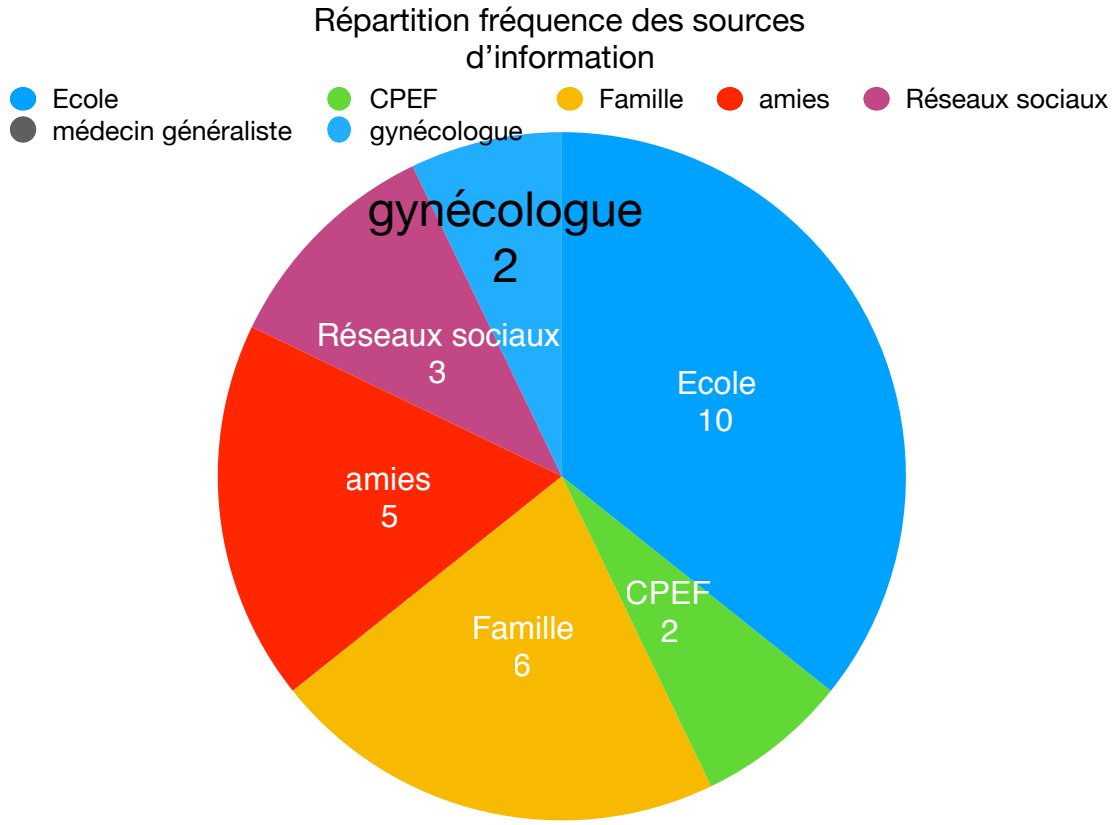
- **Les réseaux sociaux** :

E4: « même sur les réseaux sociaux aussi on voit plein de truc »

E10: « et après euh …. les réseaux sociaux et tout ça … »

E1: « j'avais lu ça sur les réseaux sociaux »

Nous avons repris dans le graphique ci-dessous la fréquence des différentes sources d'information pour l'ensemble des participantes :



D- Le DIU

Le deuxième thème de notre grille d'entretien concerne le DIU. Nous avons cherché à savoir quelles connaissances avaient les adolescentes sur le DIU, leurs représentations, leurs avis, leurs réticences, leurs positionnements pour pouvoir répondre à notre objectif principal.

1- Les connaissances acquises

Sur les treize adolescentes interrogées, seulement deux n'ont pas cité le DIU comme méthode contraceptive. Les onze autres savaient que cela existait et que c'était un moyen contraceptif pour éviter une grossesse.

Nous leur avons ensuite demandé ce qu'elles connaissaient de son mode de fonctionnement, la forme, l'emplacement, la pose, la durée, etc et là nous avons eu plusieurs surprises. Nous nous sommes rendu compte qu'au final elles ne connaissaient souvent que le nom « stérilet » mais n'en savaient pas plus à son sujet …

1.a - La forme

Quatre filles connaissaient vaguement la forme du DIU. Elles avaient à chaque fois mimé la forme du DIU comme si c'était trop étrange pour elles de le décrire verbalement. Elles avaient du mal à trouver leurs mots pour le décrire.

E10: « […] enfin c'est une sorte de … enfin qui s'ouvre comme ça (mime avec les mains l'ouverture des bras du DIU) »

E1: « le stérilet ça a une forme un peu comme ça je crois (en rigolant et en montrant une forme de coeur avec les mains) »

E11: « euh …… je sais que c'est …. enfin c'est euh … je sais pas comment définir mais ….. ça ressemble à une tige avec deux .. euh … deux bras. (mime l'aspect) »

E9: « […] à une … c'est une tige avec des … (elle mime le geste de tige avec 2 bras) »

Elles ne savaient pas qu'il existait des tailles différentes.

E2: « ah il y a des tailles! »

1.b - L'emplacement

Là encore les connaissances sur l'emplacement n'étaient pas maitrisées. Elles savaient en général que c'était au niveau de l'appareil génital dans le bas ventre mais elles faisaient mal la distinction entre l'utérus et le vagin. Les idées étaient confuses et floues témoignant de lacunes anatomiques.

Cependant quasiment la moitié des participantes savaient quand même que le DIU se plaçait dans l'appareil génital de la femme.

E13: « euh …. ouais enfin on le met euh …. au fond du euh …. enfin le vagin je crois. enfin je sais pas exactement l'emplacement précis mais euh …. »

E10: « euh b je connais pas le nom mais il y en a qu'on met dans …. dans le vagin je crois »

E11: « […] d'avoir quelque chose dans l'utérus… (rire) »
E3: « c'est au niveau de l'utérus »

E6: « euh … non … enfin … à peu prés oui … au niveau du col de l'utérus non? »

1.c - Le mécanisme

Globalement le mode d'action du DIU n'était pas connu. La majorité n'avait absolument aucune idée du fonctionnement et trois savaient approximativement.

E3: « euh … je sais qu'en fait le principe c'est de bloquer euh .. si un ovule est fécondé c'est de bloquer le fait que le foetus s'accroche aux parois. »

E4: « […] un qui donne des hormones comme la pilule quoi et implant. »

E2: « euh …. parce que vu que c'est un stérilet hormonal qui donne des hormones […] »

1.d - Les différents types

Quelques unes savaient approximativement qu'il existait deux types de DIU. Un composé de cuivre et un autre hormonal.

E4: « je sais que c'est avec les hormones enfin il y a 2 types il y a un avec le cuivre et un autre mais je sais plus c'est quoi l'autre. mais un qui donne des hormones comme la pilule quoi et implant. »

E2: « il faut bien se renseigner avant entre l'hormonal et le cuivre »

E1: « et il n'y en avait pas un en acier aussi ou quoi ? »

1.e - La durée d'action

Un quart des participantes savaient que le DIU avait une longue durée d'action mais la durée exacte restait floue.

E4: « euh c'est 4 ans… non ? »

E9: « plusieurs années »

E3: « il faut l'enlever euh …. je sais plus ! … c'est quelques mois non ? ça dure quelques mois … »

E11: « euh non enfin ça dure longtemps je pense mais je sais pas exactement »

1.f - La population cible

Très peu savaient que le DIU était indiqué à leur âge et chez les nullipares.

E2: « ba un peu …. oui et non ….. généralement le stérilet avant c'était pour les femmes qui avaient déjà eu des enfants mais euh …. je pense que ça a évolué ….. enfin c'est vrai que je pensais pas que je pouvais mais en discutant avec ma mère elle m'a dit « oui vois avec la gyneco mais je pense que tu peux » et après finalement en parlant avec la gynéco j'ai vu que je pouvais et que c'était tout à fait permis. »

E3: « […] Parce que j'avais une amie au lycée qui en avait un et qui avait mon âge du coup…. »

1.g - La pose

Une seule était au courant de la méthodologie pour la pose, celle qui avait un DIU.

Toutes les autres n'avaient aucune idée du procédé de la pose. Pour la majorité ce n'était que la gynécologue qui pouvait mettre un DIU, seulement deux ont évoqué le CPEF mais jamais les médecins généralistes ou les sages femmes n'ont été évoqué.

E11: « euh b je pense les gynéco…. et peut être …. euh il y a des centres spécialisés dans la contraception tout ça pour les jeunes … »

E1: « non je savais pas non plus non. Vous vous pourriez le poser par exemple ? »

1.h - Source d'information

Les sources d'information sont variées et semblables aux sources d'information citées précédemment pour la contraception en général. La principale source reste l'école, ensuite vient la famille (mère et/ou soeur) puis les professionnels de santé.

Cependant il y avait parfois de mauvaises informations données par les professionnels de santé ou un défaut de mise en pratique.

En effet, E2 notre seule participante ayant un DIU a eu une pose qu'elle caractérise elle même de « *dramatique* ». Elle déclarait avoir bien été renseignée sur le DIU par la gynécologue qu'elle avait consultée et bien mise en confiance. Sauf que la pose s'est faite dans le même temps de la consultation sans dépistage des IST au préalable et en dehors des menstruations.
Il y a bien dans ce cas un défaut de prise en charge de la part du professionnel de santé.

Nous avons également constaté un défaut d'information de la part d'un professionnel de santé pour E10 où la gynécologue aurait informé que le DIU n'était pas remboursé par la sécurité sociale.
D'après notre étude, les professionnels de santé étaient très peu à proposer le DIU comme méthode contraceptive de première intention aux adolescentes. On notait également une absence d'information de la part des médecins généralistes. En effet presque aucune des participantes n'avait évoqué le rôle du médecin généraliste dans le DIU voire dans la contraception tout court.

E11: « euh b je pense les gynéco et c'est tout… »

M: « et avec ton médecin tu as déjà parlé du stérilet? » E4: « euh non jamais! »

M: « et avec ton médecin tu en parles un peu aussi? » E5: « non pas du tout »

Donc pour conclure, on constate que le DIU est un moyen contraceptif très peu connu ou mal connu par les adolescentes. Globalement elles ont déjà entendu le terme « stérilet » et connaissent plus ou moins le nom mais cela s'arrête là. Elles ne connaissent pas les caractéristiques du DIU. Elles sont très mal informées.
De plus, il semblerait qu'il y ait une absence d'information et d'implication de la part des médecins généralistes qui sont souvent le médecin de famille pour une grande partie des participantes.
Le rôle du médecin généraliste n'est pas reconnu ni appliqué ici en matière de contraception.

2- Des idées reçues sur le DIU

En plus d'une méconnaissance du DIU les adolescentes ont plusieurs idées reçues parfois étonnantes et des représentations erronées.
Pour la majorité les idées reçues viennent d'une mauvaise information apportée par l'entourage ou les réseaux sociaux.

2.a - Impossible pour les nullipares

Elles ont été plusieurs à dire que le DIU était indiqué seulement aux multipares. Pour elles, le DIU n'est pas indiqué aux femmes n'ayant jamais eu d'enfant, les nullipares.

E12: « le stérilet hormonal c'est pour les femmes qui ont déjà eu un enfant »

E13: « le stérilet c'est pour les femmes qui ont déjà eu des enfants »

E2: « c'est vrai que je pensais pas que je pouvais »

E4: « enfin on m'a dit que pour mettre un stérilet fallait avoir été enceinte »

E4: « enfin que ça faisait moins mal quand on était enceinte »

2.b - Trop jeunes

Nous avons aussi constaté que pour les participantes le DIU n'était pas indiqué parce qu'elles se disaient être trop jeunes….
E12: « non je suis trop jeune !! »

E13: « pas pour mon âge »

2.c - Contraception « finale »

Le DIU était également perçu comme la contraception « finale », réservée aux femmes ayant atteint leur nombre d'enfant souhaité.

E9: « les femmes qui sont sures qu'elles ne veulent plus d'enfant … »

2.d - Anesthésie générale pour la pose

Une des participantes pensaient qu'il fallait une anesthésie générale pour poser un DIU.

E1: « ouais et aussi pour le mettre il faut une anesthésie …. […] pour moi c'était une anesthésie générale »

2.e - Retrait possible soi-même, retrait insupportable

Le retrait était qualifié « d'insupportable » pour une des participantes à cause de la douleur parce qu'il fallait « désintégrer le stérilet du corps ».

E3: « ton corps s'y habitue et fait sa vie autour du coup après il faut vraiment le désintégrer de ton corps… […] je suis pas sure que ce soit très supportable… »
Il y avait aussi la peur de pouvoir enlever le DIU soi-même comme un tampon hygiénique.

E1: « c'est quelqu'un qui croyait avoir oublié son tampon du coup elle avait tiré et en fait elle avait tiré le stérilet. »

2.f - DIU rend stérile

Une participante a évoqué le fait que le DIU pouvait rendre stérile.

E4: « comme ça pouvait aussi euh rendre stérile… »

2.g - Surcharge en hormone

Une participante évoquait une possible surcharge en hormone avec le DIU hormonal pouvant être néfaste pour le corps.

E2: « c'est un stérilet hormonal qui donne des hormones et qui donne beaucoup trop d'hormones par rapport à ce que mon corps à besoin. »

3- Le DIU, un objet suscitant de nombreuses réticences

Au cours des entretiens nous avons pu constater que le DIU suscitait de nombreuses réticences chez les adolescentes et représentait souvent un objet effrayant pour elles …

Les principales réticences mises en évidence découlaient surtout de différentes peurs émanantes du DIU telles que :

- **Peur de la douleur**

Les adolescentes voyaient le DIU comme un objet douloureux. Il s'agissait du frein principal évoqué quasiment par toutes.
E1: « oui aussi la douleur […] ouille ça doit faire mal »

E11: « J'ai peur d'avoir mal »

E2: « j'ai eu très très mal au ventre […] ça m'a fait très mal mais juste à la pose »

E3: « mais la douleur… »

E4: « j'ai une copine qui a eu super mal »

- **Peur de l'objet lui même**

L'objet du DIU en lui même effrayait nos participantes ce qui les freinaient aussi.

E1: « ça me fait un peu peur … »

E13: « parce que les autres m'attirent pas trop … l'anneau et le stérilet »

E12: « ça me fait peur surtout oui »

E4: « ça me fait plus peur le stérilet »

- **Peur du corps étranger**

L'idée du corps étranger était parfois dérangeante pour nos participantes. Elles ne supportaient pas vraiment l'idée « d'avoir quelque chose en elles ».

E11: « parce que je n'aime pas trop on va dire l'idée euh … d'avoir quelque chose dans l'utérus… »

E3: « avoir un objet étranger dans mon corps »

- **Peur des effets indésirables du DIU**

Elles étaient plusieurs à s'inquiéter des effets indésirables que pouvait entrainer le DIU comme la peur du risque de migration du DIU, peur du ressenti de la douleur sur le long terme, inquiétude sur les risques possibles …

E4: « mais il y avait des risques … »

E13: « je m'inquiéterai à tout moment, je dirai que c'est à cause de ça… »

E1: « et ça fait pas du tout mal après sur le long terme? »

E3: « c'est aussi un corps étranger qui restait pas forcément en place »

E3: « je m'inquiéterai à tout moment de la moindre douleur »

E11: « que je sois pas à l'aise euh … que je le sente…. »

- **Mauvaise tolérance du DIU**

E10 : « il y en a qui le gardait pas parce que ça fonctionnait pas … un truc comme ça »

E2: « euh … ça se passait pas très bien […] mais finalement ça ne les a pas supprimé j'ai juste mes règles n'importe quand »

- **Objet intrusif et bizarre**

Le DIU était principalement perçu comme un objet trop intrusif et souvent qualifié d'objet bizarre par les adolescentes. Ceci constituait aussi un frein majeur dans leur choix du DIU car cette idée était un avis partagé par beaucoup d'entre elles.

