La contraception intra-utérine : une méthode de choix pour les nullipares ? Étude qualitative : entretiens auprès de 17 femmes nullipares

Marie Martins-Ferreira

▶ **To cite this version:**

Marie Martins-Ferreira. La contraception intra-utérine : une méthode de choix pour les nullipares ? Étude qualitative : entretiens auprès de 17 femmes nullipares. Gynécologie et obstétrique. 2021. dumas-03419722

HAL Id: dumas-03419722

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03419722

Submitted on 8 Nov 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.

Académie de Paris
Ecole de Sages-Femmes - Hôpital Saint-Antoine
Faculté de médecine Sorbonne Université

Mémoire pour le diplôme d'Etat de sage-femme

La contraception intra-utérine : Une méthode de choix pour les nullipares ?

Etude qualitative : Entretiens auprès de 17 femmes nullipares

Marie MARTINS-FERREIRA

Sous la direction de **Véronique CHAPLET**, sage-femme enseignante

Année universitaire 2020-2021

REMERCIEMENTS

- A Madame Chaplet, directrice de ce mémoire, pour le temps qu'elle m'a toujours accordé, ses précieux conseils et ses mots perpétuellement rassurants.

- A l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'école Saint-Antoine, pour leur enseignement et leur accompagnement durant ces quatre années d'études. Des remerciements tous particuliers à mesdames Melai et Nicolai. Merci pour ces moments d'échange, d'écoute et de bienveillance.

- Aux sages-femmes de terrain pour leur expérience et pour m'avoir transmis le goût de la profession.

- Aux femmes, aux couples et aux nouveau-nés pour ces rencontres singulières et enrichissantes. Merci de me rappeler ce pour quoi j'ai choisi ce métier.

- Aux participantes, sans qui ce mémoire n'aurait pu voir le jour.

- A mes parents pour leur amour et leur soutien. Merci maman d'avoir toujours cru en moi. Merci papa de m'avoir poussée à viser la lune pour atterrir dans les étoiles.

- A Enzo, qui du haut de son 1m95 restera toujours mon petit frère adoré.

- A mon Papy et ma Mamie, pour leur amour inconditionnel, leur fierté et pour les belles âmes qu'ils étaient.

- A Clara, pour cette amitié sans faille, née d'une passion commune et soudée par une vocation. Merci de si bien me comprendre, merci d'être toi.

- A Tylane, pour être l'amie si pleine de vie qu'elle est et pour sa présence essentielle.

- A l'ensemble de ma promotion pour ces années passées en leur compagnie. Et plus spécialement à Andreia, Axelle, Claire B, Lysianne, Mélanie, Nikita. Merci pour tous ces moments partagés, qui auront rendues ces études inoubliables. Pourvu qu'ils soient encore nombreux.

- A mon relecteur, pour son regard avisé, sa gentillesse et pour tout le reste.

- A tous ceux que je n'ai pu citer et qui se reconnaitront

Je souhaite dédier ce mémoire à ma Mamie, l'amour d'une vie, qui de là où elle est, me verra je l'espère, réaliser mon rêve : être sage-femme.

SOMMAIRE

PREAMBULE 1

REVUE DE LA LITTERATURE 3

I. La contraception en France : contexte actuel 3

1. La répartition 3

2. Choisir sa contraception 4

3. La consultation de contraception : un moment-clé 5

II. La contraception intra-utérine 7

1. Rappel historique 7

2. DIU : Dispositif intra utérin au cuivre 7

3. SIU : Système intra-utérin hormonal 8

4. Les indications 9

5. Les contre-indications 10

6. Les Modalités : Pose, suivi et retrait 11

III. Les freins à l'utilisation de la CIU par les nullipares 12

1. Des professionnels de santé 12

2. Des nullipares 13

3. Les effets indésirables 14

4. Les complications 15

IV. Pourquoi proposer la CIU aux nullipares ? 16

1. Une contraception de longue durée d'action face à un désir de grossesse plus tardif 16

2. Une contraception d'une grande efficacité en lutte contre des grossesses non désirées et un recours à l'IVG qui ne décroit pas. 17

3. Une contraception sans hormone ou faiblement dosée pour des femmes qui se tournent vers une contraception plus naturelle et moins contraignante 17

4. Un taux de satisfaction et de continuation encourageant chez les nullipares 18

MATERIEL ET METHODE 19

I. Objectifs et axes de recherche 19

1. Objectifs 19

2. Axes de recherche 19

II. Méthodologie 19

1. Type d'étude 19

2. Choix et élaboration de l'outil méthodologique 20

3. Eléments réglementaires 21

4. Modalités de l'enquête 21

5. Stratégie d'analyse 23

RESULTATS 24
I- Présentation de la population 24
1. Age 24
2. Catégorie socio-professionnelle 24
3. Vie personnelle et sexuelle 25
II. Expérience et besoins des femmes en matière de contraception 26
1. Histoire du suivi en gynécologie 26
2. Expériences contraceptives 28
3. Critères de choix pour la contraception 30
4. Avantages de la Pilule contraceptive 31
5. Inconvénients de la Pilule contraceptive 32
III. La consultation de contraception 33
1. Professionnel consulté 33
2. Motif de la consultation 33
3. Méthode BERCER 34
4. Présentation des contraceptifs 35
5. Issu de la consultation : Choix du contraceptif 36
6. Place de la CIU lors de la consultation 37
7. Positionnement du professionnel 38
IV. Le rapport des nullipares à la CIU 38
1. Quelles connaissances ? 38
2. Motivations pour la CIU encourageantes 40
3. Des réticences et craintes persistantes 42
4. Quelles représentations les nullipares ont-elles de la CIU ? 44
5. L'intérêt porté pour la CIU 47
V. Une autre variable pouvant influencer le positionnement des patientes ? 49
1. Les médias 50
2. Entourage 50
ANALYSE ET DISCUSSION 51
I. Forces et limites de l'étude 51
1. Points forts 51
2. Limites et biais 51
II. Une place pour la CIU dans la vie contraceptive des nullipares ? 52
III. Une consultation bien menée ? 53
IV. Des praticiens réticents ? 54
V. Des patientes intéressées mais en mal d'information 55

VI. Le praticien comme seule référence ? 56
VII. Et le regard des patientes sur la CIU ? 57
VI. Perspectives et propositions 59
1. Lever les freins des praticiens pour délivrer une meilleure information aux patientes ... 59
2. Réorganiser la prise en charge contraceptive : Exploitation d'un nouvel outil 59
3. Changer les messages véhiculés par la société 60
CONCLUSION 61
GLOSSAIRE 62
ANNEXES 63
BIBLIOGRAPHIE 71

PREAMBULE

La contraception a pour but d'empêcher une grossesse non désirée pendant une période donnée de façon réversible (1).

En France, la couverture contraceptive est élevée, puisqu'en 2012, 96,9% des femmes utilisent un moyen de contraception (2). Néanmoins, le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) reste stable, d'après Mazuy et al., dans leur étude publiée en 2014 (3). On en compte 224 300 en 2018 et le nombre tend à augmenter chez les 20-24 ans. Cette tranche d'âge est la plus concernée avec un taux de 27 IVG pour 1000 femmes selon la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (4).

En effet, une grossesse sur trois n'est pas désirée. 60% d'entre elles aboutissent à une IVG. Le point préoccupant est le suivant : Deux tiers de ces grossesses inopinées surviennent chez des femmes déclarant utiliser une contraception théoriquement efficace au moment de la survenue de cette grossesse. Ce phénomène est qualifié comme paradoxal d'après les chercheurs. (5)

Cela s'expliquerait par des difficultés qu'ont les femmes dans la gestion quotidienne de leur pratique contraceptive (6). D'autant plus que la pilule apparaît comme le premier contraceptif distribué, notamment auprès des plus jeunes. Par ailleurs, la fréquence maximale de recours à la pilule contraceptive est enregistrée chez les femmes de 20 à 24 ans (7).

En France, le parcours contraceptif est souvent stéréotypé. Il se caractérise par un emploi important au préservatif en début de vie sexuelle, puis une utilisation de la pilule dès que la vie sexuelle se régularise, et un recours à la contraception intra utérine (CIU), communément appelée aussi « stérilet », quand les couples ont eu les enfants qu'ils désiraient. Ce modèle paraît peu flexible, on parle de « norme contraceptive ». On sait que 25,6% des femmes en France, portent un stérilet. Cependant, 98,7% d'entre elles ont déjà accouché. Cela traduit que seulement 1,3% des nullipares l'ont comme moyen de contraception. Pourtant, celui-ci présente de nombreux avantages qui pourraient convenir à cette population (8)

L'indice de Pearl des CIU est un des meilleurs parmi ceux de toutes les contraceptions : 1% de grossesse dans la première année d'utilisation courante. Il est donc supérieur à la pilule (9). Cela fait preuve d'une grande efficacité. Aussi, il est de faible coût, réversible, et a une longue durée d'action puisqu'il est effectif 3 à 5 ans, voire 10 ans pour certains modèles.

Soulignons que l'âge moyen au premier accouchement est de 30 ans (d'autant plus en île de France). L'âge du premier rapport sexuel étant toujours à 17,5 ans, la durée entre le début de la sexualité et la

fin de la nulliparité peut durer une dizaine d'années pour un bon nombre de femmes. Ainsi, la contraception intra-utérine semble être une intéressante alternative à la pilule contraceptive. Elle pourrait diminuer l'incidence des grossesses non prévues et donc des IVG grâce à sa grande fiabilité et sa durée d'action. De ce fait, elle serait adaptée aux besoins des nullipares (10).

En 2015, la haute autorité de santé (HAS) rappelle que la CIU est une méthode de première intention y compris pour la femme nullipare (11). Ces nouvelles recommandations appuient celles qui étaient déjà en vigueur en 2004.

La contraception intra-utérine est-elle une méthode de choix pour répondre aux besoins contraceptifs des nullipares ?

REVUE DE LA LITTERATURE

I. La contraception en France : contexte actuel

1. La répartition

La France a connu de nombreuses étapes avant d'arriver à la couverture contraceptive actuelle quasi-totale, puisque en 2019, plus de 90% des femmes en âge de procréer disposent d'une contraception (12).
La loi Neuwirth de 1967 est un réel tournant. Elle autorise l'usage de contraceptifs et notamment la contraception orale. Depuis, l'évolution perdure et le paysage contraceptif ne cesse d'évoluer.

En effet, un large choix s'offre aux Français avec une diversification qui s'accroit au fil des années. On voit progressivement arriver de nouvelles méthodes hormonales accompagner la pilule contraceptive, le préservatif et la CIU : telles que l'anneau, le patch et l'implant à partir de 1990. Ainsi que la contraception définitive légalisée à son tour en 2001 (13). Malgré cette large sélection, il semblerait que le schéma contraceptif Français demeure figé et que la pilule contraceptive, occupe continuellement la première place, même après la « crise de la pilule » de 2012 et le déremboursement des pilules de 3^{e} et 4^{e} génération qui en a découlé.

Le baromètre santé de 2016 arrive donc quatre ans après ce débat médiatique. C'est une enquête menée auprès des femmes sur leur utilisation contraceptive. Elle a pour but d'évaluer la tendance de leurs pratiques à distance du débat. Les sondages téléphoniques ont été réalisés chez 15 216 personnes. L'issue de cette enquête montre que : « *La pilule reste le contraceptif le plus prescrit aux jeunes filles par les professionnels de santé. Le début de diversification observé entre 2010 et 2013 avec la hausse de l'implant ne s'est pas poursuivi et le DIU reste absent* ». (8)

L'HAS s'accorde en relevant qu'une femme sur cinq en moyenne a une CIU et que son utilisation est liée à la parité. Environ 1% des nullipares en dispose. On passe à 20% pour les primipares et à 40% chez les multipares. (5)

Ainsi, pour appuyer cette diversification contraceptive, des recommandations soutiennent à la fois le recours facilité à la contraception en général et l'ouverture à la prescription de CIU pour les nullipares.

2. Choisir sa contraception

Les méthodes contraceptives ont connu une large diffusion mais aussi une forme de médicalisation importante. Il semblerait que les professionnels de santé privilégient des méthodes qu'ils jugent efficaces alors qu'elles peuvent, ne pas être adaptées au mode de vie de la femme, aux attentes du couple. Par conséquent, cette inadéquation peut être délétère à sa bonne utilisation. De fait, les médecins des centres de planification et d'IVG mettent en avant la réalité du terrain : « certaines grossesses pourraient être évitées par un éventail contraceptif élargi au DIU, notamment chez la nullipare ». (14)

Soulignons que faire le choix d'une contraception, c'est d'abord dissocier la sexualité reproductive et la sexualité récréative. Ainsi, lorsqu'une grossesse n'est pas envisagée, le couple a recours à un panel de contraceptifs variés. Parmi tous ceux-ci, seuls les préservatifs masculins et féminins sont disponibles en libre-service. Même si depuis 2018, ils peuvent être prescrits comme l'ensemble des autres méthodes.

On retrouve alors les médecins généralistes, les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes au centre de prescriptions d'ordres préventives et non thérapeutiques dans la majorité des cas.

Cette situation relève alors d'une prise en charge particulière mais finalement très fréquente. Le praticien doit prendre en compte l'ensemble des attentes, besoins, de la femme (voire du couple), des éventuelles contre-indications. Toutes ces données sont essentielles pour que le dialogue soit instauré, que la patiente puisse choisir librement ce qui est le plus adapté pour elle.

D'ailleurs, à la suite d'une étude, des critères de choix ont été mis en exergue et été classés selon l'importance dans l'ordre décroissant : le mode de vie, l'idéologie, les pratiques sexuelles, le coût, la capacité d'observance, l'adhérence à la contraception. (15)

Ainsi, pour faire évoluer les pratiques sur ce point, depuis 2004, la direction générale de la santé, avec l'aide de l'HAS ont mis en place des leviers tels que la campagne « la meilleure contraception c'est celle que l'on choisit » destinée au grand public. Mais également des recommandations de pratique clinique pour les professionnels de santé avec un document spécifique à la contraception « Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme ». (16)

La dernière recommandation en vigueur concernant la contraception concerne la consultation de contraception, qui semble par définition être, propice.

3. La consultation de contraception : un moment-clé

L'OMS recommande de bâtir cette consultation sur le modèle BERCER. Il a pour but de répondre au mieux à la demande et aux besoins de la femme, tout en la laissant actrice et libre de son choix. Il fait appel au concept du « counseling » basé sur l'empathie, l'écoute et l'absence de jugement. Ainsi qu'à la « démarche éducative », qui repose sur l'individualité et l'autonomie de la patiente. (17)

BERCER est l'acronyme illustrant les six étapes évaluées comme nécessaires lors de la consultation.

- **B**ienvenue : Accueil de la femme chaleureux et respectueux, explications sur le déroulement de la consultation et assurance de la confidentialité.
- **E**ntretien : Se nourrir d'informations que donne la femme sur ses antécédents, son histoire de vie et ses expériences contraceptives.
- **R**enseignements : Donner une information complète, mais personnalisée sur les différents moyens contraceptifs.
- **C**hoix : Co-construire avec la femme le choix de la contraception qui lui semble le plus approprié.
- **E**xplications : Interagir avec la femme sur les modes de prise, de pose, les aspects sur lesquels être attentif après l'instauration et la conduite à tenir adaptée.
- **R**etour : Revoir la femme de manière systématique ou ciblée en fonction des évènements ayant lieu après instauration.

La consultation de contraception est idéale pour aider au choix d'une méthode la plus efficace possible tout en étant adaptée à la vie de la femme et correspondant à ses attentes.

Ainsi, la HAS a mis à jour en juillet 2019 ses recommandations quant à la contraception, sa prescription, et les conseils aux femmes. Elle est *« un outil pour le professionnel de santé afin de mieux aider les femmes/les hommes à trouver la méthode de contraception qui leur convient le mieux à une période donnée de leur vie* ». Elles stipulent que cette consultation doit être dédiée uniquement à ce motif, que le choix de la contraception doit être personnalisé après une information éclairée sur les différentes méthodes existantes (avantages, inconvénients, utilisation, efficacité, rattrapage, complications…). (18)

Lors de chaque prescription ou renouvellement, chaque contraception devrait être présentée de manière exhaustive sauf celles présentant une contre-indication absolue. Ainsi, pour le renouvellement, il est important qu'elle soit repensée afin d'être au plus proche de la réalité.

Il a été mis en avant par l'HAS, dans une publication traitant des freins et des leviers à l'accès et au choix d'une contraception adaptée, que les conditions d'exercice et de paiement à l'acte se prêtaient

mal à l'usage de la consultation de contraception à bon escient. « *Il est plus rapide de renouveler la prescription d'une pilule que d'étudier à nouveau avec la consultante si la contraception correspond toujours bien à ses attentes* ». (5)

Afin de modifier cette dynamique, la fiche mémo de l'HAS rappelle que :

- Le choix doit être personnalisé après une information éclairée
- Une femme est en droit de bénéficier de cette consultation dédiée uniquement à ce motif
- C'est une consultation d'écoute, d'échange et de dialogue
- L'entretien a un large champ : tant sur le plan médical que sur le plan personnel de la patiente
- Des informations sont à délivrer sur les méthodes existantes et les modalités d'utilisation de celle choisie
- L'évaluation de l'adéquation, l'observance, la satisfaction de la femme a sa place
- Un examen clinique, gynécologique, biologique peut être de rigueur

II. La contraception intra-utérine

1. Rappel historique

Depuis les époques les plus lointaines, le souhait de la limitation des naissances est présent. C'est probablement à partir de l'ère préhistorique, où les conditions de survie obligeaient à restreindre celles-ci. (19)

Le préservatif semble être le pionnier, mais la CIU a, elle aussi, une place ancestrale. Il était déjà considéré que tout corps étranger placé dans l'utérus assurait la contraception. (19)

On rapporte que dans l'antiquité, les Arabes inséraient des pierres rondes dans l'utérus des femmes. Hypocrate, dans son traité « maladies des femmes » évoquait l'utilisation de pessaires insérés dans la cavité utérine à l'aide de tubes métalliques. Les Egyptiens se servaient de bois d'acacia. Quant aux Romains, de la fine laine et même de la ouate. (20)

Au 19e siècle, ces pessaires cervico-utérins de matières diverses et variées allant du bois, à l'étain en passant par l'argent provoquaient de nombreuses complications telles que les hémorragies et infections pouvant entraîner la mort des femmes. (20)

C'est alors en 1909 que le médecin Allemand Richter, décrit le premier dispositif intra-utérin. Les années 60 marquées par la découverte du polyéthylène contribue à l'essor des dispositifs. Ainsi, apparaît en 1962 le DIU au fils de cuivre. (21)

Au fil des années, les formes, matériaux ont évolué, le vocabulaire aussi. Au XXIe siècle l'utilisation du mot « stérilet » est quelque peu désuet. Le terme de contraception intra-utérine est à privilégier et regroupe les deux types disponibles actuellement : le DIU (dispositif intra-utérin) et le SIU (système intra-utérin).

2. DIU : Dispositif intra utérin au cuivre

Le DIU au cuivre est un moyen de contraception de longue durée d'action et réversible, inséré par un médecin ou une sage-femme dans la cavité utérine.
Il est constitué de polyéthylène autour duquel s'enroule un fil de cuivre. Un fil de nylon attaché au support permet le contrôle de la présence du dispositif ainsi que son retrait. (9)
La présence de ce corps étranger dans la cavité utérine entraîne des modifications biochimiques et morphologiques au niveau de l'endomètre. Le cuivre ayant des propriétés cytotoxiques, est à l'origine de l'altération des spermatozoïdes. Il y a alors, une inhibition de la fécondation.

Aussi, il entraîne une inflammation locale empêchant l'implantation dans l'utérus de l'ovocyte fécondé. Cette action anti-nidatoire est réelle mais secondaire puisqu'une étude Américaine montre que chez les β-HCG sont positives dans moins d'1% des cycles menstruels. (22)

L'ovulation quant à elle, n'est pas affectée, tout comme le cycle hormonal qui n'est pas modifié. (9)

Plusieurs formats sont disponibles. Il peut être en « T », en « Y » ou en « Ω ». La taille aussi est variable allant de 3 à 5 centimètres). Elle est standard pour une hauteur utérine supérieur à 7 centimètres. Mais il existe des modèles Short. Ceux-ci sont préconisés pour les nullipares. En effet, l'utérus a tendance à voir ses dimensions augmenter avec le nombre de grossesses et d'accouchements.

Aussi, la surface cuivrique est variable avec une efficacité d'autant plus grande que celle-ci est importante. On remarque qu'elle est optimale lorsqu'elle est de 380 mm2 (23).

Ils sont commercialisés au tarif de 30,50 euros et remboursés à 60% par la sécurité sociale (24). C'est le moyen de contraception le moins cher proportionnellement, puisqu'ils ont une durée d'action de 5 à 10 ans selon les modèles.

Depuis 2019, un nouveau DIU est commercialisé en France mais est encore peu répandu. C'est l'IUB ballerine Midi®. Il est sphérique et à mémoire de forme. Des billes de cuivre mobiles sont disposées sur un fil en nitinol. Il présente également un assemblage de nickel et de titane. La surface de cuivre exposée est de 300 mm2 et il est efficace 5 ans. Son prix est variable n'est pas remboursable par la sécurité sociale. Il présenterait un risque global d'expulsion et de perforation moindre que les autres modèles, même s'ils restent rares. (25)

3. SIU : Système intra-utérin hormonal

Trois systèmes intra-utérins aussi appelés « stérilets » sont actuellement disponibles (Mirena®, Jaydess®, Kyleena®). Ce qui les différencie, c'est leur taille, leur dosage hormonal et leur durée d'action. Ces systèmes sont, comme le DIU, insérés dans la cavité utérine et assurent une contraception à long terme réversible. (26,27,28,29)

Le mécanisme de ce système est lié à l'action locale du lévonorgestrel (LNG). Il y a une diffusion journalière de cette hormone (à faible dose) qui entraîne des modifications : l'épaississement de la glaire cervicale créant ainsi, une barrière au passage des spermatozoïdes ; la décidualisation de l'endomètre, le rendant impropre à la nidation. L'ovulation peut être inhibée chez certaines femmes mais reste majoritairement présente. (30,31)

Tableau représentant les différents modèles de SIU disponibles en France actuellement

	Dosage en LNG	Taille	Durée d'action	Prix de commercialisation
Mirena ®	52 mg	Standard	5	111,13 €
Jaydess ®	13,5 mg	Short	3	100,39 €
Kyleena ®	19,5 mg	Short	5	99,42 €

Ils sont tous les trois remboursés à 65% par la sécurité sociale.

4. Les indications

Selon l'HAS, le DIU au cuivre peut être proposé en première intention, à toutes les femmes quelle que soit leur parité (9). L'INPES partage cela puisqu'il indique que la CIU doit trouver sa place dans l'information, la prescription et la pose, indépendamment de l'âge et de la parité, sur des critères de choix pour la femme. Sous cet angle, nous pouvons appuyer le fait que, la première indication est vraisemblablement le choix libre de la patiente puisque par définition c'est une démarche volontaire. Le praticien est en droit de refuser ou d'accepter de prescrire. Cependant, il est tenu, d'un point de vue déontologique d'orienter sa patiente vers un confrère afin qu'elle ait la possibilité d'accéder à sa demande.

Le recours à cette contraception permet de s'exonérer des contraintes liées à l'observance de la prise. Avant l'âge de 20 ans, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) considère que les avantages de cette méthode de contraception l'emportent sur les risques théoriques ou avérés, tout en rappelant les risques (expulsion, infection sexuellement transmissibles), et les contre-indications. Pour mémoire, il est aussi une contraception d'urgence par son mécanisme, et est efficace à plus de 98% jusqu'à cinq jours après le rapport sexuel à risque. Sa durée d'efficacité maximale varie de 4 à 10 ans suivant les modèles (9,16).

Concernant le SIU au LNG, il est indiqué en seconde intention par l'HAS après celui au cuivre. Mirena® peut être utilisé dans le cadre de ménorragies fonctionnelles et son indice de Pearl est à 0,2. Il est efficace 5 ans. Jaydess® quant à lui, a un indice de Pearl à 0,41 et est actif 3 ans. Et Kyleena® a une efficacité sur 5 ans et son indice de Pearl à 3 ans est de 0,29 (28).