E1: « je pense c'est intrusif […] pour le mettre […] », « ça me ferait bizarre… d'avoir cette matière en soit ça me fait bizarre »

E10: « qu'on met dans […] »

E11: « avoir quelque chose dans l'utérus »

E12: « j'ai pas envie de me faire mettre des trucs », « il rentre dans le corps et j'aime pas », « j'aime pas des trucs dans le corps, j'aime pas.. »

E3: « j'ai pas envie d'avoir quelque chose », « j'ai pas envie d'avoir un objet étranger dans mon corps quoi », « il faut vraiment le désintégrer de ton corps », « le fait de savoir que j'ai quelque chose »

E4: « je voulais pas mettre de St… »

- Non remboursé par la Sécurité Sociale

Pour une de nos participantes, la seule réticence était que le DIU n'était pas remboursé par la Sécurité Sociale.

E10: « euh parce qu'il était pas remboursé par la Sécurité Sociale »

- DIU, une contraception dépendante des soignants…

Le fait de dépendre des soignants pour la pose ou le retrait du DIU posait également problème aux adolescentes.

E12: « faudrait peut être que j'attende pour l'enlever »

E5: « c'est la gynécologue qui le met »

- Besoin de maitriser sa contraception

Les adolescentes auraient un besoin de maitriser leur contraception pour être sûre de l'efficacité et de ne pas l'oublier. En utilisant le DIU elles avaient la sensation de ne pas maitriser leur contraception, de ne pas avoir le contrôle.

E12: « la pilule si je veux demain je l'arrête »

E9: « parce que je suis sûre de la prendre comme ça […] je suis sûre que je l'ai prise »

4- Les avantages du DIU

Malgré les nombreuses peurs et réticences évoquées principalement dues à un manque profond d'information, les adolescentes avaient évoqué certains avantages au DIU. Notamment que le DIU était une contraception pratique avec un gain de temps au quotidien non négligeable, le DIU a été qualifié de « génial » par une de nos participantes.

E2: « ouais c'est tellement un gain de temps! », « enfin c'est quand même une contraception qui est géniale! […] je trouve quand même le stérilet c'est quand même génial »

E1: « ouais ça c'est pratique »

E2: « un stérilet pour être plus tranquille […] une fois qu'il est mis on le sent pas »

5- Pilule vs DIU

La pilule a largement le monopole chez les adolescentes comme méthode de contraception. Nous pouvons même nous poser la question d'un « accessoire de mode » au vu des dires et justifications des adolescentes interrogées.
Certaines n'avaient pas de réelles idées ou raisons expliquant leur choix de la pilule mais cela donnait plutôt l'impression d'un choix par effet de groupe.

E6: « euh .. je sais pas … parce que c'est le plus courant qui est utilisé »

E8: « j'ai choisi comme ça la pilule… »

E9: « je suis plus habituée à entendre la pilule tout ça… »

E1: « tout le monde prend la pilule »

E5: « oui elles prennent toutes la pilule aussi même celles qui n'ont pas de copain »

La pilule était largement qualifiée de plus simple voire de méthode plus sûre par les participantes en comparaison au DIU :

E1: « je trouve ça plus simple »

E12: « c'est la plus simple je pense »

E4: « ouais et c'est plus facile en fait aussi avec la pilule »

E8: « question de pratique »

E9: « je trouve ça plus facile […] je trouve ça plus simple »

E1: « je me dis peut être aussi que c'est plus sûr la pilule »

Pourtant au cours des entretiens, les adolescentes reconnaissaient des oublis de pilule assez fréquents ainsi qu'un temps d'adaptation au début de l'utilisation de la pilule et une contrainte au quotidien mais malgré tout ceci elles gardaient la pilule comme moyen de contraception…

Il y a un paradoxe de la pilule entre son large choix pour sa facilité et la reconnaissance de la contrainte quotidienne de la prise et des multiples oublis …

E1: « après faut pas l'oublier »

E10: « des fois j'oublie… » , « par exemple en Juillet … beh vu que je sortais tout ça j'oubliais souvent »

E2: « tu l'oublies une fois sur deux enfin », « parce que j'oubliais », « quand tu pars en déplacement tu l'oublies »

E3: « j'avais quelques oublis »

E9: « comme ça je sais si j'oublie »

E10: « euh… j'ai quand même du mal… des fois j'oublie »

E3: « au début que je prenais la pilule à ce moment là j'avais quelques oublis … j'ai pas réglé une heure fixe »

E2: « je prenais la pilule, je commençais à en avoir marre […] faut toujours y penser, donc c'est vrai que c'était assez contraignant »

E8: « là j'ai mis une alarme tous les jours »

Nous avions aussi eu l'impression que la pilule était choisie par défaut soit parce qu'elle était la seule contraception présentée et prescrite d'emblée, soit par peur ou réticence vis à vis des autres méthodes contraceptives, soit par le simple fait d'être en couple …

E3: « je préfère encore prendre une pilule quoi […] je sais que le fait d'avoir des hormones plus ou moins pas naturelles c'est pas mieux mais euh… »

E4: « euh non on m'a proposé directement la […] c'était la pilule directement »

E5: « elle m'a proposé directement la pilule »

E8: « je sais pas du tout … euh … je préfère que l'implant ou le stérilet […] b euh .. je sais pas du tout, j'ai choisi comme ça la pilule »

E9: « elle m'a dit euh ce que .. ce qui était le mieux et donc j'ai décidé de prendre la pilule »

E10: « parce que j'avais un copain… »

E3: « euh j'avais un copain plus âgé à cette époque du coup… »

E5: « en fait vu que j'avais un copain… »

Pour résumer, la pilule était largement choisie car elle était perçue comme plus simple et plus sûre par les adolescentes. Elle était vue comme une contraception courante utilisée par « tout le monde » ce qui pouvait les rassurer.
Cependant il y avait de nombreux oublis et une contrainte quotidienne d'utilisation qui pourtant ne suffisaient pas à remettre en question la pilule.
Elle semblait être choisie par défaut voire par dépit parce qu'elle était la seule méthode présentée ou prescrite d'emblée, par refus des autres méthodes contraceptives ou par obligation du fait d'avoir un copain …

Ce paradoxe montre l'importance de l'information aux adolescentes sur tous les moyens contraceptifs accessibles pour leur permettre un choix le plus libre et adapté possible.

E- Les non-dits et positionnements des adolescentes vis-à-vis du DIU

Au cours de notre étude nous avons pu constater que les adolescentes étaient peu bavardes ce qui rendait parfois difficile la récolte de nos données. D'autant plus que le sujet de la contraception était pour beaucoup un sujet intime voire tabou. Ainsi la part des non-dits et les attitudes avaient toutes leurs importances dans notre étude.

1- L'hésitation

Le sujet de la contraception suscitait de nombreuses hésitations chez nos participantes. A l'entretien, E10 commençait toutes ses phrases par « euh… ».

Il faut rappeler que nous avions réalisé les entretiens directement après avoir présenté le projet aux participantes. Elles n'avaient pas eu le temps de réviser ni de réfléchir au sujet au préalable. Nous avons donc fait appel à leur spontanéité et nous avons pu étudier leurs véritables connaissances acquises.

Toutes les participantes ont montré des signes d'hésitation. Chacune de nos questions leur faisait prendre un temps de réflexion avant de répondre ce qui montrait qu'elles ne s'étaient jamais posées les questions elles-même auparavant. Leurs idées sur la contraception n'étaient pas claires et définies.
Elles étaient peu à avoir déjà réfléchi personnellement à la question de la contraception. Certaines ne se sentaient même pas concernées par la question principalement par le fait d'être vierge et donc « ne pas en avoir besoin ».

E1: « euh… non .. […] euh … je sais pas … »

E11: « ouais enfin je sais pas euh…. je sais que c'est euh…. enfin … »

E2: « ba un peu … oui et non …. »

E3: « enfin je sais pas euh …. »

Cette hésitation pouvait aussi traduire leur manque de connaissance sur le sujet, d'autant plus qu'on faisait directement appel à leurs connaissances acquises vu qu'elles n'avaient pas été mises au courant au préalable. En effet, l'inconnu et le méconnu suscitent l'hésitation et l'incertitude.

2- Réticences psychologiques

La majorité des participantes avait une attitude de retrait vis-à-vis du DIU. Pour certaines, on percevait même du dégoût dans leur manière de s'exprimer.

Pour exemple, E1 et E10 n'ont jamais prononcé le mot « stérilet » au cours de l'entretien. Elles employaient toujours l'appellation « ça » ou « le » pour déterminer le DIU avec une connotation péjorative.

La majorité des participantes utilisaient l'appellation « ça » pour parler du stérilet.
Le fait de ne pas utiliser le mot « stérilet » directement montre le rejet et la distanciation faite par les adolescentes envers le DIU.

E1: « CA », « je sais qu'elle a eu ça à un moment donné », « le mettre dans »

E12: « ça oui j'ai déjà vu ça »

E6: « ça m'attire pas trop »

Cette distanciation psychologique pourrait témoigner d'une sorte de méfiance vis-à-vis de cette contraception abstraite. Cela pourrait encore être la conséquence du manque de connaissance du DIU car on a souvent peur de l'inconnu.

Comme dit précédemment, certaines vont plus loin dans le rejet en donnant une impression de dégoût. E12 était assez ferme et catégorique sur son refus du DIU.

E12: « je sais pas je veux pas […] et ça… j'aime pas […] il rentre dans le corps et j'aime pas […] je sais pas mais j'aime pas »

Cette réticence psychologique exprimée par la majorité de nos participantes correspond à un frein majeur dans le choix du DIU comme moyen contraceptif.

3- Sujet gênant

La contraception générale est parfois un sujet tabou pour les adolescentes voire gênant car c'est un sujet qui touche directement leur intimité. Parler du DIU semblait être encore plus gênant pour elles.

Elles étaient nombreuses à avoir des rires gênés quand elles devaient répondre aux questions. Elles avaient aussi parfois une certaine retenue dans leurs dires.

E2: « je sais pas si je peux le dire »

E4: « (rire) sinon on parle pas trop de ça… enfin c'est moi qui en parle pas trop quoi … »

E13: « … (rire gêné) »

E5: « Mmmmh … (rire gêné) »

Aucune des participantes n'a décrit oralement la forme du DIU soit parce que c'était trop abstrait pour trouver les mots, soit par gêne. Parmi celles qui savaient à quoi ressemblait un DIU, elles l'avaient toutes mimé.

E1: « en gros on met euh… ça a une forme un peu comme ça je crois (en rigolant mime un coeur avec ses mains) »

E11: « je sais pas comment définir mais … ça ressemble à une tige avec deux … euh.. deux bras (mime forme de T avec ses mains) »

E9: « c'est une tige avec des … euh … (mime une tige avec deux bras) »

4- Besoin de réflexion

Les participantes n'ont pas eu le temps de réfléchir à la question en amont car nous avons réalisé les entretiens directement après la présentation du sujet.
Nous avons fait appel à leurs souvenirs et connaissances acquises pour nous répondre. Parfois, elles avaient du mal à se rappeler exactement des éléments et avaient besoin d'un temps de réflexion avant de répondre.

E1: « je me souviens », « si je me rappelle bien », « une fois je me rappelle », « je viens d'avoir un souvenir »

E10: « et euh… après je crois c'est tout », « oui je crois un truc comme ça… »

E11: « je sais plus le dernier… », « parfois je me rappelle que en »

E13: « je m'en rappelle pas en tout cas », « ça je sais plus! »

E2: « ça je me rappelle plus »

E3: « euh… je sais plus »

E5: « non vraiment j'ai aucun souvenir »

5- Implication personnelle et/ou entourage

Nous avons eu deux cas de figure concernant l'implication personnelle des adolescentes dans la contraception. Certaines étaient totalement désintéressées du sujet et d'autres cherchaient à se renseigner individuellement et se sentaient concernées par la contraception.

E4: « je me suis pas renseignée à fond sur ça […] b je regarde de tout enfin je me suis déjà renseignée »

M: « tu t'es déjà renseignée sur le sujet? » E6: « euh non… non vraiment pas! »

M: « tu t'es déjà renseignée sur internet ou avec les copines? » E11: « non pas vraiment […] j'y réfléchis pas tant que ça »

Il en était de même concernant l'implication de l'entourage familial. Il existait plus ou moins un échange avec les mères ou les soeurs selon les familles.

E9: « je sais qu'elle a pris la pilule mais c'est tout ce que je sais » ndlr sa mère

E12: « euh non on parle pas du tout même ! »

E4: « euh b j'ai jamais parlé avec ma mère »

E13: « ma mère oui j'en ai parlé »

E3: « euh oui on en a parlé oui oui, avant que je l'ai et après […] mes soeurs m'ont accompagné au planning familial »

Etrangement, il y avait très peu de participantes qui déclaraient parler réellement de la contraception avec les amies.

Ainsi, même au sein de l'entourage familial ou amical la contraception reste aujourd'hui un sujet tabou.
Les cours d'éducation sexuelle assurés au collège et/ou au lycée sont la principale (et parfois la seule) source d'information sur la contraception pour les adolescentes. Globalement il y a peu de recherches personnelles malgré tous les moyens disponibles et peu d'échanges avec les proches.

6- Demandeuses d'information

Cette étude nous a permis de constater que les adolescentes étaient aussi demandeuses d'information sur le DIU malgré toutes les réticences que nous avons retrouvées.

E1: « enfin pour mettre c'est comment? Vous vous pourriez le poser par exemple? C'est en quelle matière d'ailleurs ?! C'est une des méthodes les plus sûres? »

E10: « puis moi j'ai poser des questions aussi »

E2: « il faut bien se renseigner avant entre le cuivre et celui aux hormones »

E4: « b j'aimerai bien essayer après je connais pas […] faudrait que je regarde vraiment plus pour savoir pour mon cas quoi »

En étant demandeuses d'information sur le DIU cela pourrait témoigner de leur possible intérêt pour cette contraception et de la nécessité de leur apporter une information complète.

7- Mais une contraception pas de premier choix …

La position des adolescentes sur le DIU est assez unanime. Pour elles, ce n'est pas une contraception de premier choix mais plutôt pour un choix futur …
Elles étaient nombreuses à se dire intéressées par le DIU ou du moins ne pas être contre cette contraception mais « pas pour le moment ».

E1: « après je suis pas contre, en vrai pourquoi pas mais pas pour le moment »

E11: « peut être oui quand je serai plus à l'aise avec l'idée »

E12: « plus tard peut être oui »

E5: « oui peut être plus tard »

E8: « Mmmmh oui peut être après »

E3: « j'ai réfléchi à avoir le stérilet plus tard »

Lorsqu'on leur demandait quelle contraception pouvait les intéresser elles avaient quasiment toutes répondu la pilule comme choix de première contraception mais étrangement on retrouvait aussi un intérêt pour l'implant.

E1: « euh je pense je prendrai la pilule »

E11: « je pense pour la pilule, l'implant ou le patch »

E6: « euh je pense la pilule »

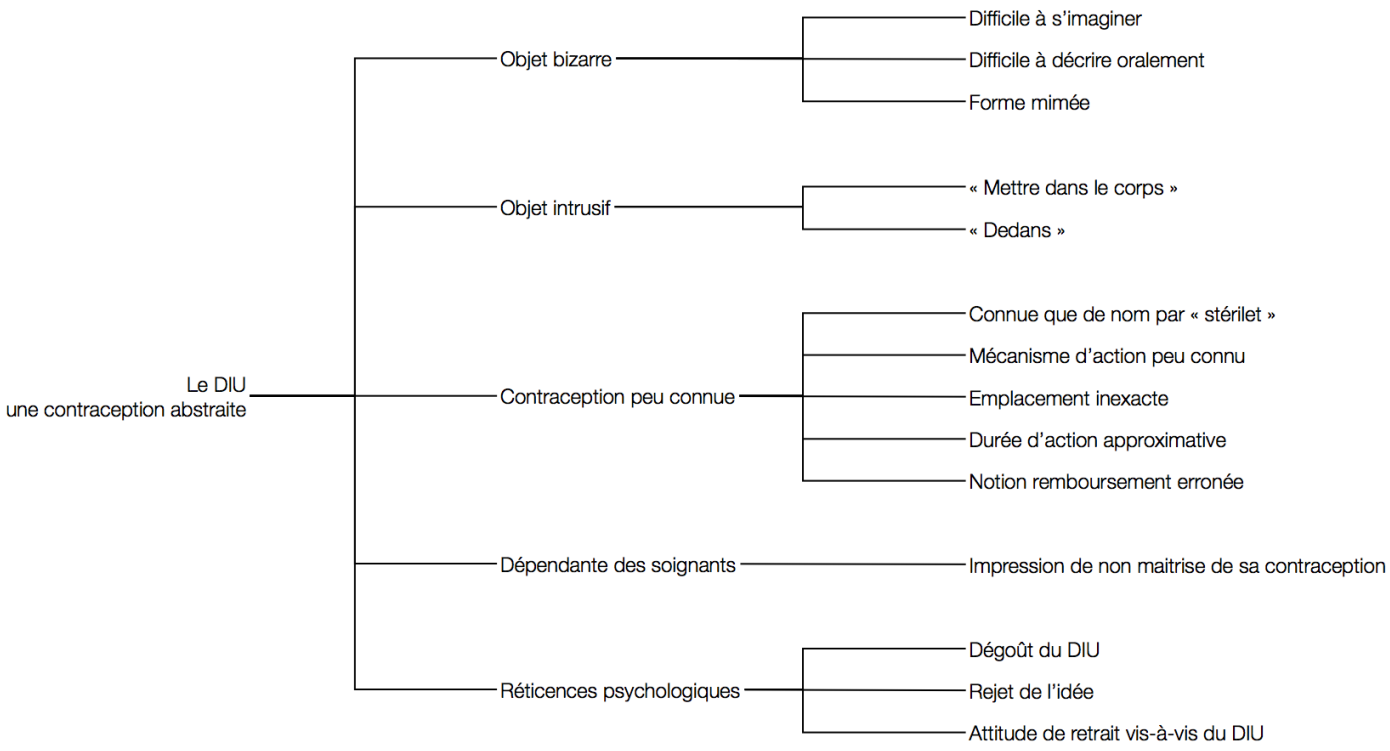
E4: « je demanderai peut être de mettre l'implant »

E7: « la pilule »

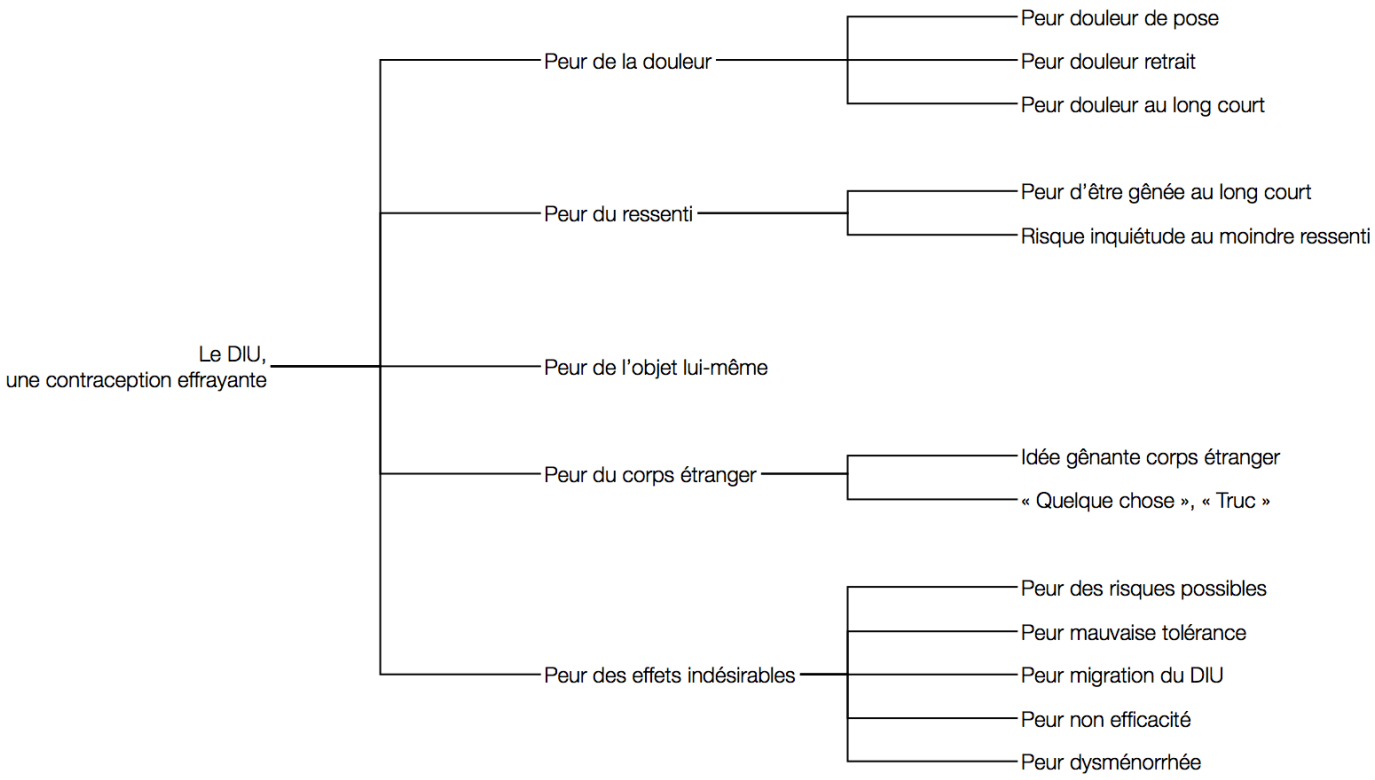
Il semblerait que l'implant soit mieux accepté que le DIU comme corps étranger.

Pour résumer, nous avons répertorié les réticences et les moteurs exprimés par les adolescentes interrogées au travers d'arbres thématiques présentés ci-dessous. Ces éléments permettent de répondre à la question principale de l'étude qui était de savoir quels étaient les freins et les moteurs exprimés par les adolescentes à l'utilisation du DIU comme moyen de contraception.

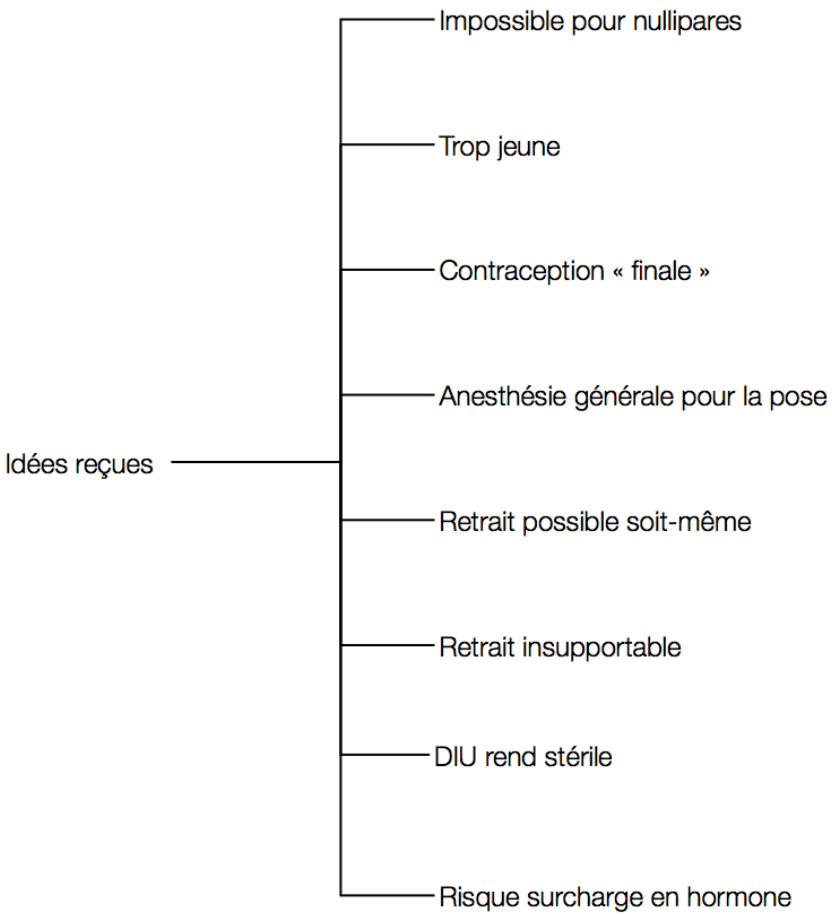
Arbre thématique : **Réticences - DIU, une contraception abstraite.**



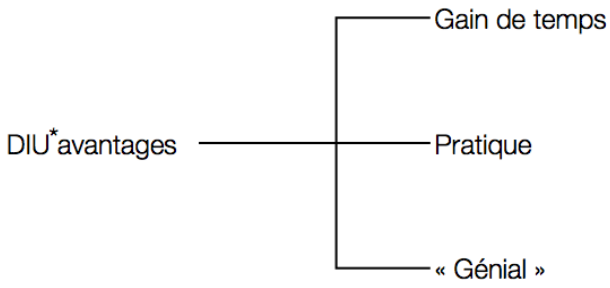
Arbre thématique : **Réticences - DIU, un objet effrayant**.



Arbre thématique : **Réticences - des idées reçues**.



Arbre thématique : **Moteurs - Avantages du DIU**.



Donc pour répondre à la question de recherche quels sont les freins et les moteurs exprimés par les adolescentes à l'utilisation du DIU comme moyen de contraception nous avons mis en évidence de nombreux freins et très peu de moteurs comme résumés ci-dessus.

Il apparait surtout que le DIU est très peu connu des adolescentes. Elles ne connaissent souvent que le nom sans connaitre ses caractéristiques.
Le DIU apparait comme un objet effrayant, abstrait, intrusif, bizarre et douloureux pour les adolescentes. Elles ont aussi beaucoup d'idées reçues à son propos mais après discussion elles ne semblent pas fermées au DIU et deviennent même demandeuses d'information.

Les cours d'éducation sexuelle réalisés au collège et/ou au lycée sont la principale source d'information sur la contraception.
Il semblerait que les adolescentes discutent peu avec leur entourage familial ou amical peut être par gêne du sujet, par méconnaissance ou par désintérêt tout simplement. En effet, elles sont plusieurs à se dire ne pas être concernées par la contraception parce qu'elles sont vierges.

D'après nos résultats, les professionnels de santé paraissent peu impliqués dans la contraception chez les adolescentes. Ils informent peu ou mal. C'est principalement l'adolescente qui est à l'origine de la démarche pour la mise en place d'une contraception ou pour avoir des informations.
Dans la plupart des cas la pilule est prescrite en première intention sans présentation des autres moyens contraceptifs et sans laisser le choix aux adolescentes.

Dans notre étude la pilule a aussi le monopole dans cette tranche d'âge. D'ailleurs nous nous sommes posés la question d'un possible effet de mode voire d'un « accessoire de mode » car elles disent souvent que « tout le monde a la pilule ». Cependant elles sont nombreuses à évoquer des oublis fréquents de pilule, à évoquer la contrainte quotidienne de la pilule et le temps d'adaptation pas toujours évident. Ce paroxysme pourrait amener à penser qu'elles choisissent la pilule un peu par défaut et par dépit sûrement parce qu'elles ne connaissent pas les autres méthodes disponibles ou qu'elles ignorent qu'elles peuvent en bénéficier.

Ainsi il est primordial d'assurer une information complète sur la contraception aux adolescentes en présentant tous les moyens qui leur sont disponibles y compris le DIU.

PARTIE 4 : DISCUSSION

A- A propos de l'étude

1- Originalité de la population étudiée

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature d'autres études s'intéressant exclusivement aux adolescentes de 15 à 18 ans ce qui confère une force et une originalité à notre travail. En effet, nous avons retrouvé plusieurs études et thèses traitant le même sujet à savoir la question du DIU chez les femmes nullipares, exploité sous de multiples aspects, mais la population mineure était très fréquemment écartée en raison de l'obstacle de l'accord parental.

Nous avions aussi choisi les adolescentes comme échantillon car c'est cette tranche d'âge qui est au coeur de la problématique de la contraception et du risque élevé de survenue de grossesse non désirée. C'est un enjeu de Santé Publique qui est toujours d'actualité en France comme nous avons pu le voir précédemment (25,30). En effet, alors que la France se place comme un des pays ayant la meilleure couverture contraceptive, le taux d'IVG et de grossesses non désirées chez les adolescentes reste malgré tout élevé (8,25,30,35,36).

Cependant, le choix des adolescentes comme population étudiée a aussi été source de difficultés lors de la réalisation des entretiens ce qui a pu entrainer plusieurs biais :

- Pour la majorité, elles étaient peu bavardes et difficiles à faire parler sur leurs opinions, leurs ressentis, leurs représentations… La plupart du temps elles faisaient des réponses rapides, courtes, monosyllabiques voire par un simple acquiescement ce qui a pu entrainer un biais d'information dans la récolte des données.

- Nos entretiens étaient globalement courts avoisinant les dix minutes laissant parfois un goût d'inachevé malgré les multiples tentatives de relance pour mener à bien l'entretien.

- Une partie des participantes, notamment celles qui étaient vierges, ne se sentait pas concernée par le DIU ni par la question de la contraception en général ce qui a pu biaiser leur participation par manque d'intérêt. Mais c'est le reflet de la réalité…

- Face à ce public jeune, il était parfois difficile d'instaurer un climat de confiance pouvant entrainer des auto-censures chez les adolescentes créant également un biais d'information dans la récolte des données.

- Sujet intime pouvant être trop gênant pour les adolescentes qui sont au tout début de leur vie sexuelle ce qui a pu encore créer un biais d'information.