5. Les contre-indications

Pour tous les modèles, il faut écarter la grossesse (intra ou extra-utérine), et le risque infectieux.

a. Le DIU au cuivre

Les contre-indications absolues à la pose de celui-ci sont définies par l'OMS, l'HAS et le VIDAL. Elles sont les suivantes :

Toutes anomalies et malformations intra-utérines et tubaires, endométrite, suspicion de néoplasie, tumeurs, fibromes, polypes, infection pelviennes récentes, hémorragies génitales non diagnostiquées, maladie de Wilson, hypersensibilité au cuivre

***toute grossesse suspectée ou avérée**, infection puerpérale en post-partum, en post-abortum : immédiatement après un avortement septique (dans les trois derniers mois), maladie inflammatoire pelvienne en cours, récente ou récidivante, cervicite ou vaginite purulente en cours, ou infection à chlamydia ou gonococcie en cours, tuberculose génito-urinaire avérée, saignements vaginaux inexpliqués (suspicion de pathologie grave), maladie trophoblastique gestationnelle maligne, cancer du col utérin, cancer de l'endomètre, toute anomalie anatomique utérine congénitale ou acquise entraînant une déformation de la cavité utérine de telle sorte qu'il est impossible d'y insérer un DIU, fibromes utérins avec déformation de la cavité utérine, hypersensibilité au cuivre ou à l'un des composants du dispositif".* Il n'est pas recommandé d'en poser un entre 48h et 4 semaines après un accouchement et lorsque la femme a un risque accru d'IST (32)

Il existe aussi des contre-indications relatives : un utérus cicatriciel secondaire à une cause autre qu'une césarienne, dysménorrhées, métrorragies.

b. Le SIU au LNG

Il présente les mêmes contre-indications formelles.

On rajoute : "*un état médical associé à une sensibilité accrue aux infections, tumeurs sensibles aux progestatifs, par exemple cancer du sein, affections hépatiques aiguës ou tumeur hépatique, hypersensibilité au LNG ou l'un des composants du dispositif"* (32). Aussi, les ménorragies fonctionnelles (après investigation et élimination de cause organiques décelables).

6. Les Modalités : Pose, suivi et retrait

Lorsqu'une femme souhaite une CIU, il faut éliminer les contre-indications. Pour plusieurs d'entre elles il est nécessaire de faire des examens complémentaires tels qu'un frottis cervico-vaginal (FCV), pour les femmes de plus de 25 ans, et un dépistage des IST relatif à la loi Calmat de 1990 avec une PCR à la recherche de Neisseria gonorrhoeae et de chlamydiae trachomatis pour les femmes ayant des rapports sexuels à risque. Les jeunes femmes âgées de moins de 25 ans sont considérées comme une population à risque. Si la pose se fait dans le cadre de la contraception d'urgence, une prophylaxie par Azithromycine est de rigueur. (33,9)

Il est possible de proposer une prémédication avant la pose. Elle peut se composer d'antalgiques de paliers 1 ou 2, mais aussi d'anxiolytiques à courte demi-vie pour limiter l'inconfort, diminuer l'anxiété et faciliter le geste. Les anti-inflammatoires comme l'ibuprofène peuvent être utilisés. Cependant une étude montre qu'il ne réduit pas la douleur à l'insertion. Il n'y a pas d'accord professionnel pour le misoprostol. Aucune donné probantes ne montre une facilitation à la pose. De plus, il augmente la douleur avant pose. En ce qui concerne l'anesthésie du col, le protoxyde d'azote, la relaxation, l'hypnose… Pour toutes ces méthodes empiriques, il reste à prouver un réel impact bénéfique. (34,35)

Avant de poser le dispositif, une hystéromètrie doit être réalisée. Elle permet de mesurer la longueur de l'utérus. Elle a plusieurs objectifs : vérifier que l'utérus a une taille suffisante, mais aussi permettre de régler le guide de pose afin que le système soit placé au bon endroit dans la cavité.

La pose est préférable pendant les menstruations, mais peut se faire à n'importe quelle phase du cycle. (36)

Il y a différentes techniques de pose : la classique, et la directe (aussi appelée torpille). Des études comparatives n'ont pas montré de différences significatives entre les deux techniques. Elle est donc à apprécier par chaque praticien. (36)

Du fait de l'innervation par le nerf vague du col, le passage à l'intérieur de celui-ci peut engendrer un malaise vagal. Des précautions sont alors à prendre, comme la prise de tension artérielle avant de laisser repartir la patiente. (14)

Un contrôle est préconisé aux menstruations suivantes ou dans les 3 à 6 semaines post pose. Il se fait en vérifiant la longueur des fils (préalablement mesurés le jour de la pose) afin d'objectiver si la CIU a migré. Il est pertinent de faire une échographie si les fils ne sont plus visibles. Mais également, dans les cas où la pose a été compliquée, très douloureuse, ou lorsque le professionnel a un doute sur la localisation du dispositif. (36)

Il est important que la femme ait connaissance des plausibles complications, qui sont des motifs de consultations aux urgences gynécologiques : fièvre, leucorrhées d'aspect anormal, malodorantes, douleurs pelviennes aigues, saignements subnormaux.

Le retrait de la CIU se fait habituellement à la fin de son délai d'action, mais peut être réalisé avant si désir de grossesse, de changement de contraception ou autre.

Il est retiré à l'aide des fils par un médecin ou une sage-femme.

III. Les freins à l'utilisation de la CIU par les nullipares

1. Des professionnels de santé

Les praticiens sont des éclaireurs et constituent une source d'information privilégiée en matière de contraception. Ils sont donc des acteurs centraux pour promouvoir la CIU chez les nullipares comme le recommande l'HAS. Pourtant, selon l'enquête FECOND de 2010, 69% des gynécologues obstétriciens, 84% des médecins généralistes considèrent que la CIU n'est pas indiquée chez la femme nullipare (36).

Ainsi, en 2013, l'HAS a publié une synthèse répertoriant les freins d'accès à la contraception, après les recommandations de 2004. Ceux principalement retrouvés sont en lien avec la méconnaissance des risques et des contre-indications par les praticiens ainsi qu'une surestimation des complications (5). Il est aussi mentionné qu'en raison de certaines représentations socio-culturelles, l'attention des professionnels de santé portée aux jeunes femmes, et l'dentification de leurs besoins, est faussée.

Il semblerait cependant, que les jeunes générations de médecins soient plus favorables à la pose de CIU chez les nullipares (37). On remarque qu'il existe des différences en fonction des professions. Les sages-femmes sont davantage en faveur, mais reconnaissent un manque de formation concernant cette pratique (38).

Une étude auprès 134 professionnels de santé en Alsace sur les consultations de contraception chez les nullipares (avis, position et pratique professionnelle) met en évidence que 91,8% des professionnels de santé sont favorables, mais pas pour la proposition en première intention pour 79,9% d'entre eux. Plus ils sont âgés moins ils sont pour. Les médecins généralistes et les sages-femmes le proposent plus souvent que les gynécologues obstétriciens. Ceux-ci en posent souvent, contrairement aux médecins généralistes et aux sages-femmes qui en posent qu'occasionnellement. Ils expliquent cela par le manque de formation, quant aux gynécologues obstétriciens, leur principal frein est le refus des patientes (10).

La formation initiale et continue des médecins et des sages-femmes est insuffisante dans le domaine de la contraception. L'étroitesse du socle de formation initiale, l'obsolescence rapide des connaissances techniques dans ce domaine qui évolue, surajouté au manque d'information sur les spécificités de l'abord de la sexualité est en partie à l'origine de la persistance des idées reçues, pratiques classiques voire stéréotypées. De plus, les mises à jour des connaissances sont le plus souvent faites par les commerciaux lors de leurs visites pour présenter de nouveaux contraceptifs. Il y a alors un conflit d'intérêt.

D'autant plus que, avant la réforme de l'internat pour les médecins généralistes, ceux-ci n'avaient pas de formation gynécologiques. Pour eux, la contraception était plutôt dédiée à leurs confrères gynécologues. Toutefois, l'accès réduit aux spécialistes de nos jours, renforcent la demande de contraception auprès des médecins généralistes qui, maintenant, bénéficient de cette formation. En outre, moins de 10% de CIU sont prescrits par eux. Ainsi, d'une certaine manière, « Dans la mesure où le refus de poser un DIU ou un implant est plus fréquent chez les médecins généralistes que chez les gynécologues, le choix de cette méthode contraceptive est conditionné par l'accessibilité à un gynécologue ou à une sage-femme. » (15)

La HAS a également relevé que le manque de matériel, et la réalisation de gestes techniques forment un frein notamment chez les médecins généralistes. L'HAS propose de former et d'informer les professionnels sur la pose et le kit de pose des CIU.

2. Des nullipares

L'enquête FECOND de 2010 révèle que 54% des femmes âgées entre 15 et 49 ans pensent que la CIU n'est pas indiquée chez la femme nullipare. Cela est due à plusieurs éléments : le manque d'information, des craintes et des connaissances erronées. Et particulièrement au fait qu'il est ancré dans les esprits que cette contraception est réservée aux femmes ayant déjà accouché ou ne souhaitant plus d'enfant. Une étude menée par l'INPES en 2007 va dans ce sens en comptant 28% de femmes considéraient qu'elle était destinée aux femmes qui ne voulaient plus enfanter. (39)

Le manque d'informations sur la CIU constitue un frein majeur notamment retrouvé dans plusieurs études (40,5). Celles-ci évoquent qu'il est primordial d'avoir une information objective et éclairée par un professionnel de santé pour accéder à ce moyen de contraception.

Les freins évoqués par les femmes nullipares à propos de la CIU sont souvent liés à l'imprégnation d'une quantité d'information de qualité et de fiabilité douteuses qui circulent sur internet et dans les

forums de discussions. Comme l'augmentation du risque de GEU, de cancer ou d'IST, l'incompatibilité avec leur nulliparité, la stérilité.

La peur de la douleur lors de l'insertion du DIU fait partie des obstacles à l'utilisation de cette méthode. La pose est souvent qualifiée de douloureuse et difficile chez la nullipare (41,42). Dans une étude sur 109 nullipares, 75% des participantes ont déclaré que la procédure d'insertion s'était « très bien » déroulée, bien que pour 78% la douleur à l'insertion était modérée à sévère et que 46% ont eu des malaises de type vasovagal (43). Le taux de succès lors de la première tentative de pose serait le même chez la nullipare et la multipare. D'autres travaux récents suggèrent que les nullipares, ne sont pas davantage sujettes à une insertion douloureuse (69,70). D'autre part, une étude suédoise indique que dans 72% des cas, les professionnels de santé décrivaient l'insertion d'un SIU chez les nullipares comme facile. Seulement 17% d'entre elles ont décrit une douleur perçue comme « très élevée », la majorité d'entre elles, soit 72%, exprimant une douleur « modérée » (71).

Les résultats de ces études mettent en exergue aussi que d'avoir un corps étranger, la pose, l'obligation d'avoir recours à un professionnel de santé lors de celle-ci, l'engagement sur plusieurs années sont des éléments avancés par les femmes en défaveur de cette contraception (44,45). L'augmentation du volume et de la durée des menstruations semblent être également des effets secondaires redoutés (46) Un phénomène d'imprégnation culturelle, religieuse et d'ordre socio-économique est aussi retrouvé comme influençant le choix des femmes.

3. Les effets indésirables

Parmi les effets indésirables, les plus courants, sont les douleurs et l'abondance des saignements.

a. Modifications du flux menstruel

Du fait de la réaction inflammatoire locale causée par le dispositif, la coagulation au sein des vaisseaux de l'endomètre est modifiée. Cela peut provoquer une augmentation du flux des menstruation jusqu'à 65%. Celles-ci peuvent devenir plus longues dans le temps et des spotting sont aussi observés. Ces inconvénients déclinent dans la majorité des cas, trois mois après la pose. Cela engendre un fort taux de continuation de la méthode à 1 an (84%) (43). Ces désagréments sont toutefois un facteur provoquant 20% d'abandon de la méthode à 5 ans. (43). Néanmoins, d'après une étude, l'augmentation de celui-ci est indépendante de la parité. En outre, il est à prendre en compte dans le choix initial de contraceptif. Les AINS ont un effet positif lorsqu'ils sont pris en préventifs. Ils agissent sur la durée et l'abondance. (45)

Au contraire, l'action du SIU est plutôt en faveur d'une oligospanioménorrhée et peut même aboutir à une aménorrhée (jusqu'à 35% des détentrices un an après la pose). (46) Quant aux spotting, ils peuvent persister. Ces effets sont souvent vécus comme avantageux pour les patientes. Cela implique un taux de continuation de 86% à 1 an (46)

b. Douleurs pelviennes et dysménorrhées

Bien après la pose d'un DIU, des douleurs pelviennes et des dysménorrhées peuvent persister. Le phénomène responsable est l'augmentation du taux de prostaglandines pro-inflammatoires dans la cavité. Certaines patientes ne supportant pas ce désagrément, décident de le retirer. D'après le projet américain CHOICE, les douleurs représentent seulement 7% des motifs d'abandon de la méthode (50). Quant au SIU, il entraîne davantage, une amélioration des dysménorrhées dont pouvaient se plaindre les patientes avant la pose (47)

Des dyspareunies peuvent apparaître. Cela peut être la conséquence d'une inadéquation entre la taille de la CIU et de la cavité utérine ou bien un mauvais positionnement du dispositif.

Il est démontré que la connaissance d'éventuels effets indésirables par les femmes, leur provoque moins d'inquiétude, et leur acceptabilité en est meilleure.

4. Les complications

On compte quatre complications majeures à la pose/l'utilisation d'une CIU : les infections pelviennes, les grossesses extra-utérines (GEU), l'expulsion, et la perforation utérine.

Tout d'abord, notons que selon une étude comparative rétrospective hollandaise, il n'y a pas plus de complications chez les nullipares que chez les multipares (49)

Les infections pelviennes ont longtemps été redoutées avec cette contraception. Celles-ci peuvent engendrer des hypofertilités. Depuis les années 70, cette causalité est indissociable dans les esprits. Cependant, il est nécessaire de noter que ce n'est pas le port d'une CIU qui est responsable d'une MIP mais l'exposition aux IST. Cette nuance est démontrée dans une revue systématique de la littérature qui retrouve au sein de six études prospectives, un taux plus élevé de maladies inflammatoires pelviennes (MIP) lors de la pose d'un DIU chez les femmes porteuses d'une IST que chez les femmes non porteuses (5% contre 0 à 2%) (50)

De plus, une revue de la littérature réalisée en 2010, affirme que le risque d'en contracter, n'est pas augmenté chez la nullipare en comparaison avec le reste de la population. D'autant plus que le risque d'infection est supérieur seulement les 20 jours post pose, dans la population générale. (46)

Aussi, il a été prouvé que la CIU n'avait aucune incidence sur la fertilité peu importe la parité (50) La HAS rappelle qu'aucun risque de stérilité tubaire n'a été démontré, y compris chez les nullipares. Il a été retrouvé un taux de conception à 12 mois qui varient pour les DIU au LNG de 75 à 79% et de 71 à 92% pour les DIU au cuivre (51). Ainsi, soulignons que la CIU communément appelée « stérilet » est bel et bien une contraception non définitive.

La CIU, a un indice de pearl excellent. Il est vrai que, dans l'éventualité où une grossesse surviendrait, la probabilité qu'elle ne soit pas intra-utérine est supérieure par rapport à une autre contraception. Néanmoins, une méta-analyse réalisée en 1995, met en évidence que le risque est présent mais est inférieur au risque de GEU chez une femme sans contraception. (52)

L'expulsion, qui est pour un certains nombres de professionnels un argument en défaveur de l'utilisation d'une CIU par les nullipares, n'est d'après plusieurs études pas significatifs. Les travaux de Aoun et al. de 2014 chez 2138 femmes (comprenant 273 nullipares), ne retrouvent pas de différences sur le taux d'expulsions sur 37 mois (+/- 11 mois). De plus, la réalisation d'une étude rétrospective chez 332 multipares et 129 nullipares, arrivent à la même conclusion. L'étude CHOICE quant à elle, retrouve un taux augmenté chez les 14-19 ans indépendamment de leur parité et du type de CIU utilisée. (55,56)

La perforation est une complication rare mais redoutée lors de la pose d'une CIU. Elle peut être partielle : le dispositif ou système intra-utérin passe dans le myomètre ; ou complète : ce qui correspond à une migration totale à l'extérieur du myomètre. Mais, une étude prospective multicentrique de 2006 à 2012 auprès de 60 213 femmes affirme la faible incidence de cet évènement. Parmi les variables étudiées (parité, âge, IMC, allaitement), seul l'allaitement semble être un facteur augmentant le risque (+6,1). (50).

IV. Pourquoi proposer la CIU aux nullipares ?

1. Une contraception de longue durée d'action face à un désir de grossesse plus tardif

L'âge du premier rapport sexuel chez la femme est de 17,5 ans, et l'âge moyen des femmes au premier enfant est en constante augmentation (14). Selon l'INSEE, en 2020, les femmes ont leur premier enfant à 30,5 ans. (55) Il se passe donc en moyenne 13 ans entre ces deux évènements. Alors, une contraception d'action longue et réversible semble adaptée. (56)

2. Une contraception d'une grande efficacité en lutte contre des grossesses non désirées et un recours à l'IVG qui ne décroit pas.

11 % des femmes de 15 à 29 ans sexuellement actives ont utilisé la contraception d'urgence au cours des douze derniers mois. Son utilisation est en augmentation depuis 2005. Mais cela ne suffit pas à faire baisser le nombre d'IVG. Sans compter que 1/3 des grossesses sont inopinées et que plus de la moitié de ces grossesses non désirées aboutit à une IVG. On sait d'après l'INPES et son enquête sur les connaissances des Françaises en matière de contraception, (57) que pour 50% de ces patientes, une contraception était employée et considérée comme efficace. 23% des femmes prenaient la pilule, et 6 fois sur 10, l'échec était attribué à un oubli de prise.

Finalement, il semblerait que ce ne soit pas un problème d'accès à la contraception auquel sont confrontées les femmes françaises. Mais plutôt, à une mauvaise utilisation des méthodes contraceptives qui leurs sont prescrites, une inadéquation entre leur conditions de vie et le moyen utilisé, ainsi qu'à une insuffisance d'explications sur les modalités de celui-ci. (57)

L'HAS a pour objectif de promouvoir les contraceptions réversibles à longue durée d'action telles que la CIU car il est remarqué que c'est un franc levier à la diminution de grossesses non désirées. D'ailleurs, chez les nullipares, une des motivations à l'usage d'une CIU est d'avoir subi une IVG.

3. Une contraception sans hormone ou faiblement dosée pour des femmes qui se tournent vers une contraception plus naturelle et moins contraignante

Suite à de nombreuses polémiques sur les pilules de 3ème et 4ème générations en 2012-2013, les femmes souhaitent limiter leur consommations d'hormones. Une étude publiée en 2014 a cherché à comprendre quelles étaient les motivations des nullipares à utiliser un DIU. Les résultats ont révélé qu'elles le choisissaient principalement pour le souhait de ne pas prendre de contraception hormonale afin d'éviter les effets potentiels ou réels de celle-ci. L'efficacité, le faible coût, ainsi que le côté pratique de l'utilisation faisaient partie de leurs arguments (58), puisqu'effectivement, le risque d'oubli, la crainte de prise de poids qui sont des éléments phares chez les jeunes femmes, sont des déterminants qui orientent vers une contraception de longue durée et plus spécifiquement vers un DIU au cuivre.

De plus, cette recherche du « naturel » est retrouvé dans l'enquête Fécond en 2013 (6). On y voit une baisse du recours à la pilule, passant de 50% à 41% entre 2010 et 2013. Cela semble lié à cette controverse puisque près d'une femme sur cinq déclare avoir changé de méthode depuis le débat médiatique. Elles se sont alors tournées vers le DIU (+1,9 point) et le préservatif. (+3,2 points)

Le Projet CHOICE, a montré qu'après avoir reçu des informations exhaustives sur tous les moyens de contraceptions, 70% des 14-20 ans, se tournaient vers une contraception de longue durée d'action. L'implant était plutôt choisi par les 14-17 ans, tandis que la CIU par les 18-20 ans.

4. Un taux de satisfaction et de continuation encourageant chez les nullipares

Contrairement à certaines idées reçues, en plus de n'avoir aucun impact sur la fécondité future des nullipares, la CIU est bien tolérée par celles-ci.

Plusieurs travaux ont montré un excellent taux de continuation de la CIU chez cette population. Une étude française sur la tolérance du DIU au cuivre chez la nullipare, a retrouvé à un an, un taux de continuation à 90,3%, et un taux de satisfaction de 93,8% (58).

Le projet CHOICE effectué aux Etas Unis en 2008, a montré qu'à deux ans, le taux de poursuite des contraceptifs de longue durée d'action, est supérieur à celui des autres contraceptifs : 77% contre 41%. La CIU se place devant l'implant avec 77% pour le DIU et 78% pour le SIU au LNG, versus 69% pour l'implant. Les autres méthodes arrivaient derrière avec 43% pour la contraception orale (CO), 40% pour le patch, 41 pour l'anneau (40).

D'ailleurs, l'acceptabilité est sensiblement meilleure si le choix de CIU vient d'elles et si le professionnel est convaincu.

Une étude montre également que le taux d'abandon de cette méthode n'est pas plus élevé chez les 15-19 ans que chez les 20-24 ans. (60)

MATERIEL ET METHODE

I. Objectifs et axes de recherche

1. Objectifs

L'objectif principal de notre étude est de comprendre les raisons de la faible utilisation de la contraception intra-utérine par les femmes nullipares en France.

Nous avons pu mettre en évidence, dans notre première partie, la bivalence de ce phénomène avec deux acteurs principaux : le praticien et la femme nullipare. Ces précédents sont tous deux réunis au moment de la consultation de contraception.

Les objectifs secondaires sont :

- Comprendre les besoins des femmes nullipares en matière de contraception
- Analyser consultation de contraception
- Comprendre le positionnement du praticien face à la CIU pour les nullipares
- Identifier les freins et leviers des nullipares à l'utilisation de la CIU
- Analyser les représentations de la CIU qu'ont les nullipares

2. Axes de recherche

Ainsi, en mettant en lien notre revue de la littérature et notre question de recherche, nous pouvons formuler des axes de recherche :

- Les besoins des femmes nullipares relatifs à la contraception
- L'information de la possibilité de bénéficier d'une CIU
- Le non-respect de la méthode BERCER durant la consultation
- La position des femmes face à la CIU

II. Méthodologie

1. Type d'étude

Afin d'explorer plus finement ce qui pourrait faire obstacle ou au contraire favoriser le recours à la CIU par les nullipares, nous avons choisi de réaliser une étude qualitative à visée exploratoire

multicentrique par entretien auprès des femmes nullipares à l'issue de leur consultation de contraception.

2. Choix et élaboration de l'outil méthodologique

Pour ce faire, l'entretien semi-dirigé semblait être le plus cohérent avec la démarche qualitative. Cet outil nous paraissait approprié pour laisser la liberté de parole aux nullipares tout en disposant d'une trame d'entretien nous permettant de cibler plus précisément nos questions. Ainsi, nous étions à la fois dans une posture de compréhension et d'évaluation.

Une première grille d'entretien a été conçue et testée par trois nullipares de mon entourage. Ces essais avaient pour but de vérifier si les questions étaient compréhensibles, et si l'exploitation des réponses reçues permettaient de répondre à notre problématique et nos axes de recherche.

À la suite de ces tests, nous nous sommes rendu compte que pour les femmes non informées de ce qu'est la CIU, l'entretien ne pouvait être mené à bout. Pour ne pas se limiter au facteur « manque d'information », nous avons opté pour un temps de présentation de la CIU. L'objectif n'étant pas d'influencer la patiente.

Ainsi, nous avons adapté notre guide d'entretien. Et l'avons organisé en trois temps : la pré-enquête, l'enquête principale et l'enquête secondaire. (Annexe 4)

Débutant par des questions générales, la pré-enquête permet de définir le profil socio-économique de la patiente. Elle a été construite autour de plusieurs thèmes visant à identifier les différents facteurs pouvant influencer l'utilisation ou la non-utilisation de la CIU par les nullipares :

- Le suivi gynécologique
- Les différentes expériences des nullipares autour de la contraception

L'enquête principale s'articule autour d'un point central : la consultation de contraception. Des questions sur son déroulement, permettent d'évaluer la pratique de la méthode BERCER. L'issue de la consultation avec le choix du contraceptif vise à identifier les freins et les moteurs au recours à la CIU par les nullipares. Était aussi abordée la représentation de cette contraception :

- Globale
- Sensorielle (image mentale de l'objet : taille, forme…)
- Sociale (imaginaire collectif, symboliques…)
- Cognitive (ressenti, impression…)

Une étape de dessin du dispositif était proposée aux femmes afin d'observer la représentation qu'elles en ont.

L'enquête secondaire était réalisée dans le cas où la patiente était en demande et/ou s'il elle n'avait reçu aucune information à ce sujet. Elle comprenait :

- La présentation de la CIU (Annexe 1). Les informations ont été dispensées le plus neutrement possible, sans but de convaincre la patiente.
- Des questions à chaud (freins, moteurs au choix de cette contraception)

Elle permettait d'évaluer si l'information avait un impact opinion qu'elles ont de cette contraception.

Les différents thèmes ont été divisés en sous-thèmes, repris par des interrogations respectives. Des questions de relances étaient prévues dans l'éventualité où des éléments essentiels n'étaient pas relevés à la suite de la question initiale.

En amont, les entretiens débutaient par une redéfinition du sujet, le déroulé, la durée approximative, l'anonymat, et la possibilité à tout moment de ne pas répondre à une question ou à quitter l'entretien. C'est à ce moment, que le consentement écrit de la patiente a été recueilli (Annexe 2).

3. Eléments réglementaires

Afin de déclarer l'étude, nous avons rempli le formulaire MROO4 de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) (Annexe 3).

Nous avons ensuite envoyé des courriers électroniques aux cadres des plannings familiaux (PF) et des centres de régulations des naissances (CRS), à des sages-femmes libérales (SFL), à différents centres de santé (CS), leur présentant le projet et leur demandant leur accord pour réaliser l'étude auprès de leurs patientes.

4. Modalités de l'enquête

a. Lieu d'étude

Dans un souci de faisabilité (proximité géographique, respect des échéances), les PF, CRS, SFL et CS, choisis se situaient en région île de France.

Pour les PF et CRS ont été contactés :

- Le planning familial de Maisons-Alfort (94)
- Le centre de régulation des naissances/ planning familial de Saint-Louis (Paris 10)
- Le planning familial de l'hôpital Beaujon à Clichy (92)

- Le planning familial de l'Hôpital Delafontaine à Saint Denis (93)

Malgré des relances de ma part, il n'a pas été possible de rentrer en contact avec le PF de Maisons-Alfort, le CRS/PF de Saint Louis.

Le PF de Saint-Denis m'a répondu par la négative car les « *consultants gynéco ne voient pas les patientes pour un suivi contraception…Donc notre patientèle ne correspondrait pas à vos attentes pour répondre aux questionnaires »*

L'accord m'avait été donné par la cadre du PF de Beaujon, mais au vu de la situation sanitaire, je n'ai finalement pas pu avoir accès à ma demande.

Je me suis alors tournée vers un centre de santé : Maison de santé Pantinoise (Pantin 93), où je réalisais un stage avec une sage-femme libérale. Cela représente donc un biais de sélection important. Le médecin généraliste gérant de ce centre, m'a donné l'accord pour réaliser mon étude.

D'autres cabinets libéraux individuels de sages-femmes, médecins généralistes et gynécologues m'ont ouvert leur porte.

Au total, les patientes de 3 sages-femmes, 2 médecins généralistes, et 4 gynécologues ont pu participer à cette recherche.

Le but n'était pas de comparer la pratique des praticiens entre eux ni selon leur formation mais plutôt d'explorer les motivations et réticences des patientes concernant la CIU dans des contextes variés.

b. Population cible

Pour être incluses dans notre étude, les patientes devaient avoir bénéficié d'une consultation de contraception avec soit un médecin généraliste, un médecin gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien, une sage-femme. Elles devaient être nullipares, parler et comprendre le Français.

Nous avons dû, pour des raisons pratiques, exclure les mineures, pour lesquelles, il était nécessaire d'obtenir un consentement de leur tuteur légal.

c. Déroulement de l'enquête

Après les autorisations nécessaires, nous avons pu commencer les entretiens auprès des patientes. Ils ont eu lieu du 21 Octobre 2020 au 20 Janvier 2021.

Pour ceux réalisés à la Maison de santé Pantinoise, je n'assistais pas à la consultation pour ne pas induire de biais. L'entretien avait lieu dans un bureau mis à disposition par l'établissement.

Dans un objectif de fidélité du discours, les entretiens ont tous été enregistrés (après accord de la patiente), à l'aide d'un dictaphone. Ils ont été détruits par la suite.

Au total, 17 entretiens ont été inclus dans l'étude. Toutes les femmes qui remplissaient les critères d'inclusion ont accepté de participer.

Les entretiens ont duré entre 9 et 36 minutes, avec une moyenne de 20 minutes, pour un total de 346 minutes.

5. Stratégie d'analyse

Une fois les entretiens réalisés et enregistrés, ils étaient transférés immédiatement sur un ordinateur personnel protégé par un mot de passe. Ils y étaient ensuite stockés dans un fichier dédié.

Les retranscriptions écrites se sont déroulées grâce à un casque audio et une écoute attentive. Pour ce faire, nous avons utilisé le logiciel Microsoft Word. Grâce à cette retranscription, les paroles des femmes ont été relevées de la manière la plus précise possible. Cela a permis d'avoir des citations fidèles non interprétées.

Pour respecter la confidentialité, les témoignages recueillis ont été rendu anonymes. Ainsi, les patientes sont désignées par des nombres de 1 à 17 sans lien avec la situation réelle.

Pour l'analyse, dans un premier temps, deux lectures intégrales ont été réalisées : une par l'étudiant meneur de la recherche et l'autre par le directeur de mémoire. Cette première lecture a permis de surligner les notions qui semblaient importantes et de dégager les premiers verbatim.

Dans un deuxième temps, nous avons utilisé une grille d'analyse, construite en fonction des axes de l'enquête, afin de classer les réponses.

Finalement, durant la lecture des témoignages, des aspects non attendus, ont émergés. Ainsi, nous avons rajouté ces thèmes et sous thèmes dans la grille. Nous avions sous-estimé la place et l'impact d'internet et de l'entourage, au sujet de la contraception, sur le choix et l'opinion des femmes.

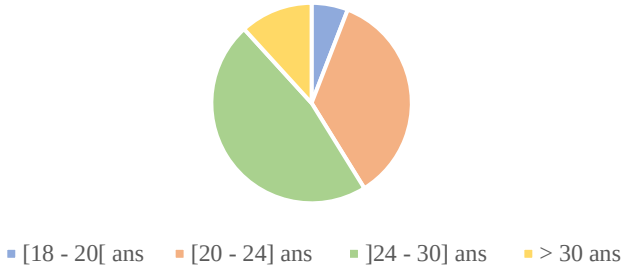
RESULTATS

I- Présentation de la population

1. Age

Les dix-sept femmes rencontrées étaient âgées de 19 à 32 ans. Soit une moyenne de 26 ans. Et un âge médian identique.

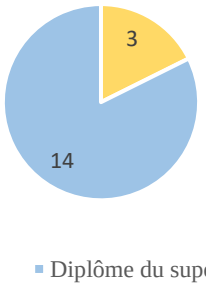
Figure 1 : Répartition de notre population cible selon les âges



2. Catégorie socio-professionnelle

Toutes les participantes étaient détentrices d'un diplôme et sont caucasiennes. La figure 2, ci-dessous représente leur répartition selon leur niveau d'études.

Figure 2 : Répartition de notre population selon leur niveau d'études



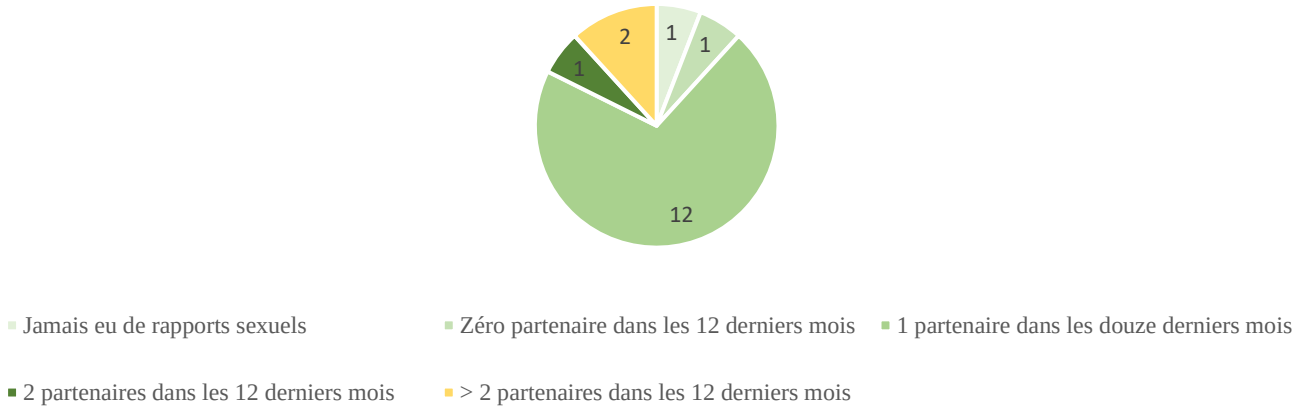
Nous les avions interrogées sur leur statut professionnel, le milieu et le type d'activité qu'elles exerçaient. 7 d'entre elles étaient encore étudiantes. 9 avaient un emploi et 1 était au chômage au moment de l'enquête. Parmi elles, trois faisaient partie du domaine médical/paramédical.

3. Vie personnelle et sexuelle

A la question : *« Quelle est votre situation personnelle et familiale actuelle ? »*, 11 femmes ont répondu être en couple stable (dont deux pacsées), et 6, être célibataire.

16/17 des participantes avaient déjà eu un rapport sexuel. La question *« Combien de partenaires sexuels avez-vous eu dans les douze derniers mois ? »* a été posée aux patientes. Cette information est représentée dans la figure 3.

Figure 3 :Répartition de notre population cible selon le nombre de partenaires sexuels dans les douze derniers mois

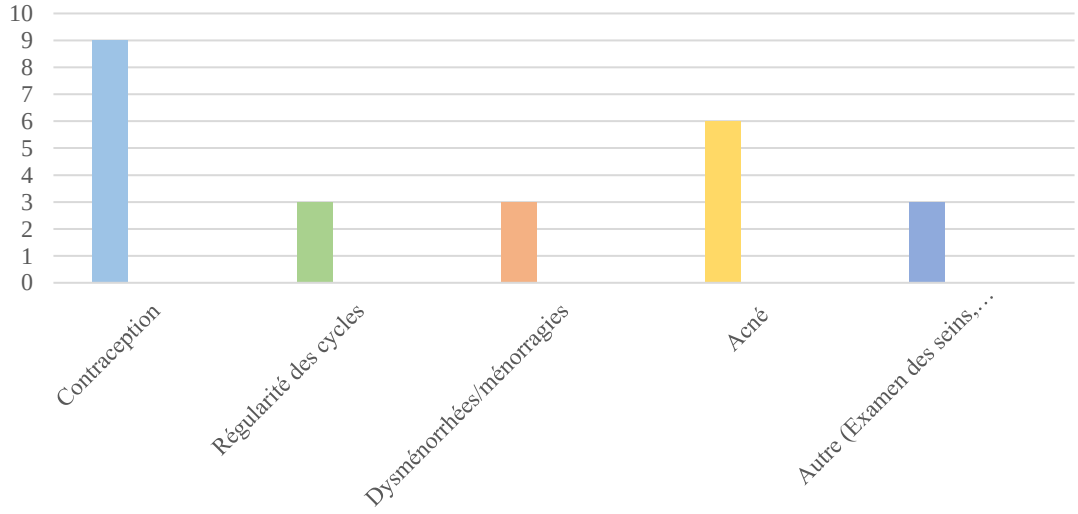


II. Expérience et besoins des femmes en matière de contraception

1. Histoire du suivi en gynécologie

Les 17 femmes interrogées ont toutes un suivi régulier qui a débuté en moyenne entre 16 et 17 ans. L'âge médian, quant à lui, est de 16 ans. Les différents motifs de leur première consultation sont détaillés dans la figure 4 ci-dessous :

Figure 4 : Motifs de la première consultation en gynécologie pour notre population



Pour ce premier rendez-vous, 10/17 femmes se sont rendues chez un médecin gynécologue. Certaines sont allées chez un médecin généraliste : 4/17. Les trois autres sont allées chez une sage-femme, à la PMI, et chez un endocrinologue.

En moyenne, les participantes ont consulté 2 à 3 professionnels différents. Les femmes justifient ce changement pour des raisons de praticité ou d'insatisfaction :

- **Praticité**

Les patientes 1 et 15, ont respectivement évoqué l'aspect de la proximité : « *c'était un gynécologue homme, qui a suivi ma maman pendant ses grossesses, sauf que du coup il est en Bourgogne donc c'est vrai que côté pratique c'est compliqué, donc c'est pour ça aussi que j'ai choisi de retrouver sur Paris.* », « *Euh bah parce que j'ai déménagé pour mon boulot et c'était plus pratique.* »

Les patiente 3 et 10 relèvent qu'elles ont changé de consultant par manque de rendez-vous disponibles : *« c'était parce que c'était compliqué de voir un gynécologue, qu'en fait je me suis tournée vers une sage-femme. […] Mais maintenant que j'ai déménagé à Pantin, je préfère toujours*

être avec des praticiens qui sont près de moi quoi. » « Mais là j'ai changé de gynécologue mais juste pour des questions pratiques parce que je n'arrive pas à avoir de rendez-vous »

- **<u>Insatisfaction</u>**

Certaines femmes ont changé de praticien car elles étaient insatisfaites. Elles mettent l'accent sur plusieurs facettes : le côté expéditif de la consultation, les gestes mal vécus lors de l'examen, le manque d'informations, d'explications.

Patiente 2 : *« Alors je suis allée chez un autre gynécologue. Ensuite j'ai pas trop aimé son approche, du coup j'ai changé […] La consultation était assez … assez rapide, c'était pas très clair, j'ai pas eu les réponses que je voulais euh… Et il m'avait fait un prélèvement vaginal un peu … rapide on va dire. Ça m'a u peu surprise donc j'ai pas voulu y retourner. Et aussi, je voulais avoir plus de réponses aux questions que j'avais sur la pilule et comment on la prend quoi. C'était une consultation pas très détaillée et rapide. »*

Patiente 3 : *« La première gynéco que j'ai vue euh … ça m'a pas plu la manière dont elle…enfin par exemple elle m'a palpé les seins sans me prévenir donc euh…ça me plaisait pas »*

Patiente 5 : *« Des personnes assez froides. J'étais pas à l'aise…Pourtant à chaque fois c'était que des femmes. […] elles faisaient juste une ordonnance »*

Patiente 9 : *« je suis allée la voir qu'une fois et après je suis allée chez une sage-femme. […] Euh parce qu'elle m'a pas donné assez d'informations »*

Patiente 17 : *« Bah… (souffle) je suis restée cinq minutes... (rires). Euh grosso modo, j'ai juste dit que je voulais une contraception, que j'avais des règles qui étaient très fortes en plus donc je voulais en profiter pour diminuer un peu et il m'a dit qu'il allait me prescrire une pilule euh toute simple, celle qu'il mettait à toutes les jeunes filles euh…et qu'il fallait faire une prise de sang dans les trois mois. Et que s'il n'y avait pas de problèmes avec la prise de sang je revenais pas quoi. […] Ouais j'ai changé parce que, vous savez comme j'ai vingt-cinq ans j'ai dû faire un frottis et tout et euh (souffle). Et c'était un homme, je l'aimais pas trop, ça se passait pas spécialement bien et il s'en foutait un peu… euh du coup je suis allée voir une autre euh gynécologue, une femme euh que j'avais trouvée. […] Bah je lui avais expliqué mon problème de pilule, il m'avait dit « nan mais on s'en fout euh » genre euh « tant que tu la tolères, gardes la ». Euh je lui avais dit que j'avais peut-être des mycoses, il m'avait dit « mais on vit avec toute sa vie, donc j'ai rien à faire pour toi ! » Voilà quoi… »*

La patiente 11, était suivie par un médecin généraliste qui forme des internes. De fait, pour chaque consultation, elle a eu à faire à un interne différent : « *Euh du coup c'est vrai que c'est pas facile d'avoir un suivi gynéco vraiment euh avec quelqu'un qui change à chaque fois quand on le voit »*

2. Expériences contraceptives

Pour contextualiser, toutes les patientes étaient nullipares, et l'une d'entre elle avait déjà eu recours à l'IVG médicamenteuse. Aucune patiente n'envisage un projet de grossesse dans les douze mois à venir.

En moyenne, les nullipares ayant participé à notre étude ont débuté leur contraceptif à 17 ans (arrondi à l'âge supérieur). L'âge médian est identique.

Pour la totalité d'entre elles, le premier contraceptif utilisé est la pilule. Seulement deux femmes ont évoqué les préservatifs masculins.

En moyenne, les participantes ont utilisé trois contraceptifs différents en huit ans. Pour 12/17, ces contraceptifs étaient exclusivement des pilules. 2/17 ont utilisé des préservatifs (dont une pour qui c'était la seule contraception déjà utilisée), et 3/17 le DIU au cuivre.

Pour les 12 femmes qui n'ont utilisé que la pilule contraceptive, elles en ont pour la plupart, testé plusieurs. Les motifs de changements étaient :

- **Les effets indésirables** : 8/12

Patiente 6 : *« Donc j'ai pris diane 35, qui a bien résolu mon problème d'acné mais qui me convenait pas parce que j'ai pris du poids et surtout parce que j'avais un problème de cholestérol »*

Patiente 10 : *« je commençais à avoir des gros maux de tête avec Minidril, vraiment très fort, de quoi se taper la tête contre un mur. En fait elle devait certainement plus me convenir donc euh elle m'a passée sous Leeloo. »*

- **La polémique des pilules**

L'une d'entre elle a décidé d'arrêter la prise de pilule pour utiliser des préservatifs. Celle-ci appuyait son choix sur la crise autour des pilules contraceptives :

Patiente 5 : « *J'ai arrêté… Euh juste par choix, parce que j'avais pas d'effets secondaires. Juste tout ce que je lis en ce moment, tout ce qu'on voit un peu partout concernant la pilule justement, tous les effets négatifs. J'avais juste l'impression de m'empoisonner un peu tous les jours. […] J'avais envie de voir ce que c'était aussi d'avoir un corps aussi sans rien prendre »*

Pour trois d'entre elles le changement de pilule était lié à la polémique des pilules de troisième génération.

Patiente 13 : *« Et du coup, ma gynéco elle m'a mise sous Triafemi je crois au tout début. Je l'ai eu pendant longtemps. Après elle a été retirée du marché »*

Patiente 14 : *« J'ai commencé à l'époque avec Minerva. Qui est devenue un peu controversée et du coup j'ai basculé sur Leeloo […] Parce que ma gynécologue ne voulait plus me la prescrire du coup elle m'a donné Leeloo à la place. »*

- **<u>Le coût financier :</u>** 1/ 12

Patiente 2 : *« Bah du coup j'ai pris rendez-vous chez la sage-femme pour en parler. Parce que je prends une pilule qui n'est pas remboursée »*

Parmi les 17 participantes, 3 étaient détentrices d'un DIU avant la consultation. Auparavant, elles avaient exclusivement utilisé des pilules contraceptives. Leurs motivations étaient :

- **<u>La praticité</u>**

Patiente 3 : *« je l'oubliais mais pas régulièrement […] bah des fois je prenais une pilule du lendemain quand il y avait un souci […] Mais j'aimais pas l'idée de…de…J'aimais pas l'idée. Ça m'est arrivé d'être emmerdé parce que je devais recommencer un cycle parce que j'étais partie en week-end, j'avais oublié de l'emmener enfin des trucs comme ça »*

Patiente 15 : « *Alors moi, j'ai commencé avec une pilule de troisième génération. Euh…je suis absolument pas régulière, ce qui m'a coûté deux accidents, donc j'ai cherché un moyen de contraception dont je ne devais pas m'occuper. »*

- **<u>Arrêt des hormones :</u>** 2/3

Patiente 3 : *« Et puis, encore une fois, le critère non hormonal. Parce que j'appréciais le fait d'avoir mes cycles naturels et je pense que ça un impact sur ma sexualité, ma libido. »*

Patiente 7 : *« j'avais fait un peu de recherches et j'avais pas envie de…enfin d'un moyen de contraception hormonal parce que je me disais que ça risquait de me donner les mêmes effets secondaires »*

- **<u>Effets secondaires de la pilule</u>** : 2/3

Patiente 3 : *« J'ai pas envie d'avoir du spotting, ce qui m'arrivait avec Qlaira. Et ça je voulais pas.»*

Patiente 7 : « *Puis finalement ça a fait revenir les effets secondaires qui étaient déjà problématiques et que j'avais eu pendant des années, donc j'ai arrêté. J'avais en fait euh…dix à quinze jours avant mes règles j'avais vraiment mal bah aux seins en fait. Ça me faisait vraiment mal pour dormir, pour faire du sport. C'était assez handicapant. Du coup je me suis fait poser un stérilet au cuivre.*

3 nullipares ont fait une pause dans la prise de contraceptif. A chaque fois dans un contexte de séparation avec leur compagnon.

Deux d'entre elles ont évoqué spontanément la prise de contraception d'urgence lorsqu'elle témoignait de leur expérience contraceptive : *« Bah toujours préservatifs. Des fois, sans. C'est pas très bien …mais oui des fois sans. Mais toujours préservatifs euh dès le début. Sinon ouais pilule tout ce qu'est contraception de ce type là non. »* (Patiente 4) *« Oui bah ça m'arrive de l'oublier des fois mais ça va. [...] Pas forcément souvent mais ça m'arrive et après je vais chercher la pilule du lendemain à la pharmacie, ça dépanne bien. »* (Patiente 8)

Avant la consultation du jour, la majorité des patientes avaient une pilule contraceptive : 12/17. Les préservatifs masculins étaient utilisés par deux patientes et 3/17 portaient un DIU.

12/17 sont satisfaites de leur contraception.

3. Critères de choix pour la contraception

Afin de comprendre les besoins des femmes envers leur contraception, nous leur avons demandé ***: « Quels sont selon vous les critères de choix pour une contraception idéale ? »***

Ressort en premier l'efficacité et la fiabilité à 13 reprises. Ensuite vient la notion de praticité (à 9 reprises). Les femmes ont également mis l'accent sur l'importance du caractère non hormonal (8 fois). D'autres ont relevé la tolérance, le coût et le contrôle.

Patiente 1 : « Bah une contraception avec de la **fiabilité** et une **facilité de prise** »

Patiente 3 : *« Je voulais avoir une* ***sécurité*** *de fond. Donc déjà évidement il faut que ce soit* ***fiable****. […] Euh je voulais que ce soit* ***tout le temps****, donc pas préservatifs parce que pas seulement au moment du rapport. Le stérilet m'a paru plus intéressant, parce que c'est* ***pratique****, j'ai pas à y penser. Et puis, encore une fois, le critère* ***non hormonal*** *».*

Patiente 11 : « *Bah qu'elle soit* ***efficace, pratique, fiable****. En disant ça, le stérilet rempli toutes les cases (rires) »*

Patiente 13 : *« Moi personnellement, j'ai pris ce que le médecin m'a prescrit ; J'ai pris la pilule parce que c'est le moyen de* ***facilité*** *entre guillemets »*

Patiente 14 : « *Moi c'était plutôt* ***efficacité, diminuer l'abondance des cycles*** *et du coup régulariser. Une* ***bonne tolérance****, et* ***pas trop cher****. »*

Patiente 16 : « *C'est des choses pour moi, avoir* ***le contrôle*** *c'est mais fondamental quoi ! De me dire que si je l'oublie c'est … je suis la seule responsable […] Tous les combats féministes actuels anti-pilules antihormones, m'exaspèrent au plus haut point […] mais euh…juste de savoir quand on a*

ses règles et exactement quand elles se terminent, de plus avoir mal au ventre mais c'est …incroyable ! »

Après avoir relevé les critères de choix des patientes en matière de contraception en général, nous nous sommes intéressés aux avantages et inconvénients qu'elles retrouvaient à la pilule, puisque c'est le moyen que 12 de nos participantes utilisent. De plus, toutes l'ont déjà testée.

4. Avantages de la Pilule contraceptive

La praticité est l'avantage le plus cité par les femmes de notre étude : *« Ennnh je sais pas. Enfin pour moi, il n'y a pas euh fin je la prends parce que vous voyez c'est plus* ***pratique*** *que de se protéger et tout quoi. »* (Patiente 13), « *je trouve que c'est hyper* ***pratique*** *en fait. »* (Patiente 17).