2- Les forces de l'approche qualitative

Nous avons fait le choix judicieux de la méthode qualitative car elle permet l'évaluation des opinions, des croyances, des représentations internes et des composantes affectives et émotionnelles non mesurables par l'approche quantitative.

Cette méthode laisse le discours libre aux participantes et permet l'émergence de nouvelles idées. Elle nous permet aussi de voir le sujet sous un autre angle, du point de vue des adolescentes.

Les entretiens individuels semi-dirigés placent la participante au coeur de la démarche qui peut se révéler au travers des questions ouvertes. La garantie de l'anonymat renforce également la liberté du discours surtout pour un sujet intime comme le nôtre.

3- Les limites du recrutement

En raison du contexte d'urgence sanitaire lié à la pandémie de la COVID 19, nous avons dû adapter notre méthode de recrutement. Initialement nous avions prévu de faire notre recrutement directement au sein des lycées (généraux et professionnels) pour limiter les possibles biais socio-démographiques. Malheureusement ceci n'a pas pu se réaliser. Nous avons fait notre sélection au hasard des consultations dans trois cabinets de médecine générale sur la Côte Basque Sud avec pour seul critère d'inclusion l'âge cible. Ainsi il est possible que cette méthode de recrutement du « tout venant » dans des cabinets médicaux localisés sur la côte ait pu entrainer des biais de sélection et des biais socio-démographiques.

Pour tenter de palier aux possibles biais de recrutement nous avions décidé de ne pas parler du DIU dans la présentation de l'étude pour ne pas « faire peur » aux jeunes filles. Nous avons présenté le sujet comme un travail permettant d'évaluer l'état des connaissances des adolescentes sur la contraception.

De plus, il était difficile de faire la différence entre le milieu urbain et rural au vu des caractéristiques géographiques du secteur de sélection (Guethary - Saint Jean de Luz - Ciboure). C'est pourquoi nous avons décidé de ne pas en tenir compte dans notre travail ce qui peut avoir entrainé un biais démographique.

L'âge moyen de nos participantes est 17 ans. Nous aurions aimé avoir plus de profils de 15 et 16 ans dans notre étude mais c'est une population peu courante dans les cabinets médicaux. Pourtant nous avons mené notre étude de Juin à Octobre comprenant ainsi l'été et la rentrée des classes où les adolescentes sont plus susceptibles de consulter notamment pour les certificats médicaux sportifs.

Sur nos treize participantes, nous avons une seule jeune fille qui a mené à terme une grossesse non désirée, une seule porteuse d'un DIU et aucune n'a subi d'IVG ce qui n'est pas représentatif de la population générale comme nous avons pu le voir dans la littérature (35,36).

Enfin, nous avions décidé de réaliser les entretiens directement après la présentation du sujet pour limiter les « perdues de vue » d'une part et pour avoir un discours spontané reflétant au mieux leurs connaissances sans révisions au préalable d'autre part. Cette méthode peut être une force dans le sens où l'on évalue les connaissances réellement acquises des adolescentes mais cela peut aussi avoir des limites avec des biais de mémorisation car elles n'y étaient pas préparées.

4- Les limites de l'analyse des données

L'analyse des données s'est faite au fur et à mesure des entretiens. Il s'agit d'une analyse interprétative du discours pouvant entrainer des pertes d'information par non exploitation de certains éléments ou à l'inverse une sur-exploitation. Afin de palier au mieux à ce biais d'analyse nous avons réalisé un double codage avec une autre thésarde extérieure à l'étude Mme VINCENT Elysabeth. Ainsi la triangulation des données a permis de limiter les biais d'interprétation et de renforcer la validité interne du travail.

La retranscription de tous les entretiens a été faite le même jour de leur réalisation pour limiter les pertes d'information sur les ressentis, comportements, émotions etc limitant les biais de mémorisation.

Nous avons réalisé treize entretiens ce qui peut être considéré comme peu mais nous sommes rapidement arrivés à saturation des données. Dès les six premiers entretiens nous avions globalement déjà réuni les grands thèmes. Par la suite nous avons ajouté des petites idées non majeures jusqu'au onzième entretien puis nous avons réalisé deux entretiens supplémentaires pour confirmer la saturation des données.

5- Les limites liées à l'investigateur

Tous les entretiens ont été mené par le même investigateur ce qui est une force limitant des biais de récolte de données grâce au discours régulier d'une même personne. Mais cela peut également être une faiblesse à notre étude car c'était la première expérience de l'investigateur.

Les intonations, le vocabulaire employé ou les réactions aux dires des adolescentes ont pu être sources de biais en orientant parfois les réponses des participantes bien que l'investigateur essayait de rester le plus transparent possible.

Enfin, la position de l'investigateur en tant que médecin a pu également orienter les réponses des adolescentes ou entrainer des auto-censures par peur de jugement ou de mal répondre. Nous avions bien précisé en amont qu'il ne s'agissait pas d'un contrôle de leurs connaissances et qu'on ne porterai aucun jugement.

B- Discussion des principaux résultats

Notre travail nous a permis de constater que la majorité des adolescentes connait très peu de choses à propos du DIU voire rien du tout pour certaines ce qui explique certainement leur absence de recours au DIU comme choix contraceptif. Elles expriment de nombreuses réticences envers ce dernier surtout au premier abord mais beaucoup finissent par s'y intéresser après avoir eu des informations à son sujet et avouent pouvoir l'envisager comme contraception future.
Nous avons retrouvé de nombreuses similitudes avec les données de la littérature concernant leurs réticences et motivations, et nous avons également dégagé de nouvelles idées.

1- Une norme contraceptive française figée

En France, il existe un schéma contraceptif suivi, consciemment ou non, de la même manière par toutes les femmes. Au début de leur vie sexuelle, les jeunes femmes utilisent le préservatif masculin puis elles utilisent la pilule contraceptive en association ou seule lorsque la relation est installée puis vient le DIU lorsque le nombre d'enfant souhaité est atteint.

Dans notre étude nous avons retrouvé la même norme contraceptive à savoir qu'elles ont toutes eu la pilule comme première contraception y compris celle qui a désormais un DIU. Les adolescentes vierges n'utilisent pas de contraception. Les études françaises FECOND et Baromètre Santé réalisées en 2012 et 2016 montrent déjà un monopole de la pilule chez les 15 à 25 ans puis une modification des pratiques contraceptives après 25 ans en faveur du DIU qui devient majoritairement utilisé chez les femmes âgées de plus de 35 ans (25,26). Il est donc frustrant de constater que cinq ans après la norme contraceptive n'a toujours pas évolué avec le maintien de ce monopole de la pilule chez les plus jeunes.

Au cours de notre étude, nous nous sommes d'ailleurs posés la question d'un possible effet de mode de la pilule chez les adolescentes voire d'une perception de la pilule comme un accessoire de mode. En effet, elles sont majoritaires à évoquer comme justification que « *tout le monde a la pilule* » ou « *mes copines ont la pilule* ».

2- Un choix de la pilule par défaut ?

Elles sont toutes à l'origine de la démarche contraceptive dont la principale motivation est le but contraceptif pur mais aussi pour régulariser les cycles menstruels.
Elles se sont principalement tournées vers les gynécologues pour la première prescription de leur contraception et d'autres vers leur médecin généraliste. Une seule a consulté un CPEF.

Pour la majorité, la pilule a été prescrite directement sans présentation des autres moyens contraceptifs ce qui ne leur a pas laissé de possibilité de choix. Or depuis presque 15 ans l'INPES a lancé le slogan « La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit » pour promouvoir une meilleure utilisation des différentes méthodes contraceptives et essayer de réduire le nombre de grossesses non désirées chez les adolescentes (29). Le message principal de cette campagne est d'expliquer qu'une contraception efficace est une contraception choisie de manière éclairée après une information claire et précise en fonction de la situation personnelle et affective de chaque femme.

D'après nos résultats, il semblerait que ce message ne soit toujours pas entendu par tout le monde que ce soit du côté des adolescentes ou du côté des professionnels de santé.

Il est très fréquent que les adolescentes consultent pour « avoir la pilule » et non pour « avoir une contraception ». Cet amalgame ancré dans les moeurs doit changer si l'on veut pouvoir appliquer le message de l'INPES. Il en est de même concernant les professionnels de santé, ils se doivent de donner une information exhaustive, claire et précise de l'ensemble des contraceptifs pour laisser le choix aux adolescentes. Ils se doivent également de se tenir au courant et de suivre les recommandations de l'HAS remis à jour en 2019 mentionnant explicitement que le DIU au cuivre est aussi indiqué en première intention chez les adolescentes (27).

Très peu de nos participantes ont été capable de citer l'ensemble des moyens contraceptifs disponibles. Pour la plupart c'est seulement la pilule, le stérilet et l'implant dont elles ignorent souvent les caractéristiques et leurs indications.

Pourtant en 2017 il y a eu la mise en place d'une consultation dédiée et valorisée sur la contraception et la prévention des jeunes filles de 15 à 19 ans cotée CCP (46 euros pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie) (28). Cette nouvelle cotation a eu pour but d'encourager les professionnels de santé à prendre le temps d'une consultation dédiée pour parler de la contraception avec les adolescentes, pour leur donner une information optimale.

Mme COURLEUX S. a fait le même constat dans son étude qualitative portant sur les connaissances, représentations et freins des nullipares sur le choix du DIU (65). Elle met aussi en évidence une primo-prescription jugée « rapide » de la pilule chez les nullipares sans forcément de réévaluation postérieure.

3- Le DIU: les freins, un état des lieux attendu

3.a. Une méconnaissance qui persiste

Il est frustrant de constater qu'aujourd'hui encore, où internet et les réseaux sociaux occupent une place centrale dans la vie des adolescentes, le DIU leur reste méconnu. Elles sont plusieurs à le citer mais bien souvent elles ne connaissent que le terme de « stérilet » sans en connaitre les caractéristiques.
Bien qu'elles soient jeunes et au début de leur vie sexuelle, plusieurs plans d'action ont été mis en place pour favoriser l'information du DIU dans cette population telle que la mise en place de la consultation CCP, les cours d'éducation sexuelle intégrés au programme scolaire et la création de sites internets spécifiques et adaptés comme www.-choisirsacontraception.fr ou www.macontraception.fr .

Plusieurs études réalisées ont fait le même constat de cette méconnaissance du DIU chez les nullipares, même plus âgées, ce qui constitue un frein majeur dans le choix du DIU comme méthode contraceptive.

Mme GAUBERT S. a montré dans son étude qualitative étudiant l'impact d'une information sur les représentations, croyances et opinions du DIU chez les nullipares que de prime abord il existe une méconnaissance générale du DIU chez les nullipares de 15 à 24 ans (40). Initialement elles se montrent réticentes et pleines d'à priori à l'égard du DIU pour ensuite se montrer intéressées et ouvertes après avoir reçu une information complète.

De même l'étude Fleming réalisée aux Etats Unis en 2010 montre que 60% des femmes de 14 à 27 ans n'ont jamais entendu parler du DIU mais qu'après avoir reçu une information elles sont trois fois plus intéressées par celui-ci (41).
Il est d'autant plus troublant que cette méconnaissance persiste chez les adolescentes qui sont pourtant censées avoir reçu une information récente. En effet, suite à la loi du 4 Juillet 2001 renforcée en 2018, l'Education Nationale intègre des cours d'éducation sexuelle au programme scolaire à raison de trois séances annuelles de l'école primaire au lycée. La question de la contraception fait partie intégrante de ce programme (66).
Dans notre étude, elles ont toutes cité l'école (collège ou lycée) comme principale source d'information sur la contraception. Or la fréquence des séances apparaît bien moindre

que celle prévue dans la théorie parce qu'elles disent en avoir au maximum une par an et encore… Et souvent la première séance n'arrive qu'au lycée ce qui peut être considéré comme tardif sachant que l'âge du premier rapport sexuel dans notre étude est de 15,5 ans.

Elles sont peu nombreuses à évoquer le DIU suite à ces cours soit par biais de mémorisation soit par défaut d'information faite lors des séances. Aucune n'a fait allusion à la réalisation d'évaluation suite à ces cours ce qui empêche de se rendre compte de l'impact et de la qualité de l'information réellement donnée. Il serait intéressant de mettre en place des contrôles suite à ces cours d'éducation sexuelle pour impliquer davantage les adolescents en général et rendre plus pertinentes et sérieuses les informations transmises.

Une revue de la littérature faite en 2014 sur l'impact de l'éducation sexuelle sur les connaissances en contraception montre que 14 études sur 15 retrouvent un impact positif significatif des interventions sur les connaissances. Mais il s'agit de résultats à court terme et cela concerne la contraception au sens général et pas spécifiquement le DIU (67).

Au cours de notre étude, nous avons aussi remarqué un intérêt naissant chez plusieurs participantes après leur avoir parlé du DIU. Certaines ont posé des questions pour mieux connaitre et comprendre cette contraception. Elles sont également plusieurs à l'envisager comme contraception future mais pas en première intention.

Ainsi nous constatons que malgré leur jeune âge, les adolescentes sont également des jeunes femmes demandeuses d'information sur la contraception et plus particulièrement sur le DIU au même titre que les femmes nullipares majeures. Dans notre étude, elles sont toutes à l'origine de la démarche d'une demande d'un moyen contraceptif ce qui prouve leur investissement. Il est donc important qu'elles reçoivent la même qualité d'information que les femmes nullipares majeures sans distinction d'âge.

Mme NOVES V. retrouve le même désir d'information des adolescents au sens large dans sa thèse d'exercice qualitative qui montre que les adolescents sont demandeur d'information plus approfondies sur les IST et pas seulement sur le VIH (43). Ils sont aussi demandeurs d'adresses réelles de lieux où ils peuvent se rendre anonymement et gratuitement pour parler de la contraception ou pour faire des dépistages. Ils sont également nombreux à rechercher des informations sur internet, il est donc indispensable d'apprendre aux adolescents à faire leur recherche sur des sites adaptés tels que ceux de l'INPES, ou les forums comme questions-ados.inpes.fr. Ces informations doivent être données et répétées lors des séances d'éducation sexuelle à l'école.

D'autres thèses d'exercice confirment aussi ce constat de manque de connaissance du DIU et la demande d'une information claire et répétée sur le DIU des femmes nullipares notamment dans le travail de Mme GALLI S. (68) et celui de Mme RENAULT A. (50).

3.b. Des réticences déjà connues dans l'ensemble

Peu importe les différences d'âge et la maturité sexuelle, il apparait que les réticences sont équivoques entre nos résultats et ceux de la littérature. On ne peut que constater

une persistance des mêmes réticences au fil des années malgré tous les moyens mis en place auprès du grand public pour tenter de rassurer et informer au mieux sur le DIU.
Le DIU reste une **contraception abstraite**, qualifié d'**objet bizarre**. Il est difficile à imaginer pour les adolescentes aussi bien pour sa forme, sa taille et la matière. Elles ont d'ailleurs du mal à trouver les mots pour le décrire oralement du coup elles nous l'ont mimé pour la plupart.
Une des principales réticences exprimées par les adolescentes est son caractère **intrusif** qui les dérange. Cependant nous pouvons tout à fait comprendre qu'en étant au début de sa vie sexuelle et dans une période difficile de transition et d'acceptation de son corps en tant que femme, cela peut paraître prématuré psychologiquement d'introduire un DIU dans l'utérus. C'est à ce niveau que l'instauration d'une relation de confiance avec le professionnel de santé est très importante. Il faut savoir accompagner l'adolescente dans son choix contraceptif en expliquant à plusieurs reprises les différentes méthodes pour la familiariser et lui laisser le temps de la réflexion et d'acceptation de l'idée.
Il serait également intéressant de pouvoir lui montrer en réel un DIU ou un implant pour qu'elle puisse mieux se familiariser avec l'objet. D'ailleurs Mme GAUBERT S. en a fait l'expérience dans sa thèse d'exercice. Elle a évalué l'impact que peut avoir une information orale accompagnée d'une démonstration réelle du DIU sur les opinions des nullipares et elle montre un impact significativement positif. Elles ont tendance à mieux accepter le DIU après avoir vu et touché l'objet (40).

Elles trouvent également le DIU contraignant dans le sens où c'est une **méthode contraceptive dépendante des soignants**. En effet, il faut une consultation particulière avec un professionnel de santé pour la pose et le retrait. Par conséquent, elles ont l'impression de ne pas maitriser leur contraception qu'elles ne peuvent pas arrêter quand elles le veulent. Contrairement à la pilule, en prenant un comprimé tous les jours elles ont l'impression de la maitriser, c'est plus concret, et peuvent décider de l'arrêter à tout moment du jour au lendemain sans l'intervention d'une tierce personne. Elles sont nombreuses à évoquer ce frein. Mais à contrario elles sont aussi nombreuses à dire que la pilule est une contrainte quotidienne avec un horaire à respecter et qu'elles ont souvent des oublis…

Le DIU semble aussi être un **objet effrayant**. Les principales peurs évoquées sont la peur de l'objet lui-même par son caractère abstrait et mal connu. L'idée d'avoir un **corps étranger** dans leur utérus les dérange beaucoup. Elles n'ont « *pas envie d'avoir quelque chose ou un truc dedans* », cette phrase est revenue dans de nombreux entretiens.
Elles ont **peur de le ressentir sur le long terme** ce qui peut être source d'inquiétude pour certaines ou elles ont **peur d'être gênées** dans leur vie quotidienne.
La **peur de la douleur** a également été évoquée à plusieurs reprises, notamment la peur de la douleur au cours de la pose mais aussi du retrait avec une notion de devoir « *désintégrer* » le DIU du corps pour l'enlever, et la peur de la douleur sur le long terme.

D'autres **s'inquiètent des possibles effets indésirables** du DIU comme la peur de ne pas le tolérer, le risque de migration du corps étranger, la peur liée à un manque d'efficacité ou liée aux dysménorrhées possibles. Pour la plupart de ces inquiétudes, elles viennent des réseaux sociaux ou des rumeurs de leur entourage auxquelles les adolescentes accordent beaucoup d'importance. Il ne faut pas oublier qu'il s'agit d'une population facilement influençable avec peu d'expérience et donc peu de discernement.

Au final le principal frein au recours du DIU par les adolescentes est la **méconnaissance voire l'ignorance de ce moyen contraceptif**. Comme nous avons évoqué de nom-

breuses fois dans notre travail, la moitié de nos participantes a su citer le stérilet comme contraception mais elles sont bien moindre à en connaitre les caractéristiques. Ainsi il apparait difficile de choisir une contraception dont on ignore l'existence, le fonctionnement ou l'indication. Elles ne sont que trois à savoir que le DIU est indiqué à leurs âges.

Nous avons eu un nouveau frein non énuméré dans la littérature. Une jeune de 15 ans a évoqué comme seule réticence au choix du DIU, son **non remboursement par la Sécurité Sociale** (elle avait eu cette information de la gynécologue selon ses dires). Cette raison paraît non pertinente venant d'une adolescente de 15 ans d'autant plus qu'il s'agit d'une information erronée car tous les DIU sont délivrés sur ordonnance et remboursés en partie par la Sécurité Sociale. Il y a là une mauvaise information de la part du professionnel de santé à l'origine de ce frein qui peut être évitable.

Mme GAUBERT S. retrouve les mêmes réticences auprès des femmes nullipares de 15 à 24 ans qu'elle a pu interroger lors de sa thèse d'exercice: « contraceptif inenvisageable car abstrait », « inhabituelle », « contraception impressionnante qui fait peur », « expérience négative de l'entourage », « corps étranger gênant », « intrusion dans l'intimité » etc (40).

Il y a d'autres réticences que nous avons retrouvées dans la littérature et qui n'ont pas été citées dans notre étude. En effet aucune de nos adolescentes n'a évoqué comme frein la possible majoration du risque de GEU ou encore le risque de MIP … L'absence de ces freins dans notre étude est sûrement directement liée au jeune âge de nos participantes et à leur manque de connaissance du DIU.

3.c. Des idées reçues négatives ancrées

Les adolescentes adoptent une attitude de retrait vis-à-vis du DIU témoignant d'une réticence psychologique. Elles expriment parfois même du dégoût en évitant de nommer le DIU ou le stérilet mais en le déterminant par le pronom « *ça* ». Ce rejet peut émaner de multiples réticences par la peur de l'objet, la peur de l'inconnu ou la peur de la douleur mais cela peut également découler d'idées fausses, de rumeurs ou d'expériences négatives de l'entourage.

Les travaux de Brown et son équipe sur l'exploration du processus d'adoption du DIU auprès des jeunes femmes utilisant ou ayant utilisé un DIU montrent une réaction initiale souvent négative de prime abord puis vient un certain déclic permettant de surmonter les préoccupations et suscitant l'intérêt (69) ce qui a été le cas avec nos participantes.

Les idées reçues retrouvées dans notre étude sont similaires à celles répertoriées dans la littérature. Une fois de plus, il est frustrant de constater que les moeurs n'ont toujours pas évolué ces dernières années et que les mêmes idées fausses persistent à travers les générations.

Pour les adolescentes, le DIU est une **contraception jugée « finale »** utilisée par les femmes d'un certain âge qui ont atteint leur nombre d'enfant souhaité. Elles sont plusieurs à se dire être **trop jeunes** et sont loin de savoir qu'elles peuvent en bénéficier. Cela rejoint et résume le schéma contraceptif français qui place le DIU en dernière position dans la vie des femmes, lorsqu'elles ont atteint le nombre d'enfants souhaité. Cette idée a été largement retrouvée au travers de différentes thèses d'exercice. Malgré les der-

nières recommandations de l'HAS qui stipulent bien que le DIU est indiqué en première intention chez les adolescentes, ce dernier ne leur est toujours pas présenté.
Aux EU, l'équipe de Hall a exploré sur un campus universitaire les freins à l'utilisation des méthodes LARC par les nullipares et la première raison mise en évidence est le manque de connaissance (70).

Elles font aussi l'amalgame entre l'appellation « stérilet » et la stérilité en pensant que le DIU peut avoir une répercussion sur leur fertilité en les **rendant stérile**. Pour une de nos participantes, cette idée fausse vient de sa mère. Il convient de poursuivre l'information en utilisant l'appellation « dispositif intra-utérin » et non « stérilet » qui peut être vectrice d'idée fausse.

Parfois les expériences négatives de l'entourage peuvent entrainer de fausses croyances. En effet, pour une des participantes, une proche lui a parlé du retrait comme un moment insupportable et affreusement douloureux parce qu'il fallait « *désintégrer* » le DIU du corps. Il est vrai que la pose et le retrait peuvent être plus douloureux chez les nullipares comme nous avons vu mais chaque personne est différente et perçoit la douleur différemment. De plus, ce n'est pas lié à l'âge mais à la parité. A cause des amplifications des expériences négatives, les fausses croyances sur la « douleur insupportable de la pose et du retrait » perdurent.

Par ailleurs nous avons mis en évidence d'autres idées fausses que nous n'avons pas retrouvées dans les études menées chez les nullipares plus âgées. Une des participantes s'inquiète de **pouvoir enlever son DIU elle-même** comme un tampon hygiénique, une autre pense qu'il faut une **anesthésie générale** pour poser un DIU et une dernière redoute une possible **surcharge en hormone** en utilisant le DIU hormonal. Une fois de plus il apparait que les idées fausses véhiculées par ces jeunes filles sont toutes évitables en leur donnant une information claire, précise, adaptée et répétée.
L'étude menée par Moreau et Al en France montre que les chances d'utiliser un DIU sont significativement plus basses chez les femmes ayant des idées fausses (71).

Enfin, elles ignorent quasiment toutes que la pose d'un DIU peut se faire par le médecin généraliste au cabinet le temps d'une consultation, tout comme le retrait. Elles sont plusieurs à être agréablement surprise de l'apprendre car cela leur évite « d'aller chez la gynéco » ce qui les effraie. Une fois encore cette idée reçue est souvent véhiculée par la mère qui pour la plupart de nos participantes a eu comme premier réflexe d'aller consulter un gynécologue avec leur fille pour parler de la contraception sans penser au médecin traitant. Le rôle du médecin traitant généraliste dans la question de la contraception des jeunes filles est mal connu.

Ainsi, toutes ces perceptions négatives faussement fondées constituent des réelles barrières aux adolescentes dans leur adoption du DIU. Cependant ce sont des fausses croyances facilement réversibles par l'information et la connaissance. Une fois encore on met en avant l'importance d'une information claire, adaptée et répétée pour amener une prise de conscience et espérer un déclic entrainant leur choix du DIU.
D'ailleurs elles sont plusieurs à envisager le DIU comme une contraception future et nous avons réussi à susciter l'intérêt chez plusieurs de nos participantes après discussion avec elles.

Nos observations sont en accord avec les études CHOICE et FLEMING et bien d'autres travaux qui montrent que les femmes sont nettement plus intéressées par le DIU après avoir obtenu une information complète (6,41). De même, l'étude quantitative américaine

menée par l'équipe de Whitaker évalue l'opinion des jeunes femmes de 14 à 24 ans avant et après une intervention de trois minutes. 37,5% des femmes ayant déjà entendu parler du DIU avant l'étude ont une opinion positive contre 64,3% après l'intervention. Ils en ont conclu que les craintes pouvaient facilement être levées après réassurance et explications précises (72).
Mais c'est aussi un travail titanesque de longue haleine car ces représentations sont ancrées dans la pensée collective et donc difficilement accessibles aux changements.

4- Le DIU: les motivations

Il est vrai que comparativement aux autres études menées chez les femmes plus âgées nous avons retrouvé peu de raisons positives pour motiver le choix du DIU. Il est possible que ce manque d'argument découle directement de leurs méconnaissances et du fait qu'elles ignorent qu'elles peuvent en bénéficier plutôt que de leur jeune âge en lui-même.

Le **gain de temps** et son coté **pratique** sont les principales motivations retrouvées. Elles sont nombreuses à évoquer le caractère contraignant de la pilule à prendre au quotidien et de devoir toujours y penser. L'avantage du DIU est qu'une fois en place elles n'ont plus besoin de s'en soucier. Dans l'étude qualitative de Mme GALLI S. les participantes nullipares majeures interrogées ont associé le DIU à « la liberté » (68). De même dans une autre étude française de 2014 réalisée auprès de 153 patientes sur la sexualité et le choix de la contraception, la principale motivation dans leur choix du type contraceptif est la facilité d'utilisation pour 48% des femmes (73).

La seule utilisatrice du DIU dans notre étude le qualifie même à plusieurs reprises de « **génial** ».

Contrairement à la littérature, nos participantes n'ont pas fait allusion à la recherche du « sans hormone » ou « d'une contraception naturelle ». Il semblerait que la prise d'hormone ne les gène pas, bien au contraire elles sont souvent demandeuses d'une contraception pouvant aider à régulariser leur cycle menstruel. Ainsi la question des hormones ne semble pas les préoccuper contrairement aux femmes plus âgées, comme mis en évidence dans l'étude française Baromètre Santé de 2016 (2,25,26). Suite à la polémique médiatique de la pilule en 2012, l'étude a montré un net changement des pratiques contraceptives des femmes de plus de 25 ans qui délaissent en grand nombre la pilule au profit du DIU au cuivre pour les plus diplômées et des méthodes dites naturelles pour les autres car elles rejettent la prise d'hormone. D'ailleurs c'est une des raisons principales du recours au DIU dans l'étude qualitative de Mme GALLI : le désir du retour vers le naturel exprimé par les participantes (68).
Il semble donc que les premières préoccupations diffèrent selon l'âge et ont un impact sur le choix de la méthode contraceptive : régulariser les cycles menstruels pour les plus jeunes versus le retour au naturel sans hormone pour les plus âgées.

De plus, les adolescentes de notre étude paraissent peu préoccupées par les effets indésirables de la pilule et du DIU probablement par défaut de connaissance et manque d'expérience.
Contrairement aux motivations retrouvées dans la littérature, nos participantes n'ont pas évoqué le caractère discret du DIU, ni son avantage financier mais cela nous semble évident de la part d'adolescentes dépendantes financièrement de leur parent. L'avantage de la longue durée d'action n'a pas non plus été évoqué.

Finalement, la majorité de nos adolescentes ne s'est jamais posé la question du DIU et donc n'a pas réfléchi aux possibles avantages car elles ne savent pas qu'elles peuvent en bénéficier ce qui explique le peu d'argument positif en faveur du DIU dans notre étude.

5- Le constat : un réel manque d'information des professionnels de santé

Les cours d'éducation sexuelle assurés au collège et/ou au lycée sont la principale source d'information sur la contraception d'après les déclarations de nos adolescentes. En deuxième position on retrouve le milieu familial principalement la mère ou la grande soeur puis les amies et ensuite les réseaux sociaux. Le milieu médical arrive en dernière position comme source d'information…

Les professionnels de santé cités sont la gynécologue puis quelques médecins généralistes et le CPEF pour une de nos participantes. Les infirmières scolaires n'ont pas été citées.

Dans l'étude Baromètre Santé de 2016 (26), il apparait que ce sont principalement les femmes cadres qui consultent les gynécologues alors que les femmes d'un milieu social moins élevé ont plutôt recours au médecin généraliste. Dans notre étude, les adolescentes ont quasiment toutes eu recours à une gynécologue sous les conseils de leur mère, peu importe la classe sociale. Elles ne sont que deux à s'être renseignées auprès de leur médecin généraliste.

Le rôle du médecin généraliste en matière de contraception est mal connu d'après notre étude. En effet, nos participantes ignorent qu'elles peuvent faire leur suivi gynécologique avec leur médecin traitant.
La faute en revient sûrement aux médecins généralistes qui ne font pas forcément le premier pas en abordant le sujet de la contraception avec leur jeunes patientes. Pourtant, il existe une consultation dédiée, cotée CCP revalorisée et prise en charge à 100%, de 46 euros, depuis le 1er Novembre 2017 pour justement motiver et impliquer les médecins généralistes dans la prévention des IST et la contraception auprès des jeunes filles de 15 à 19 ans (28). Cette nouvelle consultation a été créée pour palier au problème de manque de temps des médecins généralistes mais visiblement il subsiste d'autres freins à l'information des soignants aux adolescentes sur la contraception.