Elles associent la praticité à l'accessibilité et la facilité de prise : « *Après si je trouve que ça a un côté* ***accessible et pratique****. Je trouve que c'est une vraie* ***solution de facilité****. »* (Patiente 11).

Certaines ont une bonne tolérance : « *Pour moi ce que j'entends par avantages c'est que ça me pose pas de problèmes réels parce que j'ai* ***aucun effet secondaires*** *».*

La patiente 14 trouve que principalement, l'avantage : *« c'est la* ***régularisation des cycles et de leur abondance*** *! J'ai revécu après ça ! C'est pas une contrainte de la prendre tous les jours à heure fixe, c'est pas grave ! Maintenant mon horloge, mon horloge euh de prise est fixée, donc moi de ce côté-là je suis soulagée. Je l'oublie plus maintenant. C'est vrai qu'au début c'était pas évident, ça m'arrivait de l'oublier, de la prendre quelques heures après. Mais en fait maintenant, c'est devenu une routine. »*

Pour ces femmes, la régularité des cycles, et la facilité de prise leur permettent de maîtriser leur contraception. Elles parlent alors de contrôle : *« Euh…Je* ***contrôle*** *! Dans le sens où je la prends tous les soirs, donc euh je sais que voilà, j'arrête sept jours, j'ai mes règles. Donc je sais qu'il n'y a rien d'anormal, je ne suis pas enceinte et cetera »* (Patiente 10), *« Et bah alors déjà, le* ***contrôle*** *c'est-à-dire que quand je l'oublie je sais, quand je la prends je sais [..] Donc pour moi la pilule c'est vraiment la liberté de la femme »* (Patiente 16)

Quelques utilisatrices ont dû réfléchir avant de citer les avantages : « *Euh…bah pour… Euh… Après…euh…(souffle)… (silence)…euh… avantage euh… je vois pas trop. »* (Patiente 11). « c'est que … il y a des avantages à la pilule … dans le sens où bah … (silence), c'est ... (silence) comment dire, (silence) euh … (silence). » (Patiente 2)

Celles qui n'ont identifié aucun avantage, sont les trois femmes ayant un DIU comme contraceptif (Patiente 3, 7 et 15).

5. Inconvénients de la Pilule contraceptive

Du plus au moins fréquent, les inconvénients suivants ont émergé : L'oubli, la contrainte, la présence d'hormones, les effets indésirables.

15 patientes sur 17 ont mis en exergue le côté contraignant et l'oubli possible de la pilule : « *Euh… Bah inconvénients c'est qu'il* ***faut penser à la prendre tous les soirs****.* » (Patiente 7) ; *« Mais faut y* ***penser, ne pas l'oublier*** » (Patiente 12) ; *« La pilule on l'avale…après c'est un peu* ***contraignant*** *parce que c'est tous les jours, qu'il faut pas l'oublier et que c'est à peu près à la même heure et que…voilà ça c'est le côté qui est un peu chiant. »* (Patiente 11) ; *« Et inconvénients faut* ***pas l'oublier****, faut* ***penser à aller à la pharmacie****, si t'es malade genre gastro et tout bah tu sais pas si faut la reprendre. Je dirais ça. »* (Patiente 13)

Les effets indésirables, sont stipulés par 5 femmes : « *Pour moi la* ***pilule ne nous fait pas du bien*** *euh… […]. Que ce soit l'****humeur****, la* ***libido****, tout. Tout change en fait. Et je sais que la pilule n'est pas bonne, enfin il y a tout un débat là-dessus et c'est un petit peu embêtant »* (Patiente 1).

Pour d'autres, c'est la présence d'hormones qui les dérange. Cet aspect et relevé à 5 reprises. *« Ce petit truc là que je me dis dans ma tête, bon* ***les hormones c'est pas top pour ton corps*** » (Patiente 2). *« Euh bah il y a des* ***hormones*** *! »* (Patiente 17)

Au contraire, pour certaines ce contraceptif ne présente aucun inconvénient : Patiente 6 : *« Je trouve pas ça contraignant de prendre une pilule tous les jours à heure fixe, ça me dérange pas. »* (Patiente 6); *« bah* ***je lui en trouve pas****. C'est vrai que ce qu'on entend c'est que ça fait prendre du poids. Moi ça n'a pas été mon cas. Donc j'en vois pas. »* (Patiente 14)

III. La consultation de contraception

1. Professionnel consulté

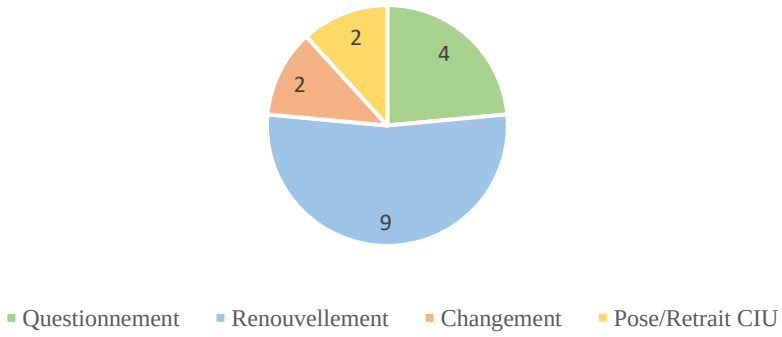
Pour cette consultation de contraception, les nullipares ont toutes consulté en libéral, trois types de professionnel de santé

- Sage-femme libérale : Pour 7 participantes
- Gynécologue de ville : Pour 7 participantes
- Médecin généraliste : Pour 3 participantes

2. Motif de la consultation

Les patientes venaient pour différents motifs autour de la contraception : Questionnement, renouvellement, changement, pose/retrait de CIU. Pour certaines, c'était également le moment du suivi annuel.

Figure 7 : Les motifs de consultation des nullipares de notre étude



Le renouvellement de la contraception est le motif de consultation pour la moitié des patientes de notre étude.

Pour les femmes qui ont consulté car elles avaient des questions autour de la contraception, 3 sur 4 s'interrogeaient sur la CIU :

Patiente 2 : *« Alors moi je venais pour en apprendre un peu sur le stérilet »*

Patiente 5 : *« Pour justement pour parler du stérilet, pour qu'on m'explique un peu plus. Pouvoir poser mes questions et puis prendre un rendez-vous pour la pose du coup »*

Deux patientes avaient pour optique de changer de contraception :

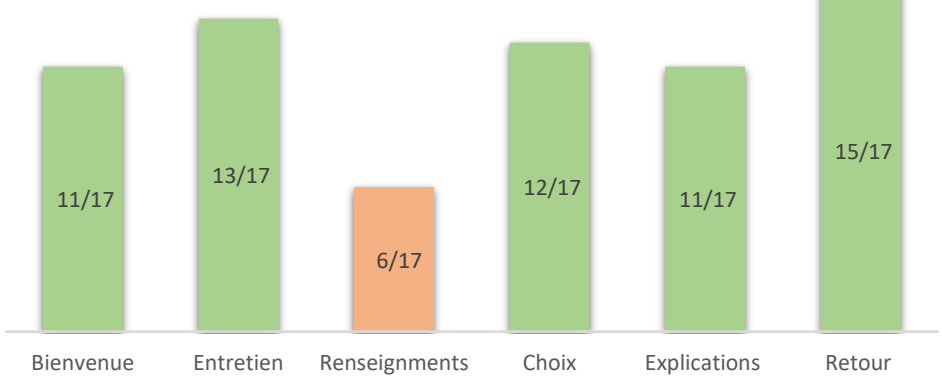
Patiente 13 : « *Bah là, je suis allée à la gynéco parce que j'ai des …bah mon contrôle normal mais en plus en fait j'ai des migraines. Et je sais pas si c'est lié à ma pilule ou pas mais en fait j'ai des migraines hors cycles. Enfin pendant mes cycles mais pas pendant mes règles. Je voulais voir pour en changer.* »

Patiente 17 : « *Oui, parce qu'en fait j'avais plus du tout mes règles. Et … fin psychologiquement ça me dérangeait un peu à force* »

3. Méthode BERCER

Lors des entretiens, un temps était dédié à la description de la consultation à laquelle la patiente venait de se rendre. Elles ont pu raconter son déroulement. Cela a permis de mettre en évidence les différentes étapes de la méthode BERCER, et d'évaluer sa pratique via la parole des femmes.

Figure 8 : Proportion des patientes ayant bénéficié des étapes de la méthode BERCER



6/17 patientes ont bénéficié de la méthode BERCER dans son entièreté, et elles expriment leur satisfaction : « *Alors ben du coup quand je suis arrivée, elle m'a accueillie et elle m'a d'abord posé des questions de base sur ma situation, euh sur ce que je voulais et donc après elle m'a expliqué euh elle m'a parlé de chaque moyen de contraception qui existe. Ce que je trouve super d'ailleurs parce que c'est vrai que on n'a pas l'habitude qu'on nous présente tout. Enfin c'est chouette parce qu'il y a des trucs que je ne connaissais pas. […] Après moi j'étais venue vraiment avec l'idée du stérilet dans tous les cas. C'était pour moi déjà … déjà acté. Mais ce que j'ai trouvé super aussi, c'est qu'en suite elle m'a montré à quoi ça ressemblait en vrai, comment on le pose. La différence entre les deux, avec un schéma. Même si c'est vrai qu'on sait pas trop à quoi ça ressemble. Voilà, donc tout expliqué*

de A à Z et puis ensuite, on a parlé de ma vie privée par rapport à mes partenaires et puis ensuite euh de de prendre rendez-vous pour le poser, des test à faire aussi ! » (Patiente 5)

Pour une d'entre elle, aucune étape n'a été respectée : « Déjà ça a commencé par « Votre carte vitale s'il vous plait », après je me suis déshabillée pour qu'elle m'ausculte. En gros elle me fait mon ordonnance, elle me fait mon frottis, et puis c'est fini quoi ! » (Patiente 10). Quant aux autres femmes, leur praticien utilise cette méthode partiellement. L'étape la moins respectée est celle des renseignements.

4. Présentation des contraceptifs

A la question ***« D'autres méthodes contraceptives que celle que vous possédez actuellement, vous ont-elles été présentées ? »,*** 11/17 ont répondu par la négative :

Patiente 8 : *« Bah non, elle m'a dit que tout allait bien. »*

Patiente 14 : *« Non, alors non. C'est vrai que de ce côté-là, on a pas abordé le sujet. En même temps ça fait quoi…presque quinze ans que je vais la voir. »*

Patiente 17 : *« Nan, pas du tout. Mais moi je m'y connais pas non plus... »*

Les autres ont bénéficié d'une présentation large ou ciblée des différentes contraceptions :

Patiente 3 : *« Donc en fait on a discuté de…On a refait le point sur les méthodes de contraception, sur ma perception, de ce que j'avais vécu jusque-là et cetera" »*

Patiente 11 : *« Rapidement, mais du coup elle m'a dit « oui voilà c'est bien, ça vous convient ». Du coup elle m'a fait une ordonnance de pilule pour un an. »*

Une patiente nous a décrit l'outil utilisé par la sage-femme pour présenter les différents moyens de contraception : *« elle a un tableau simple, elle a présenté toutes les contraceptions euh avec deux zones de couleurs »* (Patiente 1). La patiente 3 nous a stipulé que la sage-femme avait illustré ses explications *« Avec des schémas. Des schémas qui comparaient les deux stérilets : le stérilet hormonal et le stérilet cuivre, en me montrant »*. La sage-femme de la patiente 5 a expliqué les modalités de la pose grâce à une maquette : *« Elle avait une petite boîte avec un faux utérus. Donc elle m'a montré comment ça se posait avec les différentes étapes. Là où ça peut buter et tout donc euh c'était chouette de voir à quoi ça ressemble et puis après par rapport au fil justement qu'au début on peut peut-être les sentir parce qu'au bout d'un moment ça se colle sur le côté. »*

Les contraceptifs ont parfois été présenté à la demande des patientes : *« C'est moi qui ai demandé »* (Patiente 15)

5. Issu de la consultation : Choix du contraceptif

A la fin de la consultation, toutes les patientes sont reparties avec une prescription. Les figure ci-dessous, représentent la répartition des contraceptif adoptés par les patientes à avant la consultation et l'issu de celle-ci.

La répartition est sensiblement la même. Seules les deux patientes utilisant les préservatifs masculins ont changé de méthodes. La patiente 5 a opté pour un SIU et la patiente 3 pour une pilule oestro-progestative. 3 patientes ont changé de modèle de pilule oestro-progestative pour une moins dosée.

Figure 9 : Répartition des contraceptifs utilisés par les 17 nullipares <u>AVANT</u> la consultation de contraception

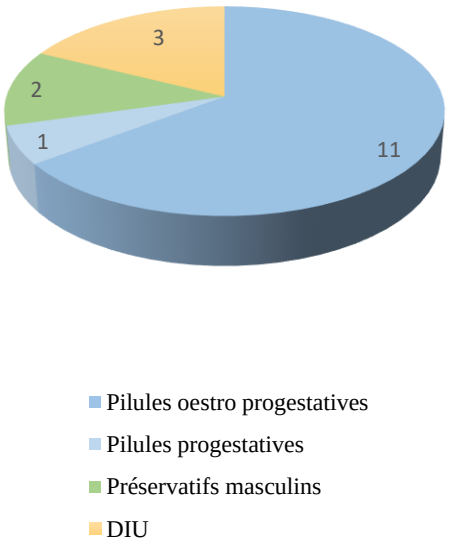
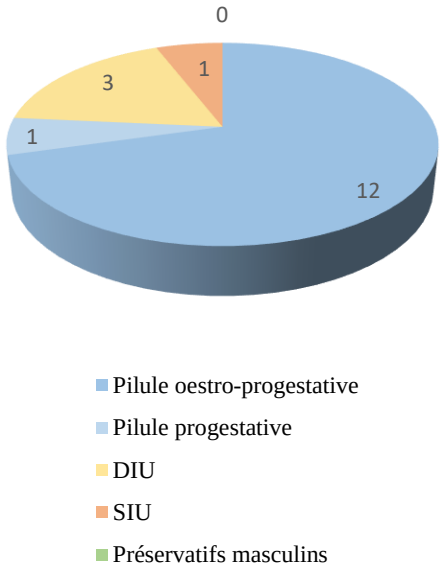


Figure 10 : Répartition des contraceptifs utilisés par les 17 nullipares <u>APRES</u> la consultation de contraception



6. Place de la CIU lors de la consultation

Après s'être questionnés sur les habitudes contraceptives de notre population, nous rentrons au cœur de notre sujet en nous intéressant à la place occupée par la CIU au sein de cette consultation de contraception.

6 patientes sur 17, ont décrit que la CIU a pris une place importante au cours de l'entretien.

- Pour 3 d'entre elles, le sujet a été abordé car il était question de renouveler leur DIU.
- Concernant les trois autres, la **patiente 2** venait pour *« en apprendre un peu sur le stérilet »*. **La patiente 1** avait pour souhait de changer de moyen contraceptif et s'intéressait à la CIU : *« le stérilet par exemple c'est la seule contraception qui m'attire mais pour en avoir discuté du coup ça ne me correspondrait pas »* mais *« "Elle a eu une place importante mais on n'y a pas passé tant de temps que ça puisqu'on s'est vite rendu compte que ça ne me correspondait pas en fait. »*. Quant à la **patiente 5**, elle venait dans l'optique de choisir la CIU : *« Pour justement parler du stérilet, pour qu'on m'explique un peu plus. Pouvoir poser mes questions et puis prendre un rendez-vous pour la pose du coup »*

Pour 2 patientes, la CIU n'a pas occupé la place qu'elles attendaient : *« Après…euh…je lui avais demandé pour le stérilet pour les femmes qui ont pas eu d'enfant et …en fait elle m'a pas plus donné d'informations que ça…elle n'a pas trop répondu à mes questions donc du coup j'ai préféré rester sous pilule. »* (Patiente 10) ; *« Euh…Après ça a été présenté rapidement en fait. On m'a dit « ça, ça existe, ça ça ça » et c'est tout. On m'a pas dit comment ça marchait et tout »* (Patiente 11)

Pour la patiente 4, la CIU a occupé la même place que les autres contraceptifs : « elle m'a bien expliqué, elle m'a tout montré. »

Au total, le sujet de la CIU a été abordé à 9 consultations sur 17. A l'exception de la patiente 4, ce sont à chaque fois, les femmes qui ont mentionné leur besoin d'échanger à ce propos.

Pour les 8 autres patientes, sa place était inexistante. Ni le praticien, ni la patiente n'ont évoqué le sujet de la CIU.

Par ailleurs, les professionnels n'avaient relevé aucune contre-indication formelle ni relative à l'utilisation de cette méthode par les femmes de notre étude.

7. Positionnement du professionnel

A la question : « ***Diriez-vous que votre médecin/sage-femme est plutôt pour ou contre vous prescrire une contraception intra-utérine alors que vous n'avez jamais accouché ?*** », les femmes qui ont pu échanger avec leur praticien à ce sujet, indiquent qu'ils semblaient tous favorables à cette idée : « *Elle m'a appris qu'il y en avait un pour nullipare et elle m'a bien confirmé qu'il y en avait un pour nullipare. Elle a été très rassurante* » (Patiente 3). Dans le groupe des femmes où la CIU n'était pas abordée, elles ont presque toutes répondu qu'elles ignoraient leur positionnement. La patiente 14 a dit « *Après je pense que si moi j'avais consulté en disant je veux un stérilet je suis pas sûre que ma gynécologue aurait été hyper pour.* »

D'ailleurs, plusieurs ont stipulé qu'elles avaient déjà essuyé des refus de prescription ou pose de CIU de la part de certains professionnels : « *ma dernière gynéco, qui était vieille et est partie à la retraite m'a dit « euh moi je suis pas trop pour poser un stérilet chez des femmes qui n'ont pas eu d'enfant »* (Patiente 2) ; « *j'ai vu un premier professionnel qui était complètement contre parce que moi j'avais pas eu d'enfants. Donc il n'était pas du tout pour. Et ensuite ma gynéco que je vois, elle a été d'accord sans soucis.* » (Patiente 15) ; « *Et justement quand je suis allée la voir pour parler du stérilet puisque justement je pensais arrêter la pilule euh…et en fait elle m'a dit : « mais là la pilule te convient donc c'est dommage de changer ». J'étais venue pour poser des questions, pour comprendre un peu, pour qu'on me conseille et au final je suis repartie avec une ordonnance de pilule* » (Patiente 5)

IV. Le rapport des nullipares à la CIU

1. Quelles connaissances ?

L'objectif de ce travail n'était pas d'évaluer la connaissance des nullipares à propos de la contraception intra-utérine. Cependant, il semblait pertinent de repérer si les notions qu'elles en avaient à l'issu de la consultation, étaient suffisantes pour répondre aux questions de l'entretien.

Ainsi, pour 6/17 nullipares, il a été nécessaire de leur fournir des informations relatives à ce contraceptif.

Notre principal intérêt, était de savoir si elles avaient conscience qu'il est possible de disposer d'une CIU peu importe la parité. 11/17 le savaient. Néanmoins, avant d'avoir cette notion, elles étaient toutes persuadées qu'il fallait avoir déjà eu des enfants pour en bénéficier.

Sur les 6 patientes qui pensaient que la nulliparité était une contre-indication à la CIU, 5 ont découvert que cette information était fausse, lors de l'entretien que nous avons mené. La sixième l'a appris lors de sa consultation.

Patiente 4 : « *Nan parce que je pensais qu'il fallait avoir eu des enfants […] Pour moi c'était pas possible comme ça de mettre un stérilet avant ... Je me disais qu'il fallait peut-être pas avoir de l'expérience mais être un peu plus euh…plus âgée peut être ouais* »

Patiente 6 : « *C'est vrai que c'est pas ce qu'on disait à l'époque où j'étais ado.* »

Patiente 8 : « *En plus je crois qu'il faut déjà avoir eu des enfants, bon bah c'est mort alors.* »

Patiente 9 : « *Mais c'est vrai que je pense que sans savoir j'aurais dit que c'était pas possible.* »

Patiente 10 : « *Je savais que c'était réservé aux femmes avant qui avaient eu des enfants. Donc bah idem je rebasculais sur la pilule en fait.* »

Patiente 12 : « *Nan, à ma connaissance non. Mais du coup, le fait que je n'ai pas eu d'enfants, c'est pas une contre-indication au stérilet si je comprends bien ?* »

Pour les patientes au courant avant la consultation et avant l'entretien, 2/11 l'ont su grâce à leur praticien. Les autres ont eu l'information par leurs propres recherches, leur formation ou par l'entourage. *(Cet aspect sera développé dans la partie V)*.

Patiente 7 : « *J'avais trouvé l'information et je pense que j'avais déjà dû demande à ma gynéco qui m'avait dit qu'il n'y avait pas de soucis de ce côté-là* »

Patiente 11 : « *Euh oui ça du coup je le sais maintenant. Euh…ouais du coup quand j'étais plus jeune je pensais que c'était pas possible mais je l'ai appris au moment où j'ai cherché sur internet. J'étais assez surprise […]ma première idée c'était que c'était prévu pour les femmes qui avaient déjà eu des enfants et qui n'en voulaient plus. Et qui n'en voulait plus quoi…* »

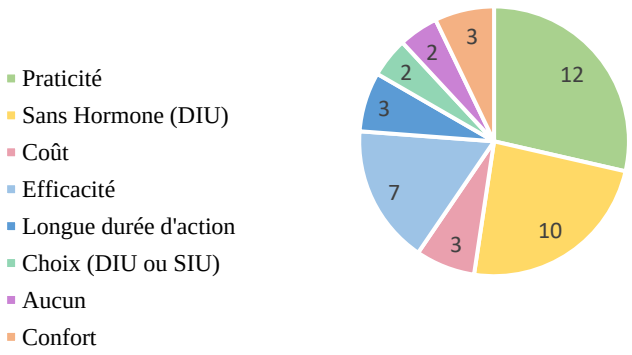
Patiente 16 : « *Mais c'est vrai que moi je pensais que de toutes façons tant que notre utérus n'avait pas été ... enfin qu'on avait pas accouché c'était fermé quoi.* »

Patiente 17 : « *Euh je le savais pas avant mon stage, bah mon stage de gynéco donc il y a deux mois (rires). Comme quoi !* »

2. Motivations pour la CIU encourageantes

Les avantages que les nullipares ont pu relever concernant la CIU figurent dans le diagramme ci-dessous.

Figure 11 : Les avantages de la CIU relevés par les nullipares de l'étude



Ceux-ci représentent des leviers à l'utilisation de cette méthode. Les deux motivations les plus fréquemment relevées sont : la praticité et l'absence d'hormone pour le DIU. Est aussi mis en exergue son efficacité. Ensuite, dans un ordre décroissant : sa longue durée d'action, son moindre coût, le choix possible entre le modèle hormonal ou non hormonal, ainsi que le confort qu'il apporte. Toutefois, pour certaines femmes, aucun point positif n'a été relevé.