L'étude FECOND de 2013 montre que 41% des gynécologues et 43% des médecins généralistes considèrent que le DIU n'est pas indiqué chez les nullipares (25). Elle montre également une surestimation des complications persistantes telles que le risque de GEU ou le risque d'infection pelvienne. Cela est d'ailleurs revu dans une étude canadienne qui montre que 60% des médecins généralistes pensent que les MIP et les GEU sont des risques majeurs du DIU et ils sont 79% à ne pas recommander le DIU aux patientes nullipares (74). Pourtant nous avons vu au début de ce travail que de nombreuses études n'ont pas retenu de majoration de risque de GEU ou de MIP suite à l'utilisation d'un DIU quelque soit la parité (14,51,52,53).
Ainsi il se peut que les préjugés, les fausses croyances ou les méconnaissances des soignants eux-mêmes bloquent l'information.

Une de nos participantes a évoqué comme seul frein pour son choix du DIU comme moyen contraceptif, son non remboursement, information reçue de sa gynécologue qui est fausse. C'est un parfait exemple montrant que les préjugés et les réticences propres

des professionnels de santé peuvent parfois entrainer une non information ou une désinformation pouvant porter préjudice au DIU.

De même, Mme RENAUD montre dans son étude quantitative, que seulement un tiers des femmes nullipares interrogées a reçu une information sur le DIU de la part d'un professionnel de santé et seulement 37% s'estiment être bien informées (50). Ces chiffres sont similaires à ceux de l'étude de Mme CHANZY-WAROQUET qui montre également que le manque d'information de la part des professionnels de santé est le principal frein au choix du DIU. Elle met en évidence qu'une information centrée sur le DIU augmente significativement l'opinion positive (45).

Mme GALLI constate au travers de sa thèse d'exercice que le DIU est proposé par les professionnels de santé seulement en cas de contre-indication de la pilule ou en dernière option après essai des autres méthodes contraceptives (68). De même pour Mme REYNIER qui a interrogé cent médecins généralistes, 76% déclarent ne pas proposer le DIU aux femmes nullipares en première intention (75).

Il est consternant de constater que les réticences des professionnels de santé l'emportent sur la validité scientifique des multiples études disponibles mais aussi sur les recommandations de l'HAS dont les dernières de 2019 stipulent clairement l'indication du DIU chez les adolescentes. D'autant plus que les patientes sont demandeuses d'information comme nous l'ont montré les adolescentes de notre étude.

Parallèlement, il est vrai que les 15 à 18 ans sont une population peu fréquente dans les cabinets médicaux ce qui rend difficile la diffusion de l'information sur la contraception pour les professionnels de santé car les occasions sont rares. En effet les adolescents représentent seulement 2,4% des consultations en médecine générale (25). De plus, d'après une étude de l'INPES, 74% des jeunes ne pensent pas pouvoir confier leurs problèmes personnels à leur médecin traitant (76). Il a aussi été montré dans plusieurs études que les adolescents préfèrent que ce soit le médecin généraliste qui fasse le premier pas pour aborder la sexualité ou la contraception (77,78). Toutes ces caractéristiques constituent un frein supplémentaire à l'instauration d'une relation de confiance entre les adolescentes et les soignants et limite la diffusion de l'information. Il convient de trouver ou de forcer les occasions pour aborder le sujet de la contraception lorsqu'une adolescente est vue en consultation par son médecin généraliste peu importe le motif initial.

C- Les propositions pour l'avenir

D'après notre analyse, il nous apparait clairement que l'un des principaux freins au non recours au DIU par les adolescentes est la méconnaissance. Elles ne savent pas, pour la majorité, qu'elles peuvent en bénéficier. Certaines sont capables de le citer sous l'appellation de « stérilet » mais elles n'en connaissent pas les caractéristiques, les indications ni sa représentation. Ce frein peut venir directement des soignants qui n'informent pas les adolescentes sur le DIU et de son option possible comme méthode contraceptive à cause de leur propres réticences personnelles ou propres méconnaissances. Mais il peut également être la conséquence de la faible fréquentation des cabinets médicaux par cette tranche d'âge rendant rares et difficiles les occasions pour aborder la question de la contraception avec ces jeunes femmes.

Pour essayer de palier à ce cruel manque d'information entre les soignants et les adolescentes sur le DIU nous proposons quelques solutions.

1- Mise en place d'évaluation post cours d'éducation sexuelle

Comme nous avons vu précédemment, nos participantes ont toutes cité les cours d'éducation sexuelle comme première source d'information. Les séances ont été reçues au collège ou au lycée à la fréquence d'une par an au minimum alors que la loi en prévoit trois par an de la primaire au lycée. Certaines ont de très bons souvenirs et de très bons acquis sur la contraception suite à ces cours et d'autres beaucoup moins soit par biais de mémorisation, biais d'information ou par simple désintérêt du sujet.
Actuellement il est difficile d'évaluer la pertinence des informations délivrées lors de ces cours d'autant plus que les contenus et l'organisation sont libres à chaque structure.

Ainsi pour rendre plus pertinente l'information et contrôler sa qualité nous proposons la mise en place d'évaluations systématiques. Cela obligerait aussi bien les élèves filles que les garçons à s'investir et de prendre plus au sérieux les informations données.

Il faudrait aussi revoir la place des cours d'éducation sexuelle dans le programme scolaire en les intégrant d'avantage et de plus en plus tôt comme le stipule la loi. En effet la moyenne d'âge du premier rapport sexuel évolue: dans la littérature nous avons retrouvé une moyenne d'âge à 17 ans tandis que dans notre étude elle est de 15,5 ans. Il semble important et judicieux que les adolescents aient déjà reçu des séances d'éducation sexuelle au collège avant leur premier rapport sexuel.
Les garçons sont autant concernés que les filles dans la question de la contraception sauf qu'ils sont souvent laissés un peu de côté comme ont pu le montrer Mr CARON et Mme VILTART dans leur thèse d'exercice « L'abord de la santé sexuelle des adolescents garçons en médecine générale » (79). Ainsi la mise en place de ces évaluations les obligeront à s'investir.

2- Profiter de la vaccination contre le *Papillomavirus* comme occasion pour parler de la contraception

Les occasions sont rares pour voir les adolescentes en consultation en médecine générale rendant difficiles les moments opportuns pour aborder le sujet de la contraception d'autant plus qu'elles sont généralement accompagnées d'un parent.
Plusieurs études ont mis en avant que les femmes nullipares attendent et préfèrent que ce soit le professionnel de santé qui aborde le sujet en premier. C'est donc aux soignants de trouver les occasions.

Nous pouvons proposer le moment de la présentation du vaccin contre le *Papillomavirus* aux jeunes filles de 11 à 14 ans pour commencer à aborder le sujet de la contraception. La situation parait la plus adaptée d'autant plus que cela concerne les filles de 11 à 14 ans soit la période avant le possible premier rapport sexuel. Le médecin généraliste peut profiter de ce moment pour commencer à créer une relation de confiance avec l'adolescente et l'amener à commencer à réfléchir à la question. Il est aussi important qu'il affirme sa capacité à suivre l'adolescente tout au long de sa vie contraceptive et pas seulement le/la gynécologue.

3- Obligation d'information exhaustive sur la contraception y compris sur le DIU de la part des professionnels de santé

Tout professionnel de santé se doit de donner une information exhaustive, claire et complète de tous les moyens contraceptifs aux adolescentes et pas seulement sur la pilule.
Malheureusement la mise en place de la consultation dédiée cotée CCP en 2017 n'a pas permis d'améliorer le manque d'information des femmes nullipares. Elles sont encore bien trop nombreuses à ignorer l'indication du DIU, majeures comme mineures. Il persiste un défaut d'information des soignants sur le DIU laissant perdurer les fausses croyances populaires au fil des années.

Depuis Janvier 2021, la CPAM envoie un courrier aux jeunes femmes de 25 ans pour les inviter à consulter leur médecin pour réaliser un frottis cervico-utérin dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus. Elle pourrait faire un courrier similaire aux adolescentes de 15 ans en les invitant à consulter leur médecin pour discuter de la contraception tout en les informant qu'il s'agit d'une consultation dédiée prise en charge à 100%.

Auparavant, il y avait de nombreux visiteurs médicaux dans les cabinets qui laissaient aux soignants des goddies tels que des plaquettes d'information ou des objets de démonstrations notamment en matière de contraception. Cela permettait aux médecins d'avoir des supports pour faciliter les explications mais une loi a sévèrement restreint ces avantages.
La CPAM pourrait adresser à chaque médecin une fois par an une plaquette démonstrative et complète présentant tous les moyens contraceptifs, adaptée aux dernières recommandations. Cela servirait de support aux soignants pour assurer une information exhaustive et complète sans écarter le DIU. D'autant plus que l'étude de Mme GAUBERT (40) montre l'impact significativement positif d'une démonstration visuelle sur l'opinion des femmes nullipares de 15 à 24 ans à propos du DIU.

Il serait également intéressant de renforcer le rôle des infirmières scolaires qui sont au plus proche des adolescentes. Elles ont d'avantage l'occasion de les recevoir seules ce qui facilite les échanges. De plus, elles ont souvent la position de confidente où la relation de confiance est déjà ancrée. Ainsi les IDE scolaires peuvent jouer un rôle central dans la diffusion de l'information sur la contraception et notamment le DIU auprès des jeunes femmes.

4- Ateliers de formation de pose de DIU facilités aux médecins généralistes

Bien souvent, il a été montré que les médecins généralistes ne parlaient pas du DIU aux nullipares par défaut de pratique et peur de la pose. Il existe de nombreuses formations théoriques sur la gynécologie pour les médecins généralistes mais il est difficile de trouver des formations pratiques surtout pour l'entrainement à la pose d'un DIU.
De plus, la maquette des stages pour l'internat de médecine générale des promotions antérieures à 2017 ne présentait pas de semestre obligatoire en gynécologie empêchant la formation de nombreux internes aujourd'hui médecins.
De plus en plus de médecins généralistes se tournent vers la gynécologie volontairement ou par devoir suite à la baisse du nombre de gynécologue de ville d'une part entraînant des déserts médicaux en gynécologue dans certaines régions mais aussi suite aux trop fortes patientèles empêchant la prise de nouveaux patients ou proposant des délais trop longs.

Ainsi il serait intéressant et judicieux de mettre en place des ateliers de formations centrés sur la pose de DIU adressés aux médecins généralistes. Ces ateliers pourraient être organisés localement par un gynécologue, en petit groupe, avec des mannequins à disposition permettant la mise en situation de pose de DIU, tout en ayant un accès d'inscription facilité et entrant dans le cadre des DPC.

5- Compléter l'étude par une étude quantitative avec un plus grand échantillon

Cela peut être intéressant de compléter notre étude en réalisant une étude quantitative avec la même question de recherche principale afin d'avoir un échantillon plus important pour être plus représentatif de la population générale.
On peut s'inspirer de nos résultats pour réaliser le questionnaire et laisser un item libre pour les nouvelles idées non évoquées par nos participantes.

Il serait également intéressant de faire une étude auprès des adolescentes sur leurs préférences, opinions et représentations entre le DIU et l'implant. En effet, plusieurs de nos participantes ont montré un intérêt plus prononcé pour l'implant. Cette autre méthode de longue durée d'action semble mieux acceptée et plus facilement envisageable comme ont pu nous faire comprendre certaines adolescentes. Ainsi cela peut être enrichissant de faire cette comparaison d'autant plus que l'implant peut également être une solution pour essayer de diminuer le risque de survenue de grossesse non désirée chez les adolescentes.
D'ailleurs l'étude CHOICE menée aux EU auprès d'adolescentes montre que 75% ont choisi une méthode LARC après un counseling dont 64% des 14 à 17 ans ont choisi l'implant et 61% des 18 à 20 ans le DIU.

CONCLUSION

Aujourd'hui encore le paradoxe français sur la contraception persiste : la France est l'un des pays ayant la meilleure couverture contraceptive mais elle conserve un taux élevé d'IVG notamment chez les jeunes femmes et les adolescentes. Le schéma contraceptif reste le même depuis plus de dix années à savoir le recours au préservatif masculin au début de la vie sexuelle puis l'utilisation de la pilule et enfin le DIU lorsque le nombre d'enfants souhaité est atteint. Pourtant les dernières recommandations de l'HAS de 2019 stipulent clairement que le DIU (surtout celui au cuivre) est indiqué en première intention chez les adolescentes, d'ailleurs il existe des formes « short » adaptées aux femmes nullipares. En outre l'âge moyen du premier rapport sexuel en France est de 17 ans et l'âge moyen du premier enfant désiré est de 29 ans ce qui laisse près de douze années de nulliparité à couvrir par une méthode contraceptive efficace, dont l'utilisation des méthodes LARC telle que le DIU semble adapté pour réduire au mieux le risque de survenue de grossesses non désirées.

C'est suite à ce constat que nous avons décidé de nous intéresser aux freins et aux motivations exprimés par les adolescentes à l'utilisation du DIU comme moyen contraceptif.

Nous avons retrouvé de nombreux freins similaires à ceux évoqués dans la littérature dont le principal est le manque d'information et de connaissances. Elles sont nombreuses à savoir citer le « stérilet » pour au final ne pas en connaître les caractéristiques, les indications ni les représentations. Elles sont bien loin, pour la majorité, de savoir qu'elles peuvent en bénéficier.
L'autre principal frein exprimé est motivé par les différentes peurs que suscite le DIU : la peur de l'objet lui-même qui est bizarre, difficile à s'imaginer, vécu comme trop intrusif qu'il faut « *mettre dans le corps ou dedans* », la peur du corps étranger qui est une idée dérangeante d'avoir « *quelque chose ou un truc* », la peur de la douleur que ce soit au moment de la pose, du retrait ou sur le long terme et de l'inquiétude possible suite au moindre ressenti, ou la peur d'être gênée au long court. Il y a également la peur de l'inconnu car c'est une contraception inconnue pour elles. Elles ne connaissent pas l'emplacement exact, la durée d'action, le mécanisme… Toutes ces peurs et méconnaissances suscitent une première réaction négative chez nos adolescentes qui parfois éprouvent du dégoût et n'osent pas prononcer le mot « stérilet » mais emploient le pronom « *ça* ».
L'utilisation du DIU nécessitant l'intervention d'un soignant notamment pour la pose et le retrait, cette « contrainte » évoquée par les adolescentes constitue un autre frein. Elles sont nombreuses à exprimer leur besoin de maitriser leur contraception et de pouvoir l'arrêter quand elles le veulent. Le fait de prendre un comprimé de pilule tous les jours leur donne l'impression de maitriser leur contraception et apparaît plus concret contrairement au DIU.
Ensuite un autre frein encore exprimé fait référence aux possibles effets secondaires qui peuvent les effrayer mais elles sont moins nombreuses à les évoquer que les femmes majeures de la littérature, certainement à cause de leurs méconnaissances : peur de migration du corps étranger, peur de non efficacité, peur des dysménorrhées et peur de mauvaise tolérance. Contrairement à la littérature, aucune n'a évoqué la crainte de majoration du risque de GEU ou de MIP qui est un frein souvent retrouvé dans les autres études.
Nous avons également fait le triste constat de la persistance des idées fausses et rumeurs à propos du DIU au fil des générations entrainant des réticences majeures à son utilisation telles que : impossibilité pour les femmes nullipares, elles sont trop jeunes, perçu comme une contraception « finale » de dernier recours lorsque les femmes ont atteint

leur nombre d'enfants souhaité et ayant déjà un certain âge, nécessité d'une anesthésie générale pour la pose, retrait du DIU possible soi-même comme un tampon hygiénique, retrait insupportable car il faut « *désintégrer* » le DIU du corps, il rend stérile, ou encore possible risque de surcharge en hormones néfaste pour le corps en utilisant le DIU hormonal…

En parallèle nous avons dégagé quelques motivations exprimées par les adolescentes mais qui sont bien moins présentes que les freins. Celles évoquées sont le côté pratique du DIU qui ne présente aucune contrainte quotidienne à l'inverse de la pilule (dont elles reconnaissent avoir plusieurs oublis suite à la contrainte de la prise quotidienne mais c'est insuffisant pour qu'elles la remettent en cause). Elles trouvent également que l'utilisation du DIU entraine un gain de temps et il a été qualifié de « génial » à plusieurs reprises par une de nos participantes. Le côté avantageux du « sans hormone » n'a pas été évoqué dans notre étude contrairement à la littérature probablement parce que les adolescentes ne s'inquiètent pas encore de la prise d'hormones. Bien au contraire elles sont souvent demandeuses de la pilule pour régulariser leur cycle menstruel sans se soucier du côté hormonal. Il semble donc que les motivations principales dans le choix de la méthode contraceptive évoluent avec l'âge : les adolescentes s'inquiètent de réguler leur cycle menstruel tandis que les femmes plus âgées notamment après 25 ans recherchent le « sans hormone et le naturel ».