- **La Praticité**

Patiente 2 : « *Bah oui, déjà le fait de **ne pas y penser** contrairement à la pilule. C'est vrai que parfois ça m'est déjà arrivée de l'oublier. Et au moins, là il est posé, on a plus besoin d'y penser.* »

Patiente 6 : *« Ce serait qu'on est **plus libre**, on a **plus besoin de penser à prendre un cachet chaque soir**. »*

Patiente 14 : *« Déjà, il n'y a **pas de prise quotidienne** donc c'est un soulagement je pense.* »

Patiente 17 : « *Et après c'est sûr que **t'as pas à y penser tous les jours**. Une fois qu'il est posé, il est posé et tu te diras pas « j'ai peut-être oublié ma pilule, donc c'est **pratique** aussi. »*

- **L'absence d'hormones**

Patiente 7 : *« Bah en fait… Je me disais que ce qui me convenait dans le fait qu'il n'y ait **pas d'hormones** c'est que si j'ai bien compris le fonctionnement euh…du coup en fait fin là il n'y a pas de…Enfin comment dire… J'ovule toujours…c'est l'impression d'avoir des **vraies règles** »*

Patiente 10 : *« Au fait que j'ai plus, alors dites-moi si c'est les vrais termes mais euh j'ai* ***plus d'hormones*** *qui sont entre guillemets synthétiques voilà tous les mois, et puis que mes ovaires puissent retravailler tous seuls. Enfin que je n'ai* ***plus d'hormones de synthèse*** *quoi. »*

Patiente 11 : *« J'avoue que c'est quelque chose qui pourrait m'attirer de* ***me passer d'hormones*** *ouais. »*

Patiente 17 : *« Bah du coup il y en a avec* ***plus ou moins d'hormones*** *donc c'est toujours mieux, on va pas se le cacher ! »*

- **L'Efficacité**

Patiente 9 : *en plus si c'est dans les* ***plus efficace*** *c'est cool ! »*

Patiente 16 : *« C'est le plus* ***efficace*** *et pour la femme qui a des problèmes d'oubli, euh le stérilet c'est une bénédiction. »*

- **La longue durée d'action**

Patiente 14 **:** *«* ***L'efficacité de trois à cinq ans****, au moins on est tranquille sur une longue période et on a* ***plus d'oubli possible****. »*

Patiente 16 : *«* ***Tu le gardes vachement longtemps*** *euh c'est…c'est sûr que ça a un avantage »*

Patiente 17 : « *C'est sûr que quand t'as ton stérilet qu'est posé, pendant trois ans tu t'en occupes plus et terminé ! »*

- **Le faible coût**

Patiente 8 : « *C'est* ***pas très cher*** *au final ! »*

Patiente 13 : « *Et au final* ***pas cher*** *du tout ! Parce que t'as des pilules ou même le patch et tout c'est pas remboursé et ça coûte cher. »*

- **Le confort**

Patiente 3 : *« j'aime tellement* ***le confort*** *du truc que j'ai décidé de le renouveler »*

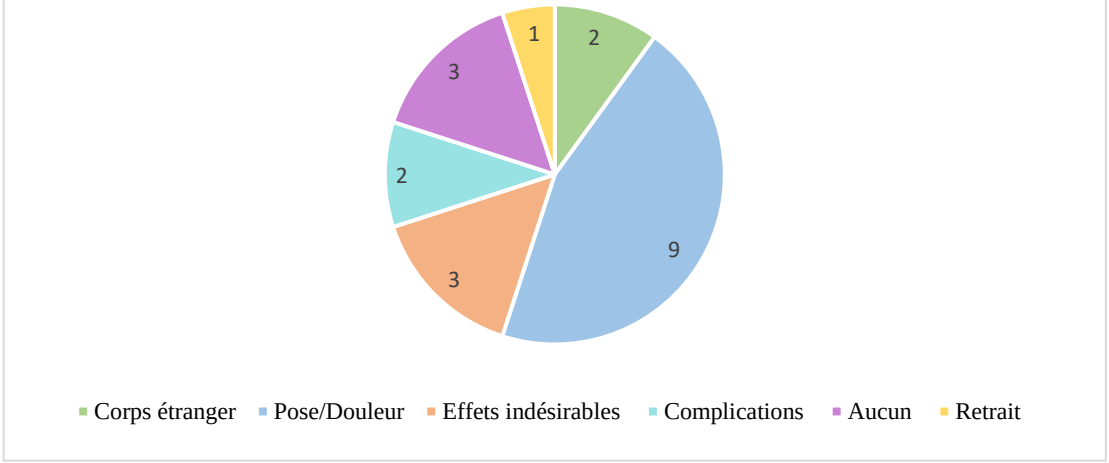
- **Le choix possible entre modèle hormonal et non hormonal**

Patiente 13 : « *Tu peux* ***choisir*** *un peu avec hormones ou pas d'hormone. »*

3. Des réticences et craintes persistantes

Les nullipares de notre étude ont fait part de leurs réticences et leurs craintes face à la CIU. Elles sont indiquées dans la figure ci-dessous.

Figure 12 : Réticences pour la CIU relevées par les nullipares



La pose et la douleur qu'elle pourrait provoquer est l'élément le plus souligné par les nullipares. La moitié (9/17) des participantes l'ont évoqué. Les effets indésirables tels les ménorragies, les dysménorrhées, les dyspareunies, et les métrorragies constituent également un frein. Les complications rares comme la migration, la perforation et l'infection en dissuadent certaines. Aussi, la notion de corps étranger a été abordé. Quelques nullipares n'ont relevé aucune réticences à cette contraception.

❖ **<u>La douleur de la pose</u>**

Patiente 9 : *« Je pense qu'au moment de **la pose** je serai pas sereine… Ouais je pense que j'aurais peur **d'avoir mal** mais ça ne m'empêcherait pas de passer le cap »*

Patiente 11 : *« Après…le stérilet…c'est un peu ce côté aussi de **la douleur** de… de…. **L'insertion** […] Le seul point qui fait un peu peur **c'est la pose** mais c'est une étape pour cinq ans tranquille, donc c'est jouable. »*

Patiente 13 : *« Mais euh…(rélféchit). Mais après, ouais douleur je pense … Parce que j'ai pas peur de l'infection, j'ai pas peur que le truc il parte au fin fond de mon corps. Enfin si il est bien posé, c'est hyper rare (rires). Nan je pense **douleur**, j'ai peur que la pose fasse ml ! »*

- **Effets indésirables**

Patiente 3 : *« Les craintes : c'était plutôt les* ***douleurs*** *et* ***l'abondance des règles*** *en général. »*

Patiente 5 : « *L'idée même que* ***le partenaire puisse le sentir*** *(rire). Plein de petites choses comme ça qui passent par la tête »*

Patiente 8 : *« les* ***effets secondaires*** *! Parce que je me dis déjà au cuivre, j'ai des règles abondantes déjà pas mal euh… donc si ça me rend des règles plus abondantes euh … »*

Patiente 16 : *« Et c'est l'autre truc qui fait que pour moi le stérilet c'est pas une alternative c'est que je sais que bah déjà t'as des* ***spotting*** *et ça c'est ma paranoïa ! De me dire que je peux avoir un saignement au moment où je m'y attends pas ! Et euh ça provoque des* ***règle plus douloureuses*** *quoi ! »*

- **Les complications**

Patiente 5 : *L'idée que ça puisse* ***bouger****, que ça fasse* ***mal****.*

Patiente 14 : *« Un petit peu ouais ! Je me dis que cinq ans c'est peut-être un peu long. Est-ce qu'il n'y aurait pas de* ***risques d'infections, de déviation du stérilet****, de… Après c'est psychologique hein mais je pense qu'au début, psychologiquement je me demanderais si il est bien en place euh mais après j'y penserai sûrement plus. »*

- **Un corps étranger**

Patiente 1 : *« C'est une contraception qui me faisait peur dans le fait que ce soit quelque chose qui est en moi. »*

Patiente 4 : « ***Marie : La chose qui vous dérange c'est que ce soit en vous ?*** *Patiente : Oui »*

Patiente 5 : *« Après il y a la peur quand même de de se dire qu'on a un* ***corps étranger*** *dans l'utérus. C'est pas l'éclate de s'imaginer »*

- **Aucune réticence**

Patiente 12 : *« Après inconvénient non. J'en vois pas, bien au contraire ! […] Donc non en fait perso,* ***j'ai pas plus de de craintes*** *qu'avec la pilule ou si j'avais le stérilet. »*

Patiente 17 : *« Je ne lui trouve* ***aucun inconvénient*** *en fait. »*

4. Quelles représentations les nullipares ont-elles de la CIU ?

Nous nous sommes interrogées sur la représentation mentale que se font les nullipares de la CIU. Quelle image ont-elles de l'objet ? Quelle projection sensorielle est suscitée lorsque l'on parle de « stérilet » ou de « contraception intra-utérine » ? Ainsi nous nous sommes axées sur l'objet et sur la terminologie qui le désigne.

a. Représentation visuelle : Comment perçoivent-elles l'objet ?

Pour nous en rendre compte, nous avons proposé aux femmes de dessiner le dispositif à l'échelle réelle. 13/17 des participantes le surdimensionnaient, ne le représentant jamais en deçà de 7 centimètres de long et 5 centimètres de large (Annexe 6). Celles-ci n'en avaient jamais eu l'occasion d'en voir un en démonstration et donc à taille réelle. Par ailleurs, ils avaient tous la forme en « T » ou en « Y ». Pour le représenter, plusieurs patientes ont fait le parallèle avec leur anatomie. Elles ont exprimé pour la plupart, leur surprise face à la taille de leur utérus et de fait, le dispositif. Cela les a aussi rassurées.

- **<u>Surdimensionnent l'objet</u>**

Patiente 3 : *« Alors ça non, **je pensais que ça allait être plus grand**. J'avais aucune idée. Je me souviens, **je m'étais étonnée qu'il soit si petit**. Je pensais, en fait j'y avais jamais réfléchis, mais dans ma tête, c'était au moins….(déssine), au moins comme ça quoi ! Un truc euh ! beaucoup plus **balaise** quoi ! Je sais pas pourquoi mais j'imaginais , j'imaginais pas que ce serait un petit truc comme ça quoi […].Mais comme on a l'image qu'il y a un bébé dedans un jour, on a l'image que notre utérus est à la base extrêmement grand. Donc euh voilà. Mais en fait c'est vrai que **ça m'a beaucoup rassuré** en fait, quand j'ai vu la taille du truc, je me suis dit : « bon d'accord ». Nan vraiment, ça m'a rassuré en fait. Mais oui moi vraiment…En fait c'est parce qu'on le voit que sur des **schémas qui sont beaucoup plus gros** et en fait j'avais pas l'impression de ça du tout. »*

Patiente 13 : *« En plus, franchement, les boîtes elles sont immenses. Et ça je pense que ça fait flipper plein de gens. Et d'ailleurs, j'ai déjà eu plusieurs fois des dames qui voulaient se faire rembourser ou qui voulaient pas l'acheter parce qu'elles ont flippé en la voyant ! »*

Patiente 14 : *« : J'ai peur d'être dans l'exagération, on va dire un peu moins de quinze centimètres ? de haut après la largeur vraiment je sais pas, cinq centimètres ? […] Ah oui, j'y étais pas ! Bah c'est bien plus mignon ! Ça dédramatise vraiment l'histoire »*

Patiente 17 : *« Je pensais que c'était un peu plus grand quand même. Enfin vous voyez l'espèce de fourchette des deux branches-là qui partent de chaque côté. Bah je pensais que c'était beaucoup plus grand. »*

- **<u>Visualisent l'objet</u>**

Patiente 10 : *« Bah c'est une bonne question ! Je sais que ça a une **forme de T**.*

Patiente 16 : *« Mais je dirais que c'est plus **l'objet qui fait mystérieux**. »*

- **<u>Font le lien entre l'utérus et l'objet</u>**

Patiente 9 : *« Oui bah je sais même pas combien mesure un utérus (met la main sur son ventre et mesure avec ses doigts) …(déssine). Ouais je dirai bien ça hein ! […] **Oh bah c'est minuscule**, c'est tout kiki ! **Mais en fait l'utérus c'est vraiment petit !** »*

b. Perception cognitive face à la terminologie employée

Que vous évoque le mot « stérilet » pour parler de cette contraception ?

Les femmes ont toutes utilisé cette appellation pour la désigner.

- **<u>Il renvoie au mot « Stérile »</u> : 11/17**

Patiente 4 : « Un peu que on peut directement penser à **stérile** et puis du coup que c'est pour ça qu'il faut attendre d'avoir eu une grossesse. »

Patiente 5 : *« Bah c'est sûr que bah : « **stérile** ! » (Rire) […] Mais c'est vrai que quand on connaît pas, on se dit que « OK, c'est quand on veut plus d'enfant »*

Patiente 12 : *« Tout à l'heure j'avais pas fait le rapprochement mais « stérilet : **stérile** ». C'est faux mais au final on finit par y penser. »*

Patiente 15 *: « Pour une partie des gens ça rend **stérile**, ce qui n'est pas vraiment le cas donc euh. »*

- **<u>C'est une Appellation commune</u>**

Patiente 5 : « *Mais c'est vrai que quand on veut **en parler rapidement**, on fait… enfin moi je fais pas gaffe. »*

Patiente 6 : « Patiente 6 : « *Non… C'est tellement **ancré dans notre langage** »*

Patiente 12 : *« Bah pour moi, « stérilet » ça fait plus euh **langage courant**, que je vais parler avec quelqu'un qui n'est pas de la médecine »*

- **<u>Une appellation qui provoque un sentiment de peur</u>**

Patiente 1 : *« presque un **peu péjoratif** dans l'appellation »*

Patiente 5 : *Mais c'est vrai que stérilet ça évoque euh…Enfin disons que je sais ce que c'est du coup, mais on se demande si c'est pas dangereux pour après, pour quand on a pas eu d'enfant. […] par rapport au mot stérilet qui **inspire pas grand-chose de positif**.*

Patiente 8 : *« Si tu t'y connais pas, le mot stérilet il peut faire **peur** hein !*

- **<u>S'associe à l'objet</u>**

Patiente 3 : *« Oui c'est **la forme** en fait, je vois la forme un peu avec les bras comme ça, qu'est commune en fait au SIU et au DIU. Pour moi c'est ça quoi, quand on parle de stérilet. »*

Patiente 6 : *« Quand on me dit stérilet, la première chose que ça m'évoque c'est ça, c'est **le petit T**. (Souffle pour réfléchir).*

Patiente 8 : « *Tu t'imagines genre des **gros trucs** euh … »*

- **<u>Indique la localisation :</u> 1/17**

Patiente 3 : *« Et euh effectivement, à **l'intérieur de l'utérus**. C'est l'image que j'ai. »*

- **<u>Quelque chose d'abstrait</u>**

Patiente 7 : *« Mais nan c'est vrai que **ça évoque rien** »*

Patiente 13 : *« En vrai, c'est peut-être **pas le meilleur terme** (souffle) […] (silence) stérilet….stérilet… Bah je pense que c'est **hyper abstrait** dans la tête des gens... (silence)… « stérilet…vous voyez ». Qu'est ce que ça vous évoque ? (rires). Alors que stérilet c'est **totalement abstrait**. Quelqu'un qui connaît aucun des deux mots […] Stérilet ça peut être un stylo le truc, un stylet, un tire lait (rires) »*

Patiente 17 : *« Après c'est sûr que stérilet **c'est moins clair**. […] Tu vois ce que c'est mais c'est beaucoup **moins imagé** quoi. »*

Le terme « contraception intra-utérine » qui englobe DIU et SIU est le terme exacte pour parler du « stérilet ». Ainsi, nous avons aussi posé la question suivante.

Que vous évoque « Contraception intra-utérine » pour parler de cette méthode ?

- **Une appellation précise, compréhensible, claire et qui indique sa localisation**

Patiente 1 : *« C'est vrai que le mot peut, peut-être faire moins peur. Bah pour moi c'est surtout* ***plus précis****. »*

Patiente 9 : *« Ah bah c'est* ***plus clair****. Ça donne plus l'image euh…Bah ça donne plus l'****indication*** *de où c'est mis. Voilà je pense, pour pas qu'il y ait de confusion. »*

Patiente 10 : *« Bah je préfèrerais en fait ! Bah ce serait* ***plus compréhensible****. Et plus un terme* ***adapté*** *en fait. Parce que contraceptif intra-utérin, on sait que c'est une contraception dans l'utérus. »*

Patiente 17 : « *Dispositif intra-utérin* ***tu comprends tout de suite*** *du coup »*

- **Plus adapté**

Patiente 2 : *« C'est vrai que du coup, maintenant qu'on en parle Je pense que « dispositif » serait* ***plus adapté****. »*

Patiente 13 : *« C'est* ***plus adapté****. Ça me choquerait pas. »*

- **Une appellation qui relève d'un vocabulaire technique et médical**

Patiente 3 : *« une appellation* ***plus technique*** *»*

Patiente 14 : *« Ça fait* ***plus médical*** *»*

- **Moins pratique**

Patiente 5 : *« C'est* ***plus long*** *(rire).* ***Moins pratique****.*

- **Pas de différence**

Patiente 6 : *« Non vraiment* ***pas de différence*** *pour moi. »*

5. L'intérêt porté pour la CIU

Nous avons cherché à comprendre si la faible utilisation de la CIU par les nullipares était liée à un désintérêt pour cette méthode contraceptive. Toutes les femmes que nous avons interrogées

témoignent un certain intérêt pour cette contraception. Il est plus ou moins marqué selon les femmes et dépend de plusieurs facteurs, que nous essayons d'émerger tout au long de ce travail de recherche.

L'intérêt est fort pour 4 patientes puisqu'elles l'ont choisi comme contraceptif :

Patiente 3 : *« Et en fait quand j'ai rencontré la sage-femme**, j'avais un peu l'idée en tête quand même de me faire poser un stérilet*** »

Patiente 7 : *« Bah c'est moi qui suis allée la voir […] ça me semblait être une bonne chose le cuivre »*

Une patiente aurait aimé pouvoir le porter mais cette méthode ne lui est a priori pas adaptée : « *le stérilet par exemple c'est **la seule contraception qui m'attire** mais pour en avoir discuté du coup ça ne me correspondrait pas pourtant **je pense que c'est la plus saine** pour notre corps.* (Patiente 1)

Certaines sont encore hésitantes ou dans la réflexion :

Patiente 8 : « *Je sais pas trop. Bah après le stérilet c'est … Je sais pas… Je sais pas trop euh … si ça me tenterait d'en mettre un ou pas. **Après l'hormonal ouais pourquoi pas**. **Faudrait que je réfléchisse mais oui**. »*

Patiente 14 : « *En tout cas ça me plairait plus que le patch, ou l'implant. A voire si ça me plait plus que la pilule, **faut que j'y réfléchisse**. »*

Pour d'autres, elles projettent son utilisation pour plus tard, et notamment après avoir eu des grossesses :

Patiente 6 : « *Ça pourrait tout à fait être adapté à moi mais pour **l'instant j'en éprouve pas le désir ni la nécessité**. C'est juste changer de système qui pour l'instant ne m'intéresse pas. […]* : *Pour l'instant c'est loin de mon esprit, mais **plus tard oui pourquoi pas** […] Pour l'instant, le fait de prendre des hormones chaque jour me dérange pas. Mais peut être qu'un jour c'est ça qui fera que j'y viendrai. On verra aussi le jour où j'aurais des enfants !*

Patiente 17 : *« Je me suis dit que probablement **je mettrai un stérilet après ma première grossesse en fait**. »*

Leur intérêt pour la CIU est d'autant plus marqué qu'elles sont demandeuses d'informations fiables et unanimes :

Patiente 2 : « *Et euh en fait il y a beaucoup d'informations qui se contredisent sur les réseaux mais aussi entre gynécologues, qui vont être pour, d'autres contres… Alors que nous ce qu'on cherche, c'est des informations unanimes qui vont nous permettre de faire notre choix quoi.*

Elles ont soulevé qu'elles manquaient d'informations et déplorent le fait de ne pas en avoir eu plus tôt :

Patiente 9 *: « Ah bah vous voulez que je vous dise ?* ***C'est clairement parce qu'on en parle pas hein*** *! […] Et puis vous avez vu,* ***même quand on en parle c'est pour dissuader*** *! Franchement, il y a du boulot (rires) […] merci en tous cas pour toutes ces infos !* »

Patiente 11 : « ***On nous en parle pas*** *et…c'est vrai que il y a un côté un peu flippant de cet objet et il est peut être mal aussi…euh mal aussi décrit. On est* ***mal informée*** *et le fait d'en avoir reparlé aujourd'hui* ***ça va me refaire réfléchir*** *!*

Patiente 13 : *«* ***On connait pas, on est pas au courant des moyens. Je pense qu'il n'y a pas assez de prévention en amont. Je trouve qu'on le promeut pas assez !*** *Fin on nous dit pas « vous pouvez mettre un stérilet ! Je pense que* ***c'est parce qu'on parle pas assez du stérilet****. Quand on fait de la prévention on dit pas stérilet, on dit : « pilule ! ». Et puis moi je suis allée la première fois chez la gynéco, on m'a dit « ok alors pilule ! ». Et puis je suis restée sur ce mode-là sans trop me poser de questions quoi. Mais je pense aussi qu'il y a plein de gens qui savent que ça existe sans savoir que c'est possible pour elle.* ***Personne va te dire « mets un stérilet à vingt-ans ».***

Grâce aux informations données, deux patientes ont vu leur intérêt pour cette contraception s'élever :

Patiente 11 : *« Alors c'est vrai que* ***je serais plutôt intéressée par le stérilet qui n'a pas d'hormones****… j'avoue que* ***c'est quelque chose qui pourrait m'attirer*** »

Patiente 10 : *«* ***j'aurais aimé avoir ces infos plus tôt du coup*** *! J'avais posé ces questions à ma gynéco et elle m'avait rien dit de tout ça quoi ! […]* ***j'étais intéressée mais là je suis partante maintenant*** *! »*

V. Une autre variable pouvant influencer le positionnement des patientes ?

Durant les échanges avec ces femmes, notre attention a rapidement été portée vers un versant qui a pris une place plus importante que ce que nous attendions. Au milieu de la diade patient/soignant intervient d'autres sources d'informations ayant un réel impact sur la patiente et pouvant orienter ses choix consciemment ou inconsciemment.

D'une part on a les médias (internet, réseaux sociaux, forums, plateformes vidéo etc…) et d'autre part, l'entourage qu'il soit amical ou familial avec le discours maternel comme élément central.

1. Les médias

Patiente 2 : « *J'entends parler sur YouTube de pas mal de choses, de filles qui témoignent d'avoir posé leurs stérilets. Et c'est vrai que ça m'a pas mal marqué. J'entends des choses sur les réseaux. du coup ça me fait un peu réfléchir.*

Patiente 5 : *Sur internet ouais. […] J'ai préféré arrêter de regarder parce qu'il y a vraiment de tout. Et ça dépend tellement de la personne que …. Enfin c'était des témoignages sur des pages, des réseaux sociaux et…Chacun raconte ce qu'il a vécu…enfin des truc pas jojo quoi (rire)*

Patiente 7 : *« Alors j'étais allée sur internet il me semble parce que je crois que je connaissais personne autour de moi qui en a… enfin qui en avait un à ce moment -là ou avec qui j'ai discuté »*

2. Entourage

Patiente 6 : *« Ma mère, ma grand-mère avaient tendance à dire qu'il fallait attendre d'avoir son premier enfant pour avoir un stérilet etc. […] je sais que certaines femmes ont mal lors de la pose. J'ai des connaissances qui n'ont pas supporté le stérilet »*

Patiente 9 : « *Et après j'en ai parlé avec ma cousine Et elle son médecin lui a dit que tant que elle a pas eu d'enfant il lui il disait qu'il allait galérer à lui poser parce que son utérus était fermé et que ça allait vraiment mal. »*

Patiente 12 : *« ma mère m'avait toujours dit « nan nan tant que tu n'as pas eu d'enfants, je préfère pas que t'en ai ». Mais c'est vrai que bah après moi je reste sur cet a priori. »*

Patiente 16 : *« Ce que m'a grand-mère m'a expliqué ! C'est que déjà quand on a pas eu d'enfants même si on peut le mettre, la pose fait super mal ! Apparemment c'est le malaise assuré après, faut être accompagné et tout ! Et puis beaucoup plus de risques d'infection aussi et parfois de l'utérus. Parce qu'elle me disait que quand une infection se mettait sur le stérilet, ce qu'il faut savoir c'est qu'une espèce de couche d'ozone se met autour de lui et empêche le système immunitaire de se défendre. En fait, le système immunitaire sait pas se défendre contre une infection sur un corps étranger ! Donc ça peut être super grave quoi ! »*

Patiente 17 : *« On entend toujours tout le monde dire, « ça fait hyper mal ! » euh du coup moi comme je suis un peu douillette je me dis « bon d'accord euh ». (rires) […]Bah ma mère, ma tante euh les femmes de mon entourage quoi (rires) »*

ANALYSE ET DISCUSSION

I. Forces et limites de l'étude

1. Points forts

Cette étude a permis l'émergence de nombreux points dont certains n'étaient pas ressortis dans la littérature.

La plupart des travaux réalisés sur ce sujet étaient quantitatifs. Ainsi grâce au caractère qualitatif de cette enquête, nous avons pu obtenir des propos très riches de la part des femmes pour mieux comprendre le phénomène étudié.

Le choix de réaliser des entretiens, directement après la consultation a permis de limiter le biais de mémorisation.

L'enregistrement des entretiens a facilité l'écoute active, la retranscription et l'analyse des résultats.

Les doubles relectures de verbatims par deux personnes distinctes ont permis une finesse d'analyse.

2. Limites et biais

Nous pouvons constater plusieurs biais et limites dans notre étude.

Malgré la richesse des entretiens, l'échantillon de la population n'est pas représentatif de la population générale car il compte que 17 patientes. De plus, par soucis de faisabilité, les patientes résident toutes en Ile-de-France.

Du fait de la crise sanitaire, l'accès aux hôpitaux et planning familiaux ne m'a pas été accordé.

Nous soulignons des biais probables de compréhension et d'interprétation de la part des femmes concernant le discours du professionnel de santé.

L'utilisation de questions de relances peut également entrainer un biais, risquant d'induire certaines réponses.

II. Une place pour la CIU dans la vie contraceptive des nullipares ?

Dans le préambule nous avons décrit le schéma contraceptif français. Les 17 femmes de notre étude sont nullipares et 11/17 sont en couple stable. Ainsi, si nous nous appuyons sur ce schéma, cette proportion semble appartenir à la catégorie des femmes utilisant la pilule. Nous retrouvons cet aspect puisqu'effectivement, 12/17 des patientes utilisent une pilule comme moyen contraceptif. De plus, lorsque nous leur avons demandé de conter leurs expériences contraceptives, elles s'inscrivaient presque toutes dans cette norme : préservatifs, puis pilule. A l'exception de trois d'entre elles qui avaient le DIU comme contraceptif actuel.

Pour comprendre cet engouement des nullipares pour la pilule, nous avons tenté d'identifier les avantages qu'elles lui trouvent. La praticité, l'efficacité et la tolérance sont les arguments principaux. Parallèlement, la contrainte, l'oubli, l'effet des hormones ont également été cité comme inconvénients. De surcroit, à plusieurs reprises, la praticité et la contrainte étaient cité par des même femmes. Ce qui est paradoxal.

Nous avons donc essayé d'affiner notre étude en nous intéressant aux critères de choix pour une contraception idéale selon les nullipares de notre population. Du plus au moins cité nous avons : l'efficacité, la praticité, l'absence d'hormone, la tolérance, le coût et le contrôle. Ces critères rejoignent ceux établis dans une enquête (10). Nous pouvons constater que les critères de choix des nullipares se rapprochent au plus près des caractéristiques de la CIU. En effet, la revue de la littérature nous a permis d'objectiver sa grande efficacité, sa praticité par sa longue durée d'action, l'absence d'hormone pour le DIU et une action locale de LNG pour le SIU, et son faible coût.

L'efficacité étant le critère principal, il permettrait de prévenir les grossesses non désirées. C'est d'ailleurs le choix qu'a fait une patiente de notre étude, après avoir subi deux IVG médicamenteuses causées par des oublis de pilule. Ceci témoigne d'un échec contraceptif qui est qualifié de courant puisque rappelons que 2/3 des grossesses inopinées en France, surviennent chez des femmes ayant une couverture contraceptive.

Sur les 6 célibataires, 3 ont eu des comportements sexuels à risque (partenaires multiples ou non utilisation de préservatifs). Ce que l'on redoute face à ces comportements sont les IST qui peuvent provoquer des IGH ayant un potentiel impact sur la fécondité. Or, nous avons pu voir précédemment que ce n'est pas le port de la CIU, qui engendre des MIP, mais l'exposition aux IST. La survenue de celles-ci est majorée par ces comportements (rapports non protégés et multiplicité des partenaires). Le baromètre santé de 2005 indique que le multipartenariat touchaient en premier les 15-19 ans (23,2%), et secondairement les 20-24 ans (14,2%) (61). Ces éléments nous inciteraient à penser que la CIU est en inadéquation avec la sexualité des jeunes nullipares. Cependant nous pouvons nuancer

cette idée en sachant que le préservatif a été utilisé par 90% des femmes âgées de 15 à 24 ans (62). Aussi, une étude sur l'utilisation du préservatif avec un nouveau partenaire a montré que celle-ci diminuait d'autant plus que les femmes étaient âgées : 79,6% chez les 15-29 ans, 67,2% chez les 30-39 ans et 67,2% chez les 40-54 ans (72). Ainsi, il convient de respecter les recommandations de l'HAS quant au dépistage du portage de Chlamidiae trachomatis et de Neisseria gonorrhoea en présence de facteurs de risques. Toutefois, ces chiffres nous poussent à constater qu'ils sont indépendants du jeune âge et donc de fait, de la parité. Pour reconsidérer les pratiques de ses patientes, le praticien doit alors avoir un discours contraceptif adapté à chacune et évaluer au mieux ses besoins.

Pour conclure, la CIU ne s'inscrit pas dans le schéma contraceptif français, toutefois elle est adaptée et peut être prescrite aux nullipares avec lors d'une consultation de contraception personnalisée bien menée et évaluant les besoins de la femme.

III. Une consultation bien menée ?

La consultation de contraception est un moment dédié à l'évaluation des besoins et des attentes des femmes pour la prescription d'une contraception adaptée et qu'elle choisit. Pour la mener, le professionnel doit s'appuyer sur le modèle BERCER comme le recommandent l'OMS et l'HAS (17).

Seulement 6 patientes sur les 17 de notre étude, ont bénéficié des six étapes de la méthode. Ce sont d'ailleurs les seules qui ont accédé aux « Renseignements ». Ils correspondent à une présentation complète des contraceptifs adaptés à la patiente, après laquelle débouche sa décision pour la méthode choisie. Mais comment peut-elle choisir si elle n'a pas eu les informations ? Pourtant 11 femmes ont décrit avoir « choisi » leur contraception. Est-ce un choix libre et éclairé ?

11 patientes sur les 17 interrogées ont rapporté qu'elles n'ont pas eu de présentation ni d'informations sur d'autres contraceptions que celle qu'elles avaient en arrivant à la consultation. Certaines ont même mis l'accent sur le caractère expéditif de la consultation qui se résume à une ordonnance. Cela rejoint un frein relevé par l'HAS : « « *Il est plus rapide de renouveler la prescription d'une pilule que d'étudier à nouveau avec la consultante si la contraception correspond toujours bien à ses attentes* ». (5). D'autre part, le manque de temps et de moyen est un argument souvent avancé par les soignants. Pour apporter une réponse à cela, il est essentiel de rappeler que l'objectif n'est pas d'offrir une présentation exhaustive des contraceptifs, qui en effet, nécessite du temps. Il est plutôt indiqué de proposer des renseignements ciblés et en adéquation avec les habitudes et l'état de santé des patientes pour leur permettre de trouver une contraception qui leur convient au mieux.

Dans un article, la gynécologue Française Ardaens-Boulier, qualifie les informations délivrées aux patientes de la part de ses confrères comme « tronquées » Elle dénonce leur discours « orientés pilule » chez les femmes jeunes et nullipares. (64)

Les participantes décrivent ce phénomène. En effet, la CIU a été abordé dans 9 consultations sur 17. Le sujet a été amorcé par le professionnel pour une seule des neuf patientes concernées. Les huit restantes venaient spécialement pour en parler. Ce constat s'accorde avec enquête sociologique qui amène à la conclusion que le plus souvent, la question de la CIU n'est pas abordée par les médecins lorsque la patiente est nullipare. Elle se voit même leur être refusée. (65) De même une étude américaine évaluant les pratiques des sages-femmes, infirmière et médecins, révèle que 60% d'entre eux ne proposaient la CIU que « peu fréquemment » aux femmes n'ayant pas eu d'enfants. (66).

Pour une consultation de qualité, il semble judicieux de pratiquer le modèle BERCER qui regroupe « counseling » et « démarche éducative ». Les patientes semblent enclines à cette tendance puisqu'elles sont demandeuses d'informations sur la contraception. Peut-on l'extrapoler à la CIU ?

IV. Des praticiens réticents ?

Soulignons que selon l'enquête FECOND de 2010 citée dans notre revue de littérature, les femmes sont moins réticentes que les praticiens au sujet de la CIU chez les nullipares. En effet 54% des femmes considèrent qu'il n'est pas indiqué contre 64% chez les gynécologues. Et ce pourcentage s'élève à 89% chez les médecins généralistes. On peut penser que si la CIU est si peu portée par les femmes nullipares, c'est en grande partie lié à un corps médical réfractaire.

Quelques nullipares nous ont rapporté des discours de médecins gynécologues opposés à la pose de CIU. Pour certains peu d'explications ont accompagné leur refus, traduisant leur simple opposition du fait de la nulliparité de leur patiente. Ce comportement renvoie au modèle paternaliste qui est incompatible au concept du « counseling » et de ce qu'il en découle. Pour d'autres, les arguments avancés face à leur hostilité pour prescrire cette CIU à une nullipare concernaient à chaque fois la pose dite « *douloureuse et difficile* ». Pour l'un d'entre eux, la notion de « *fausse couche* » provoquée par la suite a même été énoncée. Cela rend compte de plusieurs éléments déjà découverts dans la revue de la littérature : la surestimation des complications et la méconnaissance des contre-indications et des risques (5). Finalement, les professionnels ont des connaissances erronées à propos de la CIU. Il est intéressant de relever qu'une gynécologue de notre enquête a confié à sa patiente qu'elle était favorable mais qu'elle ne préférait ne pas réaliser l'acte elle-même, car elle craignait l'étape de la pose du fait de sa nulliparité. Cet élément signe que, malgré des connaissances actualisées, les réticences sont encore ancrées dans l'esprit des praticiens.

Ainsi, l'évaluation des pratiques professionnelles, et la formation médicale continue, semblent avoir un réel intérêt et permettraient aux praticiens de changer leurs regards et habitudes quant à l'utilisation de la CIU chez les nullipares.

Ces refus n'ont pour autant pas démotivé la plupart des patientes, puisque certaines ont décidé de changer de professionnel pour accéder à leur demande. Ce qui prouve qu'elles montrent un réel intérêt pour cette contraception.

V. Des patientes intéressées mais en mal d'information

Le premier constat relevé dans cette recherche est que les femmes sont mal informées sur la CIU. Il a fallu délivrer des informations sur cette méthode pour 6 d'entre elles afin de poursuivre l'entretien. Ce sont les mêmes 6 personnes qui pensaient que la CIU étaient contre-indiquée chez les femmes n'ayant pas eu d'enfants. Avant cette mise au point, les 11 autres patientes étaient, elles aussi persuadées qu'il était impossible d'en bénéficier. Même si notre échantillon est minime, il rend compte que dans l'inconscient collectif la CIU est destinée aux femmes ayant déjà accouché, ce qui va dans le sens de l'enquête de l'INPES de 2007 (39). Cela montre aussi que le manque d'information représente un réel frein à l'utilisation de la CIU, comme l'a décrit la HAS (5).

Un autre point nous a interpellé. Outre le fait que les femmes l'ayant choisi comme contraceptif, lui porte un intérêt marqué, il a été surprenant de voir que les autres femmes éprouvent un désir d'en apprendre davantage à son propos. Finalement les femmes sont en demande d'informations sur la contraception en général. C'est ce que notifie une étude européenne en mettant en avant l'ignorance des femmes sur les méthodes contraceptives et leurs mécanismes d'action. Elle stipule que les femmes souhaitent être mieux renseignées (67). En effet, les participantes ont fait part de leur déception vis-à-vis de l'absence d'information délivrées lors des consultations à propos du DIU/SIU.

D'ailleurs, les nullipares qui ont bénéficié d'informations lors de l'entretien, les ont accueillies de manière très positive témoignant d'un grand intérêt. Grâce à ces échanges, deux patientes semblaient partantes pour opter pour une CIU à la fin de l'entretien. Ce phénomène est retrouvé dans l'étude Whitaker : 40% des femmes de moins de 25 ans ont déjà entendu parler de CIU. 37,5% avaient un avis positif envers cette contraception. Après une information orale, 53,5% étaient finalement intéressées. (68)

On remarque que même les nullipares qui ne semblent pas intéressées par cette contraception lui trouvent des avantages. Ils se joignent aux avantages perçus par les autres femmes : sa praticité, l'absence d'hormones pour le DIU et l'efficacité. Ces qualités les plus énoncées par les femmes

interrogées rejoignent les arguments en faveur de l'adaptabilité de cette contraception à la population nullipare établis dans la littérature (58). Le fait que le caractère non hormonal soit une motivation implique qu'elles soient davantage intéressées par le DIU plutôt que le SIU. Il est vrai que la tendance actuelle à la recherche du « naturel » les amène à choisir des contraceptions sans hormones de synthèse (6).

VI. Le praticien comme seule référence ?

On a pu voir dans la littérature et dans les témoignages de nos participantes que les nullipares étaient peu informées sur la CIU. Nous avons également mis en avant l'enjeu de la consultation, et de sa qualité pour garantir une prescription aux plus proches des besoins de la femme. Les professionnels de santé occupent alors la place de l'interlocuteur central et privilégié. Pourtant, ces entretiens ont soulevé que les praticiens ne sont pas les informateurs principaux à ce sujet. Une seule patiente s'est contentée du discours de la sage-femme. Toutes les autres ont cherché en amont des informations dans les médias ou auprès de leur entourage.

10 patientes sur 17 ont utilisé internet pour trouver des renseignements sur la contraception et la CIU. Des sites fiables comme les ressources du planning familial ou encore « choisir sa contraception » ont été consulté par les participantes. Mais d'autres sources moins fiables comme Doctissimo, les forums, les réseaux sociaux, et YouTube ont été visités. Même si certaines patientes disent par elle-même que ce ne sont pas des sources de qualité, elles font part de leur effroi quant à certains témoignages. Aussi, elles s'appuient sur les désagréments et complications relatés par ces discours pour nous livrer leurs craintes par rapport à la CIU. Il est essentiel de conseiller aux patientes des sources fiables comme choisir sa contraception, qui est la référence en matière d'informations contraceptives. En effet, les récits des femmes sur les forums et réseaux ont un caractère très subjectif.

16 patientes sur 17 ont déjà échangé avec leur entourage à propos de la CIU. Les retours sont parfois encourageants et rassurants pour la nullipare. Ce sont souvent des amies qui témoignent des avantages qu'elles trouvent à cette contraception. Parfois ils sont plus mitigés voire négatifs avec des retours de mauvaise expérience. Ces discours orientent l'avis des femmes.

Nous nous sommes rendu compte que l'avis de la mère prend une place très importante dans l'élaboration du choix de la patiente. D'abord, la plupart des femmes rencontrées ont fait leur première consultation chez le gynécologue de leur maman. Ensuite, on remarque que huit des neufs patientes qui ont abordé le sujet de la CIU lors de la consultation ont avisé leur mère à ce propos. Elles transmettaient à leurs filles que cette contraception était destinée aux femmes ayant déjà

accouché, ce qui correspond tout à fait aux croyances populaires qui sont erronées. Une des mères s'est même incluse dans le choix de sa fille en précisant qu'elle préférait qu'elle attende d'avoir déjà eu des enfants avant de faire poser un DIU.

Ainsi, ces différentes sources non médicales ont un réel impact dans l'information des patientes et le praticien n'est donc pas la source exclusive de renseignements. Toutefois, ces interlocuteurs qui croient dire vrai, semblent mal renseignés et transmettent de fausses informations.

Les femmes interrogées accordaient une réelle importance aux avis et aux retours qu'elles avaient pu recevoir de leur entourage. Des motivations et craintes en ont d'ailleurs découlé.

VII. Et le regard des patientes sur la CIU ?

Si les nullipares ont relevé des avantages à la CIU, les craintes face à celles-ci semblent primer.

Ces réticences peuvent expliquer la faible utilisation de cette méthode contraceptive. Les craintes citées dans la littérature sont également évoquées par les nullipares de notre étude. La différence, se joue sur leur proportion. Le corps étranger n'apparaît qu'en troisième position au même titre que les complications après la douleur de la pose et les effets secondaires. Ceci est à nuancer car nous avons un échantillon minime de patientes.

Les craintes évoquées par les nullipares de notre étude sont toutes retrouvées dans la littérature.

La peur de la pose et de la douleur qu'elle puisse provoquer est présente pour la moitié des patientes interrogées. Or, d'après les études de notre revue de la littérature, les nullipares ne sont pas plus sujettes à la douleur lors de la pose d'une CIU. Il convient tout de même d'y être attentif et de préférer la pose pendant les menstruations (36, 46).

Il est aussi important d'informer la patiente sur les modalités de la pose et de ses étapes. Cela permet d'appréhender au mieux les gestes, et les sensations ressenties. Les patientes, comme l'HAS insistent sur le fait que d'avoir connaissance des effets indésirables permet de mieux les accepter et ainsi augmente le taux de satisfaction et de continuation de la méthode. D'autant plus que, cette crainte de la douleur est temporalisée au moment de la pose. Elle ne concerne pas la méthode en elle-même et son mécanisme d'action. Ainsi, il paraît pertinent de rassurer les patientes sur l'insertion.

Il semble judicieux de montrer le matériel et en particulier le dispositif. En effet, par le dessin, les femmes nous ont représenté les DIU/SIU à l'échelle réelle. Il a été surprenant de voir qu'elles le surdimensionnait toutes. Elles ont l'image d'un objet « balaise », « gros », « grand », d'une dizaine de centimètres. Ce qui n'est pas représentatif de la réalité puisqu'il mesure environ 3,5 cm pour les

modèles short (23). Après leur avoir dessiné le dispositif à la bonne échelle, elles ont été rassurées pour la très grande majorité. Cette exagération de la taille de la CIU nous questionne sur les représentations qu'ont les femmes de leur anatomie et notamment de la taille de leur utérus dans ce cadre précis.

L'utérus étant dans l'inconscient collectif associé à la grossesse, y mettre un objet communément appelé « **stérilet** » suscite un sentiment de méfiance quant à la réversibilité de son action dite contraceptive. Cette idée qu'il rend stérile est ancrée dans les esprits et peut dissuader les femmes.

Ainsi, l'appellation « stérilet » est-elle adaptée ? Et aide-t-elle à promouvoir cette contraception de premier choix pour les nullipares ?

L'intégralité des nullipares ont fait le lien entre « stérilet » et « stérile ». Certaines ont précisé qu'elles savaient que ce n'était pas son rôle, et que ce n'était pas « définitif ». Pour d'autres, l'idée est tout de même inquiétante même si elles savent qu'il n'y aucun lien de causalité. Le constat est tel que l'idée de devoir attendre d'avoir eu une grossesse est encore un dogme pour beaucoup de patientes.

Même si toutes les femmes ont utilisé ce mot pour en parler, certaines ont relevé qu'il était abstrait et ne renvoyait aucune précision sur son mode d'action.

Le terme contraception intra-utérine semblerait plus adapté puisque les femmes l'ont décrit comme plus précis, et plus clair du fait de l'indication de sa localisation.

Avec l'utilisation de ce terme, aucune femme n'a mentionné la stérilité. Etant un motif dissuasif malgré les nombreuses preuves d'absence de causalité, il serait judicieux d'utiliser « contraception intra-utérine » plutôt que « stérilet » comme dénomination.

VI. Perspectives et propositions

1. Lever les freins des praticiens pour délivrer une meilleure information aux patientes

Notre revue de littérature et notre étude a mis en exergue que les craintes des femmes à l'utilisation d'une CIU était grandement liée aux réticences des prescripteurs. Des actions sur la formation des professionnels de santé impliqués dans la contraception semblent de vigueur pour lever certains freins.

La formation continue et l'évaluation des pratiques professionnelles semblent être essentielles pour actualiser les connaissances des praticiens et pour se familiariser avec les nouvelles recommandations.

2. Réorganiser la prise en charge contraceptive : Exploitation d'un nouvel outil

La mauvaise information des nullipares sur la CIU par les professionnels de santé, relevée par notre enquête et nos recherches littéraires, reflète une banalisation de l'importance du rôle qu'elles ont dans le choix d'une méthode contraceptive qui leur convient.

Même si grâce à la méthode BERCER recommandée par l'HAS, le prescripteur doit présenter toutes les contraceptions qui leur sont adaptées et les aider dans le choix, la patiente est la plus encline à évaluer au mieux ses besoins. Ainsi, la démarche du « counseling » semble tout à fait adaptée. Dans le cadre de notre problématique autour de la faible utilisation de la CIU, elle permet de rassurer la patiente sur les peurs qu'elle aurait autour de cette méthode, qui ne rend pas stérile comme le craignent les femmes de notre étude.

Face à cette approche, un problème d'ordre organisationnel et financier est soulevé par les praticiens. Pour qu'elle soit optimale, la consultation dépasserait largement le créneau des 20 minutes accordées à ce motif en ville (72). La seule présentation de contraceptifs adaptés aux envies et à la santé de la femme réduiraient la durée de la consultation.

« Quelle contraception me convient le mieux ? » est un outil numérique disponible sur le site « choisirsacontraception.fr » depuis février 2020 (73), qui permet de choisir une contraception personnalisée et efficace. Il est créé et validé par les professionnels de santé mais aussi pensé et crée pour les femmes.

Cet outil pourrait être utilisé avant une consultation. C'est d'ailleurs l'une des priorités que le sage-femme Nicolas Dutriaux a cité pour son élaboration : « *Plus les patientes peuvent s'informer au préalable, plus la tâche des sages-femmes est facilitée* ». Le lien du questionnaire pourrait être accessible sur les plateformes de rendez-vous médicaux comme Doctolib.

Ce questionnaire de 15 questions à remplir par la patiente ne nécessitant que quelques minutes, peut servir de base aux praticien pour alléger le temps de consultation.

3. Changer les messages véhiculés par la société

Le corps médical n'est pas le seul responsable de la mauvaise information des jeunes nullipares sur la CIU. Nous avons également évoqué le fait qu'elles ne s'adressaient pas nécessairement à l'interlocuteur le plus adéquat en matière de conseil contraceptif. En outre, internet, les amis, la famille, n'ont pas tous des connaissances actualisées sur ce moyen de contraception, qui souffre encore de quelques préjugés relatifs à son appellation initiale « stérilet ». Celle-ci pourrait être remplacée par l'appellation « contraception intra-utérine » semblant être plus adaptée et propice à moins de confusion et croyances populaires. L'information peut aussi avoir sa place dans l'éducation à la santé et à la sexualité prévue dans le cadre scolaire. Des campagnes d'information au grand public telles que celle de l'INPES « choisir sa contraception » semblent également nécessaires pour changer les regards de la société sur la CIU.

CONCLUSION

La CIU est une méthode contraceptive d'une grande efficacité recommandée par la HAS depuis 2004 en première intention chez les femmes indépendamment de leur âge et de leur parité dès lors que les situations à risques d'IST ont été écartées.

Les besoins des nullipares en matière de contraception sont communs aux avantages que présente cette méthode : la praticité, l'efficacité, le faible coût, la tolérance. Les femmes se tournant de plus en plus vers des méthodes naturelles, l'absence d'hormone fait partie intégrante des éléments pesant dans la balance. Ainsi, actuellement, le DIU au cuivre suscite un grand intérêt chez les nullipares.

Elle est cependant peu utilisée par cette population qui s'inscrit complètement dans le schéma contraceptif normé. Les freins identifiés à ce phénomène sont multiples.

La patientes assistent à des consultations ne respectant pas la démarche du « counseling » proposée par l'application de la méthode BERCER, gage de qualité. Elles manquent d'informations et la connaissance de la possibilité de bénéficier d'une CIU en étant nullipare n'est que trop peu répandue.

Elles font également face à des praticiens réfractaires à l'idée de leur prescrire une CIU ce qui empêche la levée de leurs propres craintes alimentées par l'ancrage de croyances populaires erronées autour de la stérilité liée à son appellation « stérilet ».

La crainte importante de la pose, liée à l'idée de la douleur qu'elle peut provoquer, nécessite une réelle réassurance quant au geste et à la taille de l'objet surestimée par les patientes.

En conséquence, il me semble nécessaire que les praticiens conjointement, mettent à jour à la fois leurs propres connaissances et celles de leurs patientes, et engagent le temps requis, pour guider et conseiller, aux mieux les femmes. La crainte importante de la pose, liée à l'idée de la douleur qu'elle peut provoquer, nécessite une réelle réassurance quant aux gestes pratiqués et la taille de l'objet surestimé par les patientes. Aussi, le choix de dénomination « contraception intra-utérine » pour parler du stérilet semblerait judicieux pour pallier les associations d'idées de l'inconscient collectif.

En définitive, elles seraient alors probablement plus attirées par cette méthode contraceptive dont l'efficacité pratique est bien plus élevée que celle de la contraception orale œstro-progestative, prescrite de façon trop systématique chez ces nullipares.