Nous avons mis en évidence que le frein principal vient du cruel manque d'information et de connaissances des adolescentes. Il est difficile d'envisager une méthode contraceptive lorsqu'on ignore que l'on peut en bénéficier… Elles ont toutes cité les cours d'éducation sexuelle comme première source d'information sur la contraception tandis que les soignants ont été cité en dernier. Ils se doivent de leur transmettre la même qualité d'information qu'ils donnent aux femmes plus âgées. Or nous avons vu que les adolescentes consultent rarement les cabinets médicaux et attendent souvent que ce soient les professionnels de santé qui abordent le sujet en premier. Ainsi c'est aux soignants de créer les occasions. Nous proposons de profiter du moment de la présentation du vaccin contre le *Papillomavirus* pour amener le sujet de la contraception d'autant plus que cela concerne les jeunes femmes de 11 à 14 ans soit la période avant leur possible premier rapport sexuel dont l'âge moyen de notre étude est 15,5 ans, inférieur à celui retrouvé dans la littérature.
Parfois le manque d'information des professionnels de santé vient de leurs propres réticences et/ou méconnaissances. Ainsi nous proposons la mise en place d'ateliers de formation pratique à la pose et au retrait de DIU réservés aux médecins généralistes avec un accès d'inscription facilité et entrant dans le cadre des DPC. Nous proposons également que la CPAM adresse un courrier aux adolescentes pour les motiver à consulter leur médecin traitant pour discuter de la contraception au même titre qu'elle adresse depuis début 2021 un courrier aux femmes de 25 ans les invitant à consulter pour le dépistage du cancer du col de l'utérus. Il serait également intéressant que la CPAM adresse annuellement aux soignants des plaquettes d'information et des outils permettant la démonstration des différentes méthodes contraceptives pour assurer une information complète et exhaustive.
En parallèle, sachant que les cours d'éducation sexuelle sont la première source d'informations sur la contraception pour les adolescentes, il est important que l'information donnée soit de qualité, adaptée et contrôlée. Ainsi, nous proposons la mise en place d'évaluation systématique pour obliger les adolescents filles et garçons, à s'investir et pour rendre l'information plus sérieuse et pertinente. D'autant plus que nous avons montré que les adolescentes sont demandeuses d'information. A l'heure où internet et les réseaux sociaux occupent une place centrale dans la vie des adolescents au sens général,

il est indispensable de profiter de ces séances d'éducation sexuelle pour leur communiquer les sites internets adaptés de l'INPES tels que www.choisirsacontraception.fr ou www.macontraception.fr pour qu'ils puissent faire leurs propres recherches personnelles.

Ainsi l'espoir de faire changer les fausses croyances populaires et lutter contre les méconnaissances en vue de faire enfin accepter le DIU chez nos patientes les plus jeunes repose sur la diffusion d'une information claire, exhaustive et répétée dès leur plus jeune âge. Il est vital de faire tomber les barrières dues aux nombreuses réticences qui sont souvent évitables par l'information. L'équipe de Brown a décrit la prise de conscience comme première étape du processus d'adoption. Cela montre l'importance d'une information précoce et adaptée pour initier la réflexion sur le DIU dès l'adolescence et pour leur donner toutes les armes pour qu'elles puissent choisir leur méthode contraceptive adaptée. Elles sont nombreuses à avoir une prescription de pilule immédiate sans discussion ni présentation des autres méthodes laissant l'impression d'une pilule par défaut, de même qu'elles sont nombreuses à consulter pour « avoir la pilule » et non pour « avoir une contraception » et bien souvent pour faire « comme tout le monde » laissant l'impression d'un effet de mode de la pilule. Or, elles sont aussi nombreuses à évoquer des oublis de pilule fréquents dûs à la contrainte de la prise quotidienne. C'est suite à toutes ces constatations que les méthodes LARC telles que le DIU semblent la solution idéale pour cette jeune population dont on doit assurer douze années de nulliparité. La diffusion des méthodes LARC chez les adolescentes et les moins de 25 ans apparait comme la solution pour diminuer le risque de survenue de grossesse non désirée et donc d'IVG qui reste un des enjeux actuels de Santé Publique en France.



PARTIE 5 : BIBLIOGRAPHIE

[1] Beck F, Richard J-B. Pratiques contraceptives des jeunes femmes de moins de 30 ans -Baromètre Santé 2010 [En ligne]. INPES; 2010 [page consultée le 12/01/20]. Disponible sur : https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-2010?fbclid=IwAR2-hx-TAHmQzwqKhnghFb31CE-UU-JnnXY-rnfSsvlOZ5VamUdaNFQE4vw4

[2] Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C et al. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques? [En ligne]. Ined; 2012; Numéro 492 [page consultée le 12/01/20]. Disponible sur : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19160/pes492.fr.pdf

[3] Bajos N, Rahib D, Lydié N. Genre et sexualité. D'une décennie à l'autre. Baromètre santé 2016. Saint-Maurice: Santé publique France; 2018; p6.

[4] Jousselme C, Hassler C, Cosquer M. Portraits d'adolescents - Enquète épidémiologique multicentrique en milieu scolaire en 2013 [En ligne]. INSERM; 2013 [page consultée le 12/01/20]. Disponible sur : https://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2015/03/Portraits-dadolescents-mars-2015-1.pdf?fbclid=IwAR3WZDOi4MndLGa14gK0ImthquDGBStaYvPSoTaHizKJEF9UGMjHzTzriC4

[5] Beck F, Richard J-B. Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre Santé 2010 [En ligne]. INPES; 2010 [page consultée le 12/01/20]. Disponible sur : http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1452.pdf

[6] Secura G, Madden T et al. Provision of No-cost, Long-acting Contraception and Teenage pregnancy. The New England Journal of Medicine 2014;vol(371):1316-1323. DOI : 10.1056/NEJMoa1400506

[7] Comité d'expert Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Contraception (texte court) [En ligne]. CNGOF; 2018 [page consultée le 20/01/20]. Disponible sur : http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/apercu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2018%252FCNGOF_RPC_2018-CONTRACEPTION.pdf&i=21002

[8] Moreau C, Desfrères J, Bajos N. Circonstances des échecs et prescription contraceptive post-IVG : analyse des trajectoires contraceptives autour de l'IVG. Revue française des affaires sociales. 2011;vol(1):148-161.

[9] Lelong N, Moreau C, Kaminski M et al. Prise en charge de l'IVG en France : Résultats de l'enquête COCON. Journal de gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2005;vol(34):53-61. DOI: JGYN-02-2005-34-1-C1-0368-2315-101019-ART10

[10] Secure GN, Madden T, et al. Provision of no-cost, long-acting contraception and teenage pregnancy. The England Journal of Medicine; Octobre; 2014;vol(371):1316-1323. DOI : 10.1056/NEJMoa1400506

[11] Winner B, Peipert JF, et al. Effectiveness of long-acting reversible contraception. Pubmed; Mai 2012;366(21):1998-2007. DOI : 10.1056/NEJMoa1110855.

[12] Haute Autorité de Santé. Fiche Memo : Contraception chez l'adolescente [En ligne]. HAS; 2019 [page consultée le 20/01/20]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraceptionfadulte-procreer-060215.pdf

[13] Bajos N, Moreau C. Etude FECOND 2010 [En ligne]. INED; 2010 [page consultée le 20/01/20]. Disponible sur : http://nesstar.ined.fr/webview/?v=2&study=http%3A%2F%2Fnesstar.ined.fr%3A80%2Fobj%2FfStudy%2FIE0233A&mode=documentation&submode=ddi&node=0&top=yes

[14] Navarria I, Julen O, Narring F, Yaron F. Un nouveau regard sur la contraception des adolescentes : pourquoi prescrire un dispositif intra-utérin en première intention ? Revue Médicale Suisse; 2015; vol(11):78-81.

[15] Fleming K, Sokoloff A. Raine Attitudes and beliefs about the intrauterine device among teenagers and young women. Contraception; 2010;vol(82).

[16] Assurance Maladie. La contraception par stérilet ou dispositif intra-utérin (DIU) [En ligne]. ameli.fr; 2019 [page consultée le 16/01/20]. Disponible sur : https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/contraception/contraception-sterilet

[17] Serfaty D. Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique. Les dispositifs intra-utérins. CNGOF; 2000 Nov;vol(XXIV):281-306.

[18] Samuel Remérand. Bref historique de la contraception [En ligne]. Académie de Poitier; 2004. [page consultée le 4/02/20]. Disponible sur : http://ww3.ac-poitiers.fr/svt/activite/s-remerand/Contracep/contracep.HTM

[19] Cavaro-Aschehoug G. Dispositifs intra-utérins : Historique et analyse de leurs représentations par la réalisation d'un focus groupe de médecins généralistes [Thèse de médecine]. Nantes: 2007; n°47.

[20] Sophie Chauveau, « Les espoirs déçus de la loi Neuwirth », *Clio. Histoire, femmes et sociétés.* 2003; vol(18):223-239.

[21] Code de la Santé Publique. Article L5134-1(version à jour au 26/01/16).

[22] Code de la Santé Publique. Loi n° 2009-879(version à jour au 22/07/09).

[23] Ordre des Sages-femmes. Suivi gynécologique et contraception [Internet]. Conseil National; 2009. [page consultée le 4/02/20]. Disponible sur : http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/le-suivi-gynecologique-de-prevention-et-les-consultations-en-matiere-de-contraception/

[24] Haute Autorité de Santé. Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles [En ligne]. HAS; 2013 [page consultée le 4/02/20]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf

[25] Rahib D., Le Guen M, Lydie N. Baromètre santé 2016. Contraception : quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent [En ligne]. Santé publique France; 2017 [page consultée le 12/01/20]. Disponible sur : http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1806.pdf

[26] Bajos N, Rouzaud M, Panjo H, l'équipe Fecond et al. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? . Population et Sociétés. 2014 Mai;vol(511):1-4.

[27] Haute Autorité de Santé. Fiche Memo : Contraception chez l'adolescente [En ligne]. HAS; 2019 [page consultée le 20/02/20]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraceptionfadulte-procreer-060215.pdf

[28] MG france. La consultation à 46 euros chez le médecin généraliste, c'est MG France [En ligne]. MG France; 2016 [page consultée le 20/02/20]. Disponible sur : https://www.mgfrance.org/index.php/actualite/profession/1414-la-consultation-a-46-euros-chez-le-medecin-generaliste-c-est-mg-france

[29] Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Choisir sa contraception [En ligne]. Santé Publique France; 2020 [page consultée le 20/02/20]. Disponible sur : https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/documents/brochure/choisir-sa-contraception

[30] Aubin C, Jourdain D, Chambaud L. Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des IVG suite à la loi du 4 Juillet 2001 [En ligne]. Rapport IGAS; 2009 [page consultée le 12/01/20]. Disponible sur : https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/104000047.pdf

[31] Organisation Mondiale de la Santé. Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives [En ligne]. Organisation Mondiale de la Santé; 2015. [page consultée le 3/03/20]. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249591/9789242549157-fre.pdf

[32] Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare Clinical Effectiveness Unit. FSRH Clinical Guideline : Intrauterine contraception (April 2015, amended September 2019). FSRH; 2019 Sept:vol(2):3-31.

[33] American College of Obstetricians and Gynecologists. Long-acting reversible contraception : implants and intrauterine devices. ACOG; 2017 Nov;vol(186).

[34] Black A. Consensus canadien sur la contraception (partie 3 de 4) chapitre 7 - contraception intra-utérine. JOGC; 2019;vol(41). DOI : https://doi.org/10.1016/j.jogc.2019.02.124

[35] Direction de la recherche, de l'étude, de l'évaluation et des statistiques. 224 300 interruption volontaire de grossesse en 2018. DREES; 2019 Sept;vol(1125).

[36] Pueyo S, Zelechowski S. Rapport d'activité 2017 du centre de planification et d'éducation familiale de Bayonne. Bayonne: CPEF du Centre hospitalier de la côte basque; 2017.

[37] Institut national d'études démographiques. La contraception dans le monde (2011) [En ligne]. INED; 2014 [page consultée le 10/03/20]. Disponible sur : https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/la-contraception-dans-le-monde/

[38] Organisation mondiale de la Santé. La grossesse chez les adolescentes [En ligne]. OMS; 2020. [page consultée le 10/03/20]. Disponible sur : https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy

[39] Moreau C, Bohet A, Ringa V, Hassoun D, Bajos N. IUD use in France: A cross analysis of users and prescribers perspectives. Contraception. 2014;89(1):9-16. DOI : 10.1016/j.contraception.2013.10.003

[40] Gaubert Stéphanie. Impact d'une information sur les représentations, croyances et opinions du DIU : étude qualitative auprès d'adolescentes et jeunes femmes nullipares de 15-24 ans [Thèse de médecine]. Montpellier: 2017.

[41] Du Mesnil Du Buisson Tristant. Connaissances et réticences à l'utilisation du DIU : enquête descriptive auprès de 150 patientes consultant un CHU parisien et le CPEF de Provins [Thèse de médecine]. Paris: 2014.

[42] Bharadwaj P, et al. Determinants of long-acting reversible contraceptive (LARC) use by adolescent girls and young women. Our j Contract Reprod Health Care; 2012;17(4): 298-306.

[43] Noves Valérie. Sexualité et contraception : le point de vue des adolescents. Etude qualitative auprès de collégiens et de lycéens en région toulousaine. [thèse de médecine]. Toulouse: 2012.

[44] Voisin Fanny. Réticences des patientes et des médecins généralistes à l'utilisation du DIU chez les patientes nullipares: étude qualitative. [Thèse de médecine]. Paris: 2015.

[45] Chanzy-Waroquet Anne-Laure. Pourquoi les nullipares ne choisissent-elles pas plus le DIU. Enquête auprès de femmes. [Thèse de médecine]. Grenoble: 2013.