GLOSSAIRE

AINS : Anti-inflammatoire non stéroïdien

CIU : Contraception intra-utérine

DIU : Dispositif intra-utérin

FCV : Frottis cervico-vaginal

GEU : Grossesse extra-utérine

HAS : Haute autorité de santé

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

IST : Infection sexuellement transmissible

IVG : Interruption volontaire de grossesse

LNG : Lévonorgestrel

MIP : Maladie inflammatoire pelvienne

OMS : Organisation mondiale de la santé

PCR : Polymerase Chain Reaction

SIU : Système intra-utérin

ANNEXES

ANNEXE 1 : Informations sur la CIU délivrée aux patientes en nécessitant

« La contraception intra utérine aussi appelée stérilet, regroupe deux modèles : celui au cuivre et celui hormonal. Ils ont une forme de T et sont placés à l'intérieur de l'utérus par un médecin ou une sage-femme lors d'une consultation gynécologique.

Leur point commun est leur efficacité qui est supérieure à 99%.

Ce qui les différencie sont leur mécanisme d'action et leur durée de validité.

Le DIU est valable 5 ans. Le cuivre se diffuse dans l'utérus et rend les spermatozoïdes inactifs et/ou gène leur mobilité. Si jamais il y a tout de même fécondation, l'inflammation crée par le cuivre empêche l'implantation. Il n'a pas d'hormone, donc la femme a son cycle naturel. Ce que peut provoquer cette contraception, c'est l'augmentation du flux des règles et leur douleur. Cela est lié à l'inflammation provoquée par le cuivre.

Le SIU est valable entre 2 à 3 ans selon les modèles qui sont plus ou moins dosés en hormone. Cette hormone est le lévonorgestrel, qui est de la progestérone. Elle agit sur la muqueuse de l'utérus qui s'atrophie. Et qui est donc incapable d'accueillir une grossesse. La glaire cervicale est aussi modifiée pour empêcher le passage des spermatozoïdes. L'action des hormones se concentre sur l'utérus contrairement à d'autres contraception hormonales qui agissent aussi sur les ovaires. Ainsi, la majorité des femmes continuent d'ovuler. L'effet sur les règles est variable selon les patientes. Mais souvent, elles sont diminuées en quantité et en durée. Parfois les femmes ont des spotting et d'autres n'ont plus du tout leur règles.

Cette contraception est indiquée chez les femmes peu importe leur âge et si elles ont déjà eu des enfants ou non.

Elle est retirée par un médecin ou une sage-femme lors d'une consultation à la fin de la validité ou si souhait de la retirer avant pour diverses raisons. »

ANNEXE 2 : Accord de participation à l'étude

ACCORD DE PARTICIPATION A L'ETUDE

Je soussignée ……. Née le …… À ……..

Autorise Marie MARTINS FERREIRA née le ../../.... à ..., étudiante sage-femme en SMa5 à l'école de sages-femmes Saint Antoine à m'intégrer à son étude dans le cadre de sont mémoire.

Cela m'engage à :

- Être enregistrée durant toute la durée de l'entretien de manière anonyme
- Être citée de manière anonyme au sein du mémoire de fin d'études de Marie MARTINS FERREIRA
- Faire partie de l'étude qualitative relative au mémoire de fin d'études de Marie MARTINS FERREIRA

Fait à :

Le :

Signature :

ENGAGEMENT DE DESTRCTUCTION DES INFORMATIONS RECCUEILLIES

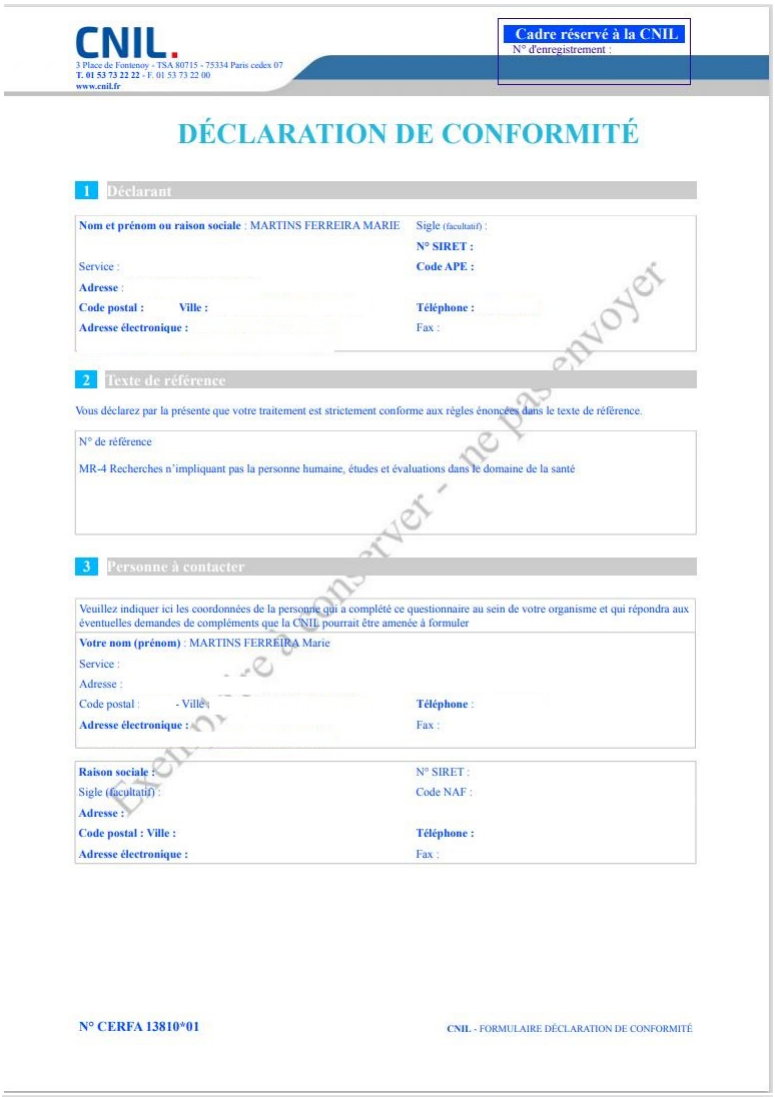
Je soussignée Marie MARTINS FERREIRA née le ../../.... à ..., m'engage à détruire toutes les informations recueillies ainsi que l'enregistrement après publication du mémoire.

Fait à :

Le :

Signature :

ANNEXE 3 : DECLARATION A LA CNIL



CNIL.
3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00
www.cnil.fr

Cadre réservé à la CNIL
N° d'enregistrement :

DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

1 Déclarant

Nom et prénom ou raison sociale : MARTINS FERREIRA MARIE
Sigle (facultatif) :
N° SIRET :
Service :
Code APE :
Adresse :
Code postal : **Ville :**
Téléphone :
Adresse électronique :
Fax :

2 Texte de référence

Vous déclarez par la présente que votre traitement est strictement conforme aux règles énoncées dans le texte de référence.

N° de référence

MR-4 Recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé

3 Personne à contacter

Veuillez indiquer ici les coordonnées de la personne qui a complété ce questionnaire au sein de votre organisme et qui répondra aux éventuelles demandes de compléments que la CNIL pourrait être amenée à formuler

Votre nom (prénom) : MARTINS FERREIRA Marie
Service :
Adresse :
Code postal : - Ville :
Téléphone :
Adresse électronique :
Fax :

Raison sociale :
N° SIRET :
Sigle (facultatif) :
Code NAF :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone :
Adresse électronique :
Fax :

N° CERFA 13810*01

CNIL - FORMULAIRE DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

CNIL.
3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00
www.cnil.fr

Cadre réservé à la CNIL
N° d'enregistrement :

4 Signature

Je m'engage à ce que le traitement décrit par cette déclaration respecte les exigences du Règlement Général sur la Protection des Données et la loi du 6 janvier 1978 modifiée.

Personne responsable de l'organisme déclarant.
Nom et prénom : MARTINS FERREIRA MARIE
Date le :
Fonction : Sage-femme
Adresse électronique :

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à permettre à la CNIL l'instruction des déclarations qu'elle reçoit. Elles sont destinées aux membres et services de la CNIL. Certaines données figurant dans ce formulaire sont mises à disposition du public en application de l'article 31 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée. Vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent en vous adressant à la CNIL. 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07.

ANNEXE 4 : Grille d'entretien

Guide d'entretien version 2

Présentation	- Se présenter - Expliquer le sujet de la recherche - Accord oral et écrit de participation à l'étude et à l'enregistrement

Axes de recherche	Questions	Relances
Profil général de la patiente	- Age - Niveau d'étude - Métier - Situation familiale actuelle	
Profil des femmes et de leur Suivi gynécologique	- A partir de quel âge avez-vous commencé un suivi gynécologique ? - Depuis, quelle est l'histoire de votre suivi gynécologique ? - Actuellement, par qui êtes-vous suivie ? - A quel rythme allez-vous le/la consulter ? - Etes-vous Active sexuellement ? - Combien avez-vous eu de partenaires au cours des 12 derniers mois ? - Avez-vous déjà été enceinte ? Si oui, quel a été l'issu (FCS, FCT, IVG, IMG) - Avez-vous un projet de grossesse dans l'année ?	- **Type de suivi** : régularité, ville, hôpital… - **Description soignant** : Sexe, profession, mode d'exercice - Changement ? Raisons ? - Gestité/Parité - Projet de grossesse

Connaitre l'expérience des femmes nullipares et leurs besoins en matière de contraceptions	- Quel est votre expérience personnelle autour de la contraception ? - Qu'en est-il aujourd'hui ? - Avantages/inconvénients	- Age de commencement - Contraception(s) déjà utilisée(s) - Raison(s) de changement - Prescrit par qui ? - Contraception en cours
Comprendre comment est menée la consultation de contraception (Usage de la méthode BERCER ?)	- Concernant la consultation que vous venez d'avoir, pouvez vous m'expliquer quel était le motif et me décrire son déroulement ? - Le professionnel a-t-il relevé des contre-indications à certaines contraceptions ? - Quelles a/ont été la/les contraception(s) présentée(s) par le professionnel ? - Comment le professionnel a-t-il présenté les contraceptions ? - Avez-vous eu le sentiment qu'il a insisté, survolé sur certains points - Quelle a été la place de la contraception intra-utérine au cours de cette consultation ?	- **Motif** : renouvellement, changement, questionnement - **Professionnel** - **Durée consultation** - **Modalités de présentation** des contraceptions - **Première, dernière** contraception présentée - **Autres sujets** abordés - **Place de la CIU** Présentée par le pro Oui : Quelle(s) information donnée(s) Non : Patiente demandeuse ? Oui : Quel discours ? Non : Quelles raisons ?

Issu de la consultation **(Identifier les freins et leviers à l'utilisation de la CIU)**	- Quel a été l'issu de cette consultation ? - Qu'avez-vous compris/retiré de cette consultation ? - Quels ont été vos critères de choix en matière de contraception ?	- Prescription - Aide au choix ? - Contraception choisie
CIU	- **Si Présentée** Quel a été le discours du professionnel ? Quel est votre position ? - **Si non présentée** Avez-vous demandé des informations sur cette contraception ? Si oui, pourquoi ? Si non, pourquoi ? Quelles étaient les raisons de non présentation ?	

Choix d'une CIU	Choix d'une autre contraception	Réflexion
- Pourquoi avez-vous choisi cette contraception ? - Quel type de CIU ? - Avez-vous des craintes ? - Aviez-vous déjà choisi cette contraception avant de venir en consultation ? Si oui, comment avez-vous choisi ? - Saviez-vous qu'il vous était possible d'en bénéficier ? Si non, pour quelle raison ?	- Selon vous, pourquoi cette contraception ne vous est pas adaptée (ou moins que celle que vous avez choisie)	- Quelles sont vos éléments de réflexion/hésitation pour le choix de votre contraception ?

Perception de la CONTRACEPTION INTRA UTERINE
Quelle est l'appellation que vous entendez le plus pour parler de contraception intra-utérine ? Avez-vous déjà entendu parler de Stérilet, DIU, SIU ? Que vous évoque le mot STERILET ?

ANNEXE 5 : Entretien patiente 5

pas fan. Donc ça c'était sur. Après la pilule je l'ai prise longtemps, mais c'est aussi la peur de l'oubli. Cette sensation de vraiment manger quelque chose qu'est pas bon, je voulais plus. Donc pour moi le critère c'était vraiment quelque chose dont on a pas besoin de faire attention, une fois que c'est posé c'est là. Après il y a la peur quand même de de se dire qu'on a un corps étranger dans l'utérus. C'est pas l'éclate de s'imaginer. Mais euh, mais quelque chose voilà qui est efficace et dont on a pas besoin de se préoccuper quoi.

Marie : Donc effectivement vous avez quand même des craintes ? Quelles sont-elles ?

Patiente : Bah il y en a plusieurs. L'idée que ça puisse bouger, que ça fasse mal. L'idée même que le partenaire puisse le sentir *(rire)*. Plein de petites choses comme ça qui passent par la tête

Marie : Vous en avez parlé à la sage-femme ?

Patiente : Oui

Marie : Qu'est ce qu'elle vous a dit du coup ?

Patiente : Bah pour la pose elle m'a expliqué où ça faisait mal, pourquoi. Si ça peut pincer c'est pour ceci ou cela. Je trouve ça rassurant.

Marie : Comment elle vous a montré ça ?

Patiente : Elle avait une petite boîte avec un faux utérus. Donc elle m'a montré comment ça se posait avec les différentes étapes. Là où ça peut buter et tout donc euh c'était chouette de voir à quoi ça ressemble et puis après par rapport au fil justement qu'au début on peut peut-être les sentir parce qu'au bout d'un moment ça se colle sur le côté.

Marie : D'accord, du coup elle a répondu à vos questions ?

Patiente : Oui complètement

Marie : Et vous ressortez plus apaisée face à ça ?

Patiente : Je suis rassurée oui

Marie : Tout à l'heure vous m'avez dit « euh attendez, contraception intra-utérine c'est bien stérilet ? » Donc le mot stérilet est une appellation pour parler d'une famille de contraception qui est la contraception intra-utérine. Donc les contraceptions qui se placent à l'intérieur de l'utérus. Il y en a deux types : la non hormonale (au cuivre) appelée DIU (dispositif intra-utérin) et l'hormonal (à la progestérone) appelée SIU (système intra-utérin). Dans chacune de ces catégories, on ne va pas rentrer dans le détail mais donc il existe plusieurs formes et tailles, notamment avec les shorts plus adaptés aux utérus plus petits des nullipares. Que vous évoque le mot stérilet ?

Patiente : Bah c'est sûr que bah : « stérile ! » *(Rire)*. C'est vrai que c'est la peur qu'on a quand on a pas de retour ou quoi, c'est de se dire que ça peut peut-être un jour empêcher d'avoir des enfants. C'est vrai que j'ai des copines, où c'est même moi qui leur disais « mais n'importe quoi ! ». Parce que justement ma sœur en a un. Mais c'est vrai que stérilet ça évoque euh…Enfin disons que je sais ce que c'est du coup, mais on se demande si c'est pas dangereux pour après, pour quand on a pas eu d'enfant. Parce que je sais que c'est ce que des copines me disent souvent « ah non mais moi ma mère me dit de pas mettre ça, parce que justement j'ai pas eu d'enfant » donc voilà, c'est…c'est pas mal d'informations comme ça..

Marie : Et par exemple, le fait d'utiliser des mots comme contraception intra-utérine, oui dispositif, système ou même DIU et SIU, ça change quelque chose pour vous ?

Patiente : C'est plus long *(rire)*. Moins pratique. C'est sûr que ce serait plus positif je pense par rapport au mot stérilet qui inspire pas grand-chose de positif. Mais c'est vrai que quand on veut en parler rapidement, on fait… enfin moi je fais pas gaffe. Mais c'est vrai que quand on connaît pas, on se dit que « OK, c'est quand on veut plus d'enfant »

Marie : Vous vous imaginiez un petit peu à quoi ça ressemblait ?

Patiente : Oui, mais en fait c'est beaucoup beaucoup plus petit ! *(rire)*

Marie : Super ! Ben j'ai toutes les informations qu'il me faut ! Est-ce que vous avez des questions ou des choses à rajouter ?

Patiente : Pas forcément. Bah c'est vrai que moi j'ai hâte de tester pour voir parce que là pour l'instant j'ai pas de retour d'expérience mais c'est vrai que si ça me va bien, je trouve ça dommage qu'on en parle pas plus en consultations gynécologiques quand on est … enfin même pour…Parce qu'on pense qu'il faut passer par la pilule pour après changer, faire autre chose. Et c'est vrai que la pilule, j'ai vu des amies, prendre trois tailles de soutien-gorge, prendre du poids, perdre les cheveux… Enfin il y a des tas et des tas d'effets secondaires et euh…Bon on sait jamais hein faut bien tester *(rire)*. Mais c'est vrai que si le stérilet me convient, je trouve ça dommage qu'on me l'ai pas proposé plus tôt.

Marie : Parce que personne ne vous l'avait proposé en fait ?

Patiente : Non. Personne. C'est vraiment moi qui suis allée voir ma gynécologue et qui lui ai dit : « Moi maintenant je veux vraiment qu'on parle de ça ». Mais elle m'avait fait peur par rapport à l'acné, et donc j'avais pas osé. Mais après je me suis dit « j'en ai trop marre, j'ai pas envie de la reprendre ». Donc voilà.

Marie : Et elle ne vous avait pas proposé d'autres contraceptifs ?

Patiente : Non, que la pilule. Et directement Yaz, parce que c'était l'idée d'enlever les boutons. Et comme elle me convenait bien elle m'a dit « c'est une bonne pilule pour toi ». Donc je suis restée dessus trois ans quoi.

Entretien 5 **23/10/20**

Marie : Je vais vous demander de vous présenter en me donnant votre âge, votre situation professionnelle et personnelle actuelle.

Patiente : Bah du coup j'ai vingt-deux ans, je suis étudiante. Euh, je suis célibataire et voilà (rire).

Marie : Vous êtes étudiante dans quel domaine ?

Patiente : Dans le domaine de l'éthique et de la Responsabilité sociétale des entreprises.

Marie : Concernant votre vie gynécologique, à quelle âge avez-vous commencé à être suivie ?

Patiente : Euh, un gynécologue assez tôt parce que j'avais des règles abondantes et, donc j'avais pris des médicaments pour réguler un peu. Et du coup, je devais avoir quatorze ans. Et, voilà mais j'ai commencé euh après à être suivie par rapport à une contraception plutôt vers dix-sept ans.

Marie : D'accord, et du coup vos règles ont toujours été ainsi ?

Patiente : Oui, depuis que je les ai eu à douze ans.

Marie : Vous vous souvenez du nom du traitement ?

Patiente : Je ne m'en souviens plus.

Marie : C'était pas une contraception ?

Patiente : Non c'était vraiment quelque chose pour diminuer le flux.

Marie : Vous avez toujours été suivie par le même gynécologue du coup ?

Patiente : Oui c'était la même c'était une femme. C'était celle de ma maman aussi.

Marie : Et là du coup, vous êtes suivie par qui ?

Patiente : Du coup euh j'ai pas vraiment de gynécologue euh attitré. Moi je viens de Strasbourg en fait donc c'est pour ça que maintenant que je suis à Paris depuis deux ans j'ai beaucoup cherché sur Paris dès que j'avais un petit souci ou quoi, donc j'en ai vu plusieurs. Donc j'ai pas encore vraiment de gynécologue chez qui je vais régulièrement. Euh, et là je suis venue ici aujourd'hui parce que c'est une amie qui m'a recommandé justement, voilà.

Marie : Et vous avez souvent changé de gynécologues à Paris parce que c'était compliqué de reprendre rendez-vous ou parce que ça ne vous convenait pas ?

Patiente : Pas toujours non. Soit c'était pas forcément euh…Enfin mon petit souci n'était pas réglé, c'était pas le bon diagnostic enfin je sais pas trop mais… Ou alors des personnes assez froides. J'étais pas à l'aise…Pourtant à chaque fois c'était que des femmes.

Marie : D'accord. Je vais aborder une question un peu plus personnelle, vous ne me répondez pas si vous ne le souhaitez pas.

Etes-vous active sexuellement ? Et combien de partenaires sexuels avez-vous eu dans les douze derniers mois ?

Patiente : Oui. Euh…trois.

Marie : Avez-vous déjà été enceinte ?

Patiente : Non

Marie : Jamais d'avortement, de fausses couches ?

Patiente : Non, non plus

Marie : Et, avez-vous un projet de grossesse dans l'année ?

Patiente : Non

Marie : D'accord. Alors maintenant on va s'axer un petit peu plus sur la contraception. Racontez-moi un petit peu votre histoire autour de ça depuis ses débuts.

Patiente : Ok. Bah du coup j'ai commencé à prendre la pilule euh à dix-sept ans avec mon premier petit copain du coup, prescrit par ma gynécologue du coup euh là où j'étais au lycée. Et je l'ai prise pendant bien deux ans. Ça m'allait très bien, ça me convenait enfin je l'oubliais pas. C'était la pilule Yaz. Qui en fait jouait sur l'acné du coup, j'étais contente ça a été très efficace. Et puis j'ai pas eu d'effets secondaires de prise de poids, de rien du tout. Donc j'étais ravie. Je l'ai prise et quand ça s'est terminé avec mon premier copain, j'ai arrêté parce que je voulais voir justement si…enfin ça servait à rien de la continuer. Mais l'acné est revenue donc je me suis dit « bah je vais la reprendre ». Je suis retournée voir ma gynécologue du coup et je l'ai reprise. Et puis six mois plus tard j'ai eu euh…un nouveau copain et donc là j'ai continué et je l'ai prise pendant deux ans. Euh….enfin donc j'ai toujours eu la pilule yaz que j'ai pris à chaque fois euh un an deux ans et là je l'avais de nouveau encore les deux dernière années. Et j'ai arrêté au mois de mai suite en fait…Euh juste par choix parce que j'avais pas d'effets secondaires, pas particulièrement de raisons. Juste tout ce que je lis en ce moment, tout ce qu'on voit un peu partout concernant la pilule justement, tous les effets négatifs. J'avais juste l'impression de m'empoisonner un peu tous les jours.

Marie : C'était lié aux hormones ?

Patiente : Oui et puis d'avoir ce stress de ne pas l'oublier aussi euh j'avais envie de voir ce que c'était aussi d'avoir un corps aussi sans rien prendre. Donc euh du coup on est passé aux préservatifs. Et donc j'étais contente, parce que j'ai pas eu d'effets du tout pareil négatifs, ni positifs d'ailleurs sur l'arrêt de la pilule. Et euh mon acné n'est pas revenue d'ailleurs donc je suis ravie. Donc je me suis dit « je vais attendre un peu ». Puis après c'est que j'étais de nouveau célibataire donc j'ai, je me suis dit « bon bah du coup pour l'instant j'ai pas de raisons de reprendre n'importe quel moyen de contraception ». Et donc euh là ça fait six mois que je prends rien du tout. Et donc maintenant que je revois quelqu'un j'ai un peu ce stress de ne pas avoir de moyen de contraception, donc euh. Mais j'ai pas envie pour autant de reprendre la pilule. Donc je pense au stérilet parce que ma grande sœur l'a, que j'ai des copines qui l'ont, on en parle, ma mère aussi trouve ça bien donc euh, je me suis dit que j'allais essayer.

Marie : D'accord ! Et du coup, qui vous prescrivait la pilule à chaque fois ?

pas fan. Donc ça c'était sur. Après la pilule je l'ai prise longtemps, mais c'est aussi la peur de l'oubli. Cette sensation de vraiment manger quelque chose qu'est pas bon, je voulais plus. Donc pour moi le critère c'était vraiment quelque chose dont ont a pas besoin de faire attention, une fois que c'est posé c'est là. Après il y a la peur quand même de de se dire qu'on a un corps étranger dans l'utérus. C'est pas l'éclate de s'imaginer. Mais euh, mais quelque chose voilà qui est efficace et dont on a pas besoin de se préoccuper quoi.

Marie : Donc effectivement vous avez quand même des craintes ? Quelles sont-elles ?

Patiente : Bah il y en a plusieurs. L'idée que ça puisse bouger, que ça fasse mal. L'idée même que le partenaire puisse le sentir *(rire)*. Plein de petites choses comme ça qui passent par la tête

Marie : Vous en avez parlé à la sage-femme ?

Patiente : Oui

Marie : Qu'est ce qu'elle vous a dit du coup ?

Patiente : Bah pour la pose elle m'a expliqué où ça faisait mal, pourquoi. Si ça peut pincer c'est pour ceci ou cela. Je trouve ça rassurant.

Marie : Comment elle vous a montré ça ?

Patiente : Elle avait une petite boîte avec un faux utérus. Donc elle m'a montré comment ça se posait avec les différentes étapes. Là où ça peut buter et tout donc euh c'était chouette de voir à quoi ça ressemble et puis après par rapport au fil justement qu'au début on peut peut-être les sentir parce qu'au bout d'un moment ça se colle sur le côté.

Marie : D'accord, du coup elle a répondu à vos questions ?

Patiente : Oui complètement

Marie : Et vous ressortez plus apaisée face à ça ?

Patiente : Je suis rassurée oui

Marie : Tout à l'heure vous m'avez dit « euh attendez, contraception intra-utérine c'est bien stérilet ? » Donc le mot stérilet est une appellation pour parler d'une famille de contraception qui est la contraception intra-utérine. Donc les contraceptions qui se placent à l'intérieur de l'utérus. Il y en a deux types : la non hormonale (au cuivre) appelée DIU (dispositif intra-utérin) et l'hormonal (à la progestérone) appelée SIU (système intra-utérin). Dans chacune de ces catégories, on ne va pas rentrer dans le détail mais donc il existe plusieurs formes et tailles, notamment avec les shorts plus adaptés aux utérus plus petits des nullipares. Que vous évoque le mot stérilet ?

Patiente : Bah c'est sûr que bah : « stérile ! » *(Rire)*. C'est vrai que c'est la peur qu'on a quand on a pas de retour ou quoi, c'est de se dire que ça peut peut-être un jour empêcher d'avoir des enfants. C'est vrai que j'ai des copines, où c'est même moi qui leur disais « mais n'importe quoi ! ». Parce que justement ma sœur en a un. Mais c'est vrai que stérilet ça evoque euh…Enfin disons que je sais ce que c'est du coup, mais on se demande si c'est pas dangereux pour après, pour quand on a pas eu d'enfant. Parce que je sais que c'est ce que des copines me disent souvent « ah non mais moi ma mère me dit de pas mettre ça, parce que justement j'ai pas eu d'enfant » donc voilà, c'est…c'est pas mal d'informations comme ça..

Marie : Et par exemple, le fait d'utiliser des mots comme contraception intra-utérine, oui dispositif, système ou même DIU et SIU, ça change quelque chose pour vous ?

Patiente : C'est plus long *(rire)*. Moins pratique. C'est sûr que ce serait plus positif je pense par rapport au mot stérilet qui inspire pas grand-chose de positif. Mais c'est vrai que quand on veut en parler rapidement, on fait… enfin moi je fais pas gaffe. Mais c'est vrai que quand on connaît pas, on se dit que « OK, c'est quand on veut plus d'enfant »

Marie : Vous vous imaginiez un petit peu à quoi ça ressemblait ?

Patiente : Oui, mais en fait c'est beaucoup beaucoup plus petit ! *(rire)*

Marie : Super ! Ben j'ai toutes les informations qu'il me faut ! Est-ce que vous avez des questions ou des choses à rajouter ?

Patiente : Pas forcément. Bah c'est vrai que moi j'ai hâte de tester pour voir parce que là pour l'instant j'ai pas de retour d'expérience mais c'est vrai que si ça me va bien, je trouve ça dommage qu'on en parle pas plus en consultations gynécologiques quand on est … enfin même pour…Parce qu'on pense qu'il faut passer par la pilule pour après changer, faire autre chose. Et c'est vrai que la pilule, j'ai vu des amies, prendre trois tailles de soutien-gorge, prendre du poids, perdre les cheveux… Enfin il y a des tas et des tas d'effets secondaires et euh…Bon on sait jamais hein faut bien tester *(rire)*. Mais c'est vrai que si le stérilet me convient, je trouve ça dommage qu'on me l'ai pas proposé plus tôt.

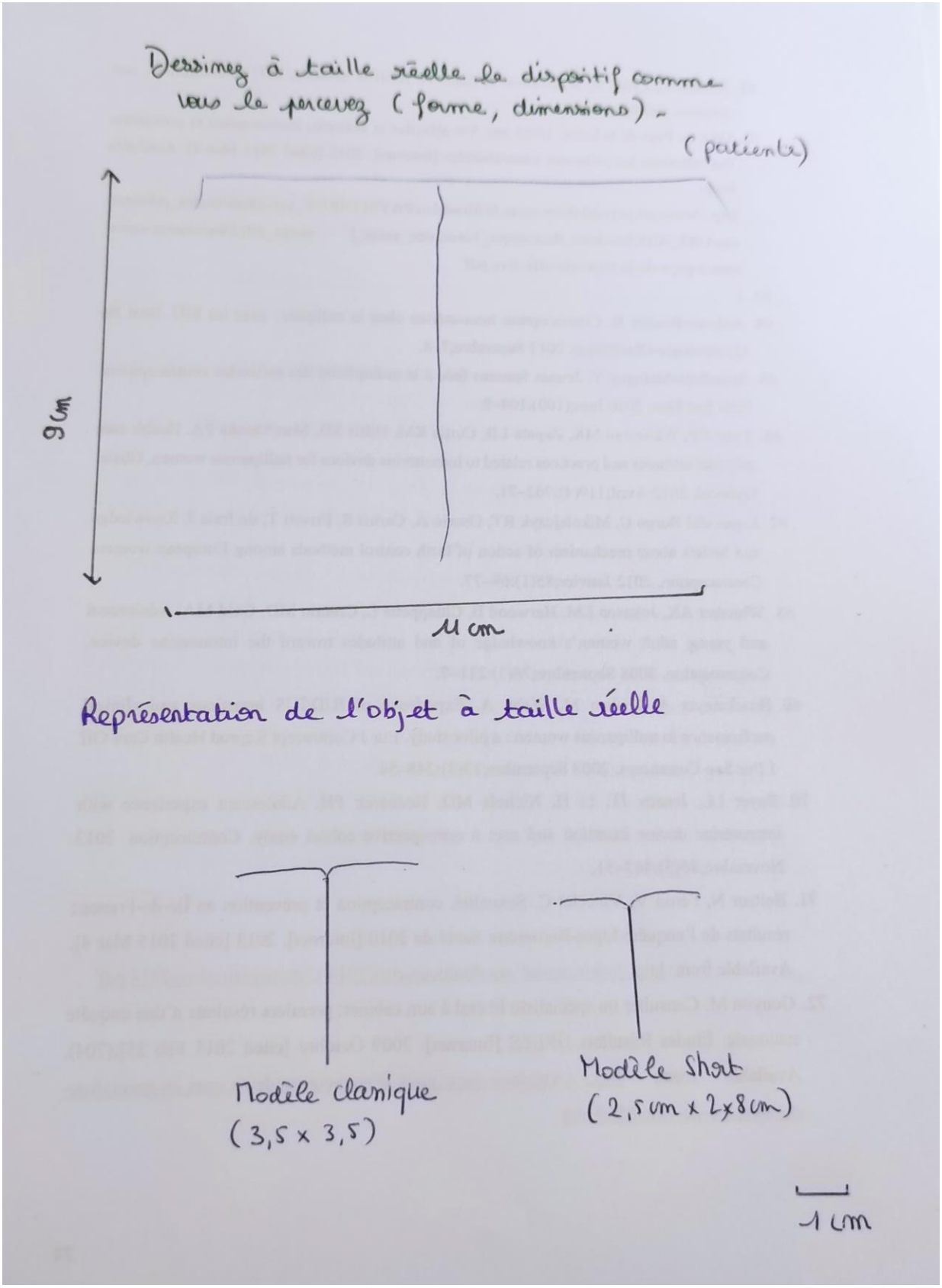
Marie : Parce que personne ne vous l'avait proposé en fait ?

Patiente : Non. Personne. C'est vraiment moi qui suis allée voir ma gynécologue et qui lui ai dit : « Moi maintenant je veux vraiment qu'on parle de ça ». Mais elle m'avait fait peur par rapport à l'acné, et donc j'avais pas osé. Mais après je me suis dit « j'en ai trop marre, j'ai pas envie de la reprendre ». Donc voilà.

Marie : Et elle ne vous avait pas proposé d'autres contraceptifs ?

Patiente : Non, que la pilule. Et directement Yaz, parce que c'était l'idée d'enlever les boutons. Et comme elle me convenait bien elle m'a dit « c'est une bonne pilule pour toi ». Donc je suis restée dessus trois ans quoi.

ANNEXE 6 : Représentation iconographique de la CIU par la patiente 2



BIBLIOGRAPHIE

1. Maitrot-Mantelet L, Plu-Bureau G, Gompel A. Contraception. AKOS Traité Médecine. 5 juill 2012;3(0670)
2. Aubin C, Jourdain Menninger D, Chambaud L. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence. Insp Générale Aff Soc. 2009 [cité 28 mars 2017]
3. Mazuy M, Toulemon L, Baril E. Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours. Population-F 2014 ; 69(3) : 365-98.
4. Annick Vilain (DREES), 2019. 224 300 interruptions volontaires de grossesse en 2018. Études et Résultats, n°1125, Drees, septembre.
5. Haute autorité de santé. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [internet]. 2013. Disponible sur : https://hassante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf
6. Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans. Popul Soc. 2004;(407):1–4.
7. Gautier A, Kersaudy-Rahib D, Lydié N. Pratiques contraceptives des jeunes femmes de moins de 30 ans : entre avancées et inégalités. Agora Débats/Jeunesses. 2013 ; 63 : 88-101.
8. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Popul Soc. Mai 2014;(511):1-4.
9. Haute autorité de santé. Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles [Internet]. 2017 [cité 5 nov 2016]. Disponible sur: http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201303/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf
10. Ostré L. Place de la contraception intra-utérine chez la nullipare dans la pratique médicale. Mémoire : Ecole de sages-femmes de Strasbourg : Université de Strasbourg; 2017.
11. Haute autorité de santé. Fiche Mémo : Contraception chez la femme adulte en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG). 2019.
12. Santé publique France. Baromètre santé. 2016. [Mis à jour le 3 juil. 2019]. Disponible sur ; https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-2016
13. Serfaty D. La Contraception. 5ème. Paris: ESKA; 2016
14. Trignol N, Blin E, Marret H. Dispositif intra-utérin et nulliparité. Gynécologie obstétrique et fertilité. 42(2014) 432-437
15. Linet T. Consultation en contraception. RPC Contraception CNGOF. Gynécologie obstétrique fertilité et senologie. (2018), https://doi.org/10.1016/j.gofs.2018.10.009

16. Haute autorité de santé. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme [Internet]. 2004 [cité 18 nov 2016]. Disponible sur: http://www.hassante.fr/portail/jcms/c_272385/fr/strategies-de-choix-des-methodes-contraceptives-chezla-femme
17. Inspection générales des affaires sociales. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence [Internet]. 2009 [cité 16 août 2017] p. 7-37. Disponible sur: http://crdp-pupitre.ac-clermont.fr/upload/_20_56_2010-12-22_09-16-46_.pdf
18. Haute autorité de santé. Contraception : prescriptions et conseils aux femmes [internet]. 2013 [mise à jour Juillet 2019].
19. SOGC NEWS (Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada) – Tales of contraception : the truth, the « hole » truth, and nothing but the truth – [en ligne] – Disponible sur : http://sogc.org/fr/newsletter/septembre-2013/histoires-decontraception-cest-la-verite-toute-la-verite-en-et-rien-que-la-verite/ (page consultée le 10 avril 2014)
20. FRITZ M., SPEROFF L. – Clinical gynecologic endocrinology and infertility – 8ème édition – chapitre 23 – Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2012, 1488 p., p.1137-1190.
21. ROSSING M., WEISS N. et al. – IUDs and pelvic inflammatory disease – Volume 340 – Oxford : The Lancet, 1992, 254 p., p.248–249.
22. Segal SJ, Alvarez-Sanchez F, Adejuwon CA, Brache de Mejia V, Leon P, Faundes A. Absence of chorionic gonadotropin in sera of women who use intrauterine devices. Fertil Steril. 1985 Août;44(2):214–8.
23. Laboratoire CDD. NT 380® Standard et NT 380® Short [Internet]. Evidal. 2017 [cité 27 avr 2017]
24. Laboratoire CDD. IUB BALLERINE MIDI [Internet]. 2018. Disponible sur : https://www.vidal.fr/actualites/23474/iub_ballerine_midi_nouveau_dispositif_intra_uterin_au_cuivre_de_forme_spherique/
25. ANSM. Miréna 52 mg : Résumé des caractéristiques du produit [Internet]. 2012 [cité 27 avr 2017].
26. ANSM. Jaydess 13,5 mg : Résumé des Caractéristiques du Produit [Internet]. 2013 [cité 15 avr 2017]. Disponible sur: http://agenceprd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0224926.htm
27. Contraception : KYLEENA 19,5 mg, nouveau système intra-utérin de lévonorgestrel [Internet]. VIDAL.
28. Apter D, Gemzell-Danielsson K, Hauck B, Rosen K, Zurth C. Pharmacokinetics of two low-dose levonorgestrel-releasing intrauterine systems and effects on ovulation rate and cervical function: pooled analyses of phase II and III studies. Fertil Steril. 2014;101(6):1656-62-4.

29. Boudineau M, Multon O, Lopes P. Contraception par dispositif intra-utérin. Encylc Med Chir, Gynécologie, 730-A-09, 2001.
30. Serfaty D. La Contraception. 5ème. Paris: ESKA; 2016.
31. Organisation mondiale de la Santé. Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives, cinquième édition 2015: résumé d'orientation [Internet]. 2015 [cité 15 avr 2017].
32. HAS. Fiche memo contraception chez la femme en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG). Paris: HAS ; 2013
33. Allen RH, Bartz D, Grimes DA, Hubacher D, O'Brien P. Interventions for pain with intrauterine device insertion. Cochrane database syst rev. 2009;8(3):CD007373.
34. Waddington A, Reid R. More harm than good: The lack of evidence for administering misoprostol prior to IUD insertion. J Obstet Gynaecol can 2012;34;1177
35. Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Popul Soc. 2012;(492):1-4.
36. Stubbs E, Schamp A. The evidence is in. Why are IUDs still out? Can Fam Physician. 2008;54(4):560-6.
37. Foort V. Le dispositif intra-utérin chez la nullipare : qu'en pensent les professionnels ?. Vocation Sage Femme. 2013;12(105):36-9.
38. Secura GM, Allsworth JE, Madden T, Mullersman JL, Peipert JF. The Contraceptive CHOICE Project: Reducing Barriers to Long-Acting Reversible Contraception. Am J Obstet Gynecol. 2010;203(2):115.e1-7.
39. INPES. Dépistage du VIH et des infections sexuellement transmissibles. Informations et ressources pour les professionnels de santé [Internet]. 2011 [cited 2015 Mar 4]. Available from: http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1323.pdf
40. Barnhart KT, Schreiber CA. Return to fertility following discontinuation of oral contraceptives. Fertil Steril. 2009;91(3):659-63.
41. Van der Heijden P, Geomini P, Herman MC, Veersema S, Bongers MY. Timing of insertion of levonorgestrel-releasing intrauterine system: a randomised controlled trial. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2017;124(2):299-305.
42. Hall AM, Kutler BA. Intrauterine contraception in nulliparous women: a prospective survey. J Fam Plann Reprod Health Care. 2016;42(1):36-42.
43. Hladky KJ, Allsworth JE, Madden T, Secura GM, Peipert JF. Women's knowledge about intrauterine contraception. Obstet Gynecol. 2011;117(1):48-54
44. Denant D. Freins et réticences à l'utilisation du dispositif intra utérin chez les nullipares en médecine générale [Thèse en médecine]. UFR MEDICALE PARIS-ILE-DE-FRANCEOUEST; 2012.

45. Mestad R, Secura G, Allworth JE, Madden T, Zhao Q, Peipert JF. Acceptance of long acting reversible contraceptive method by adolescents participants in the contraceptive CHOICE project. Contraception 2011;84:493-8
46. Graesslin O, Quereux C. Mise au point sur la contraception. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2005 Octobre;34(6):529–56.
47. Godfrey EM, Folger SG, Jenq G, Jamieson DJ, Curtis KM. Treatment of bleeding irregularities in women with in cooper-containing IUDs: a systematic review. Contraception 2013;87(5):549-66.
48. Organisation mondiale de la Santé. Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives, cinquième édition 2015: résumé d'orientation [Internet]. 2015 [cité 15 avr 2017].
49. Veldhuis HM, Vos AG, Lagro-Janssen ALM. Complications of the intrauterine device in nulliparous and parous women. Eur J Gen Pract. 2004 Septembre;10(3):82–7.
50. Grimes DA. Intrauterine device and upper-genital-tract infection. Lancet. 2000 Septembre 16;356(9234):1013–9. (50)
51. Hubacher D, Reyes V, Lillo S, Zepeda A, Chen P-L, Croxatto H. Pain from copper intrauterine device insertion: Randomized trial of prophylactic ibuprofen. Am J Obstet Gynecol. 1 nov 2006;195(5):1272-7.
52. Hubatcher D. Copper intrauterine device use by nulliparous women : review of side effects. Contraception. Juin. 2007;75(6 suppl): S8-11.
53. Heinemann K, Reed S, Moehner S, Minh TD. Risk of uterine perforation with levonorgestrel-releasing and copper intrauterine devices in the European active Surveillace study on intrauterine devices. Contraception. Avr 2015;91(4):274-9
54. Mol BW, Ankum WM, Bossuyt PM, Van der Veen F. Contraceptions and the risk of ectopic pregnancy. A meta-analysis. Contraception. Déc. 1995;52(6):337-41
55. INSEE. Age moyen de la mère à l'accouchement. Données annuelles de 1994 à 2020. 2021. Disponible sur intternet : https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381390
56. INPES. Contraception : que savent les Français ? [Internet]. 2007 [cité 5 nov 2016]. (56)
57. Wiebe ER, Trouton KJ, Dicus J. Motivation and experience of nulliparous women using intrauterine contraceptive devices. J Obstet Gynaecol Can. 2010;32(4):335-8. (57)
58. Guicheteau C, Boyer L, Somé DA, Levêque J, Poulain P, Denier M, et al. Tolérance du dispositif intra-utérin au cuivre chez les patientes nullipares : étude prospective unicentrique. Gynecol Obstet Fertil. 2015;43(2):144-50. (58)
59. ? taux de continuation chez les nullipares pour le DIU (59)
60. H (61)

61. Moreau C, Lydié N, Warszawski J, Bajos N. Activité sexuelle, IST, contraception : une situation stabilisée. 2005.
62. ORS du Pays de la Loire. 15/25 ans. Vie affective et sexuelle, contraception et prévention des infections sexuellement transmissibles [Internet]. 2012 [cited 2015 Mar 4]. Available from: http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/fileadmin/PAYSLOIRE/F_actualites/etudes_publications/ORS_ARS/brochure_thematique_barometre_sante_j eunes_2012/barometre-sante-jeunes-pays-de-la-loire-vie-affective.pdf
63. I
64. Ardaens-Boulier K. Contraception intra-utérine chez la nullipare : osez les SIU. Réal En Gynécologie-Obstétrique. 2012 Sepembre;7–8.
65. Amsellem-Mainguy Y. Jeunes femmes face à la multiplicité des méthodes contraceptives. Polit Soc Fam. 2010 Juin;(100):104–9.
66. Tyler CP, Whiteman MK, Zapata LB, Curtis KM, Hillis SD, Marchbanks PA. Health care provider attitudes and practices related to intrauterine devices for nulliparous women. Obstet Gynecol. 2012 Avril;119(4):762–71.
67. Lopez-del Burgo C, Mikolajczyk RT, Osorio A, Carlos S, Errasti T, de Irala J. Knowledge and beliefs about mechanism of action of birth control methods among European women. Contraception. 2012 Janvier;85(1):69–77.
68. Whitaker AK, Johnson LM, Harwood B, Chiappetta L, Creinin MD, Gold MA. Adolescent and young adult women's knowledge of and attitudes toward the intrauterine device. Contraception. 2008 Septembre;78(3):211–7.
69. Brockmeyer A, Kishen M, Webb A. Experience of IUD/IUS insertions and clinical performance in nulliparous women : a pilot study. Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept. 2008 Septembre;13(3):248–54.
70. Bayer LL, Jensen JT, Li H, Nichols MD, Bednarek PH. Adolescent experience with intrauterine device insertion and use: a retrospective cohort study. Contraception. 2012 Novembre;86(5):443–51.
71. Beltzer N, Féron V, Vincelet C. Sexualité, contraception et prévention en Île-de-France : résultats de l'enquête Inpes-Baromètre Santé de 2010 [Internet]. 2013 [cited 2015 Mar 4]. Available from: http://www.ors-idf.org/dmdocuments/2014/ContraceptionJanv2014.pdf
72. Gouyon M. Consulter un spécialiste libéral à son cabinet: premiers résultats d'une enquête nationale. Etudes Résultats DREES [Internet]. 2009 Octobre [cited 2015 Feb 25];(704). Available from: http://www.drees.sante.gouv.fr/enquete-sur-le-recours-au-specialiste-enmedecine-de-ville,6569.htm

73. Santé publique France. Un nouvel outil d'information pour mieux choisir sa méthode contraceptive. Dossier de presse. [Mis à jour le 13 février 2020]. Disponible sur internet : Un nouvel outil d'information pour mieux choisir sa méthode contraceptive (santepubliquefrance.fr)

Résumé

Titre : La contraception intra-utérine : Une méthode de choix pour les nullipares ? Etude qualitative : Entretiens auprès de 17 femmes.

Introduction : En France, d'après le Baromètre santé 2016, 25,6% des femmes utilisant une contraception portent une CIU. Cependant, 98,7% d'entre elles ont déjà accouché. Cela traduit qu'une minime proportion de nullipares en sont détentrices (1,3%). Pourtant, cette méthode présente de nombreux avantages. Sa grande efficacité répond au problème de santé publique concernant les grossesses non désirées causée par un échec contraceptif aboutissant à l'IVG. D'ailleurs, en 2015, l'HAS rappelle que la CIU est une méthode de première intention y compris pour les nullipares. Mais la CIU correspond-elle à leurs besoins contraceptifs ?

Méthode : Notre étude qualitative interrogeait sous forme d'entretien semi directifs, 17 nullipares sortant d'une consultation de contraception. Les verbatims des entretiens ont été analysé grâce à un tableau.

Résultats : Les nullipares s'inscrivent clairement dans le schéma contraceptif Français. Elles n'ont que peu bénéficier de la méthode BERCER menée par des praticiens réticents. Ainsi, le sujet de la CIU n'a été abordé que pour la moitié des participantes. La crainte de la pose et de la douleur prend le dessus sur les motivations qu'elles avancent. La croyance populaire d'un lien entre CIU et stérilité est encore ancrée dans l'inconscient collectif.

Conclusion : Les femmes témoignent d'un grand intérêt pour la CIU et leurs besoins correspondent aux caractéristiques qui la compose. Une information actualisée, délivrée par un professionnel pratiquant le « counseling » permet de lever les craintes. L'appellation « stérilet » devrait laisser place à celle de « contraception intra-utérine » pour éradiquer les fausses croyances.

Mots clés : Contraception intra-utérine, nullipare, besoins contraceptifs, stérilet

Abstract

Title : Intra uterine contraception : a method of choice for nulliparas ? A qualitative study : Interview with 17 women.

Introduction : In France, according to the 2016 health barometer, 25,6% of woman using contraception, wear an IUC. However 98,7% of them had already give birth. This method has many advantages. Its high efficiency addresses the public health problem regarding unwanted pregnancies caused by a contraceptive failure leading to abortion. By the way, in 2015, HAS recalled that the IUC is recommended as a first mesure whatever parity, included therefore, nulliparas. But does the IUC meet their contraceptive needs?

Method : Our qualitative study, we interviewed, in the form of semi-structured interviews, 17 nulliparous patients leaving a contraception consultation. The interview transcripts were analyzed using a chart.

Results : Nulliparas are clearly part of the French contraceptive system. They don't have a lot of benefit from the GATHER method carried out by reluctant practitioners. Thus, the subject of IUC was only broached for half of the participants. The fear of posing and of pain takes precedence over the motivations they put forward. The popular belief of a link between IUC and infertility is still rooted in the collective subconscious.

Conclusion : Women show great interest in the IUC and their needs match itscharacteristics. Up-to-date information, delivered by a professional using "counselling" helps to allay fears. "Sterilet" should be remplaced by "intra uterine contraception" to eradicate false beliefs.

Key words: Intra uterine contraception, nullipara, contraceptive needs, IUD

Nombre de pages : 61

Nombre d'annexes : 6

Nombre de références bibliographiques : 73