[46] Dempsey AR et al. Predictors of long-acting reversible contraception use among unmarried young adults. American Journal of Obstetrics Gynecology; 2012;206:526.el-5. DOI : https://doi.org/10.1016/j.ajog.2012.02.014

[47] Maravilla JC, Betts KS, Couto ECC, Alati R. Factors influencing repeated teenage pregnancy: a review and meta-analysis. Obstet Gynecol; 2017;217(5):527-45. DOI : https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.04.021

[48] Guyomar M, Guilloteau G, Baron C. Que pensent les gynécologues et les médecins généralistes posant des dispositifs intra-utérins de ce mode de contraception chez la femme nullipare [Thèse de médecine]. Angers: 2012.

[49] Haute Autorité de Santé. Etat des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [En ligne]. HAS; 2013. [page consultée le 12/01/20]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf

[50] Renault A. Comment sont informées les nullipares sur la contraception par le DIU ? étude descriptive à partir de 169 questionnaires. [Thèse de médecine]. Lyon: 2018; N° 239.

[51] Ardaens K. Contraception intra-utérine chez la nullipare : le pour. Gynécologie médicale, première partie; 2014:75-91.

[52] Farley T, Rosenberg M, Chen J, Meirik O. Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease : an international perspective. Lancet; 1992;339(8796):785-8. DOI : 10.1016/0140-6736(92)91904-m

[53] Toivonen J, Luukkainen T, Allonen H. Protective effect of intrauterine release of levonorgestrel on pelvic infection : Three years' comparative experience of levonorgestrel- and copper-releasing intrauterine devices. Obstet Gynecol; 1991;vol(77).

[54] Gemzell-Danielsson K, MD, Schellschmidt I et al. A randomized, phase II study describing the efficacy, bleeding profile, and safety of two low-dose levonorgestrel-releasing intrauterine contraceptive systems and Mirena. American Society for Reproductive Medicine; 2012;vol(97):616-622. DOI : https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2011.12.003

[55] Hubacher D, Reyes V, Lillo S et al. Pain from copper intrauterine device insertion : randomized trial of prophylactic ibuprofen. Obstetric Gynecologic; 2006;195(5):1272-7.

[56] HubacherD. Copper intrauterine device use by nulliparous women : review of side effects. Contraception; 2007;S8-S11.

[57] Alton T et al. Retrospective review of intrauterine device in adolescent ad young women. Journal pediatric adolescent gynecologic; 2012;25(3):195-200.

[58] Heinemann K, Westhoff C, Grimes D. Intrauterine devices and the risk of perforations : final results of the Euras DIU study. Obstet Gynecol; 2014;123(5):S3.

[59] 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.

[60] Velduis HM, Vos A, Lagro-Janssen A. Complication of the intrauterine device in nulliparous and parous women. Eur J Gen Pract; 2004;10(3):82-4.

[61] Organisation mondiale de la santé. École de santé publique Bloomberg, Agence des États-Unis pour le développement international. Planification familiale. Un manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier. Genève: OMS; 2011.

[62] Berenson A, Tan A, Hirth J, Wikinson G. Complications and continuation of intrauterine device use among commercially insured teenagers. Obstet Gynecol; 2013;121(5): 951-958. DOI : 10.1097/AOG.0b013e31828b63a0

[63] Aubin-Auger I et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer, la revue française de médecine générale. 2008;vol(19):142–145.

[64] Bourdon S., Deschenaux F. Introduction à l'analyse qualitative informatisée à l'aide du logiciel QSR Nvivo [En ligne]. 2005. [page consultée le 15/11/20]. Disponible sur :http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/Cahiers%20pedagogiques/nvivo-2-0.pdf

[65] Courleux S. Dispositif intra-utérin et nulliparité: connaissances, représentations et freins à l'accès et au choix de la méthode. Etude qualitative auprès de vingt-cinq jeunes femmes. [Thèse de médecine]. Strasbourg: 2019, N°2.

[66] Ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports. Education à la sexualité [En ligne]. 2020. [page consultée le 4/01/21]. Disponible sur : https://www.education.gouv.fr/education-la-sexualite-1814

[67] Pazol K, Zapata LB, Tregear SJ, Mautone-Smith N, Gavin LE. Impact of Contraceptive Education on Contraceptive Knowledge and Decision Making A Systematic Review. Am J Prev Med. 2015;49(2):S46-56.

[68] Galli S. DIU chez les nullipares, enquête qualitative : projet, pose et vécu. [Thèse de médecine]. Nice: 2017.

[69] Brown MK, Auerswald C, Eyre SL, Deardorff J, Dehlendorf C. Identifying counseling needs of nulliparous adolescent intrauterine contraceptive users : a qualitative approach. J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med. 2013 Mar;52(3):293-300.

[70] Hall KS, Ela E, Zochowski MK, Caldwell A, Moniz M, McAndrew L, et al. « I don't know enough to feel comfortable using them: » Women's knowledge of and perceived barriers to long-acting reversible contraceptives on a college campus. Contraception. 2016 Juin;93(6):556-64.

[71] Moreau C, Bohet A, Hassoun D, Teboul M, Bajos N, FECOND Working Group. Trends and determinants of use of long-acting reversible contraception use among young women in France: results from three national surveys conducted between 2000 and 2010. Fertil Steril. 2013 Août;100(2):451-8.

[72] Whitaker AK, Terplan M, Gold MA, Johnson LM, Creinin MD, Harwood B. Effect of a brief educational intervention on the attitudes of young women toward the intrauterine device. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2010 Avr;23(2):116-20.

[73] Duchêne-Paton et al. Sexualité et choix du mode contraceptif. Sexologies. 2015;vol(24):69-81.

[74] Carr S, Espey E. Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease among adolescents. Journal Adolescent Health Off Publ Soc Adolesc Med. 2013;vol(52):22- 28.

[75] Reynier E. Dispositifs intra-utérins chez les nullipares : enquête sur les pratiques des médecins généralistes. [Thèse de médecine]. Nantes: 2011.

[76] Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Dialogue et éducation pour la santé avec un adolescent. Repères pour votre pratique. INPES; 2009.

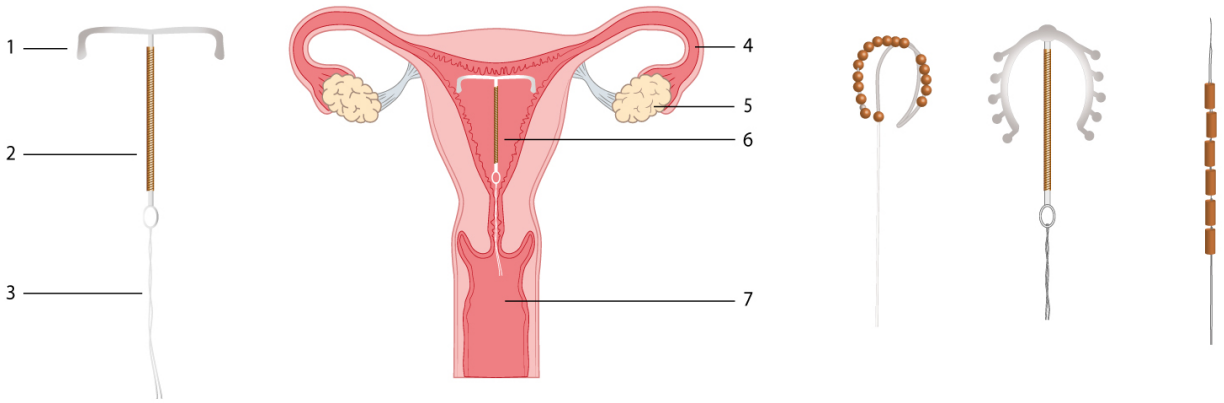
[77] Moullé C. Qu'attendent les adolescents des médecins généralistes pour questionner la sexualité ? [Thèse de médecine]. Angers: 2018.

[78] Binder P. L'approche des adolescents en médecine générale. Deuxième partie. Evaluer, accompagner. Exercer. 2018;vol(142):169-181.

[79] Caron T., Viltart L. L'abord de la santé sexuelle des adolescents garçons en médecine générale. [Thèse de médecine]. Bordeaux: Novembre 2020.

ANNEXES

Annexe 1 : Illustration DIU cuivre.
Images extraites directement de Google.





Annexe 2 : Illustration DIU hormonal ou progestatif.
Images extraites directement de Google.



Annexe 3 : Evolution de l'utilisation des différentes méthodes de contraception en France entre 2010, 2013 et 2016.

TABLEAU 1 | Évolution de l'utilisation des différentes méthodes de contraception en France entre 2010, 2013 et 2016 chez les femmes de 15 à 49 ans concernées par la contraception

	2010[1]	2013[2]	2016[3]	Évolution 2010-2016
15-19 ANS				
Pilule	48,3	49,7	44,4	→
Pilule + préservatif	19,1	14,7	16,0	→
Préservatif	25,1	24,7	29,6	→
DIU	0,0	0,2	0,0	→
Implant	0,5	4,1	3,5	↗
Patch/Anneau	0,0	2,2	1,1	↗
Autres méthodes*	1,2	1,7	3,2	→
Aucune méthode	5,8	2,7	2,3	→
20-24 ANS				
Pilule	60,1	54,3	52,6	↘
Pilule + préservatif	11,0	12,9	6,9	→
Préservatif	9,0	13,7	18,6	↗
DIU	1,6	5,2	4,7	↗
Implant	2,9	4,1	9,6	↗
Patch/Anneau	1,9	1,5	2,2	→
Autres méthodes*	2,1	3,7	1,1	→
Aucune méthode	11,4	4,6	4,3	↘
25-29 ANS				
Pilule	53,2	45,7	43,8	↘
Pilule + préservatif	4,3	5,0	4,0	→
Préservatif	7,7	15,9	16,3	↗
DIU	6,9	16,7	19,0	↗
Implant	3,2	5,3	5,1	→
Patch/Anneau	3,2	1,2	2,2	→
Autres méthodes*	5,8	5,4	4,2	→
Aucune méthode	15,7	4,9	5,5	↘
30-44 ANS				
Pilule	37,3	31,8	28,2	↘
Pilule + préservatif	0,9	0,9	1,2	→
Préservatif	10,1	12,4	13,8	↗
DIU	25,6	29,4	34,7	↗
Implant	2,8	3,2	3,3	→
Patch/Anneau	1,1	0,9	0,8	→
Contraception définitive	4,0	3,9	5,4	→
Autres méthodes*	5,1	6,7	5,8	→
Aucune méthode	13,1	10,7	6,7	↘
TOTAL 15-49 ANS				
Pilule	40,8	36,3	33,2	↘
Pilule + préservatif	4,2	4,2	3,3	→
Préservatif	10,8	13,8	15,5	↗
DIU	18,7	22,8	25,6	↗
Implant	2,4	3,5	4,3	↗
Patch/Anneau	1,3	1,2	1,1	→
Autres méthodes*	4,7	6,0	4,6	→
Aucune méthode	13,6	9,1	8,0	↘

La contraception définitive n'étant utilisée qu'après 30 ans, elle est présentée uniquement dans la classe concernée.
Un test χ^2 simple a été effectué : les cellules vertes indiquent que l'évolution entre deux périodes est significative ($p < 0,05$).
1. Enquête Fecond 2010.
2. Enquête Fecond 2013.
3. Enquête Baromètre santé 2016.
* Cette catégorie comprend le diaphragme, la cape et les méthodes dites traditionnelles telles que la symptothermie, la méthode des températures et le retrait.

Source: Etude Baromètre Santé 2016

Annexe 4 : Couverture de la brochure INPES « la meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit ».



Annexe 5 : Grille d'entretien (2ème version)

Grille d'entretien - version 2

Bonjour, je suis Margaux PANIER. Je réalise une étude dans le cadre de ma thèse de médecine générale sur la connaissance des moyens contraceptifs chez les adolescentes de 15 à 18 ans au travers d'entretiens individuels et anonymes.
Nous allons aborder ensemble des questions de contraception pour faire l'état des lieux de tes connaissances et avoir ton avis.

Caractéristiques de l'adolescente :

- Numéro entretien :
- Age :
- Niveau scolaire :
- Cursus général / professionnel :
- Religion :
- Profession des parents :
- Situation affective :
    -> couple / célibataire
    -> vierge oui/non
    -> IVG (contraception au moment de l'IVG? âge? contraception post IVG?) / enfant?

1) La contraception.

Que peux tu me dire sur la contraception ?
Où as-tu déjà entendu parler de la contraception ? par qui ?
Quelles contraceptions connais-tu ?
Parle moi de ta première contraception
-> prescrite par qui ? laquelle et pourquoi ?

Quelle contraception a ta mère / soeur ?
=> ATTENTION : CONTRACEPTION / PROTECTION

2) Le DIU (dispositif intra-utérin).

As tu déjà entendu parler du stérilet ?
Que peux tu m'en dire ? qu'est-ce que tu sais ?
Qu'est-ce que tu en penses ? qu'est-ce que ça t'évoque ?

3) Choix final.

Après cette discussion, changerais tu de contraception? laquelle préfères tu ?
pourquoi ?
Est-ce que tu pourrais utiliser le DIU comme contraception? Pourquoi?

SERMENT MEDICAL

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

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

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

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

Quels sont les freins et les leviers exprimés par les adolescentes de 15 à 18 ans à l'utilisation du DIU (dispositif intra-utérin) comme moyen de contraception ?

Résumé :

Après un travail d'étude de la littérature, nous avons interrogé des adolescentes de 15 à 18 ans sur la Côte Basque Sud pour étudier leurs motivations et/ou leurs réticences à l'utilisation du DIU comme moyen de contraception mais aussi leurs représentations et les facteurs pouvant influencer leur choix.

Objectif :

Mettre en évidence les représentations, les freins et les leviers exprimés par les adolescentes à l'égard du DIU comme moyen de contraception ainsi que les facteurs pouvant influencer leur choix pour envisager et proposer des pistes d'améliorations.

Méthodologie :

Enquête qualitative par entretiens semi-dirigés menés par le même investigateur et enregistrés auprès de treize adolescentes de 15 à 18 ans sur la Côte Basque Sud.

Résultats :

Les freins exprimés sont majoritaires par rapport aux leviers et sensiblement similaires à ceux retrouvés dans la littérature. Les adolescentes ignorent, pour la plus grande majorité, l'indication du DIU comme moyen de contraception chez les nullipares et encore plus pour leurs jeunes âges. Elles ne connaissent bien souvent que le terme « stérilet » sans savoir ses caractéristiques, représentations, indications, actions etc. Leur méconnaissance constitue le principal frein à l'utilisation du DIU comme contraceptif pour ces jeunes femmes puis la peur de la douleur, la peur de l'objet ou l'idée dérangeante du corps étranger apparaissent en seconde position. Les cours d'éducation sexuelle sont la principale source d'information citée en matière de contraception. Les gynécologues ont été un peu cité contrairement aux médecins généralistes dont leur rôle dans la contraception semble méconnu.

Discussion :

Il existe un cruel manque d'information de la part des professionnels de santé aux adolescentes sur la contraception. Il est nécessaire de diffuser une information complète et éclairée pour permettre à chaque femme quelque soit son âge ou sa parité de choisir sa contraception la plus adaptée. Il faut poursuivre les campagnes de publicité auprès des adolescentes mais il faut également agir auprès des professionnels de santé dont leur rôle est central.

Mots clés :

Adolescentes, adolescence, santé sexuelle, contraception, contraceptif, sexualité, stérilet, dispositif intra-utérin, DIU, jeune femme, nullipare.