

Année 2015

n° _____

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

VOISIN Fanny Minéa Églantine
née le 24/01/1987 à Paris 13e

Présentée et soutenue publiquement le : 15 octobre 2015

**Réticences des patientes et des médecins généralistes vis-à-vis de
l'utilisation du dispositif intra-utérin chez les patientes
nullipares : étude qualitative.**

Président de thèse : Pr. Jacky Nizard

Directeur de thèse : Dr Karine Guillard

DES de Médecine générale

Remerciements :

À Monsieur le Professeur Jacky Nizard, vous me faites l'honneur de présider ce jury, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

À Madame le Professeur Marie-Cécile Vacher-Lavenu, merci pour tout ce que vous avez fait pour m'aider à pouvoir présenter ce travail aujourd'hui, et merci d'avoir accepté de le juger. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

À Madame le Dr Caroline Dépinay-Dhellemmes, je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

À Monsieur le Dr Julien Ighil, je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Au Docteur Karine Guillard, je te remercie de m'avoir aiguillé vers ce sujet, et de ton aide précieuse pour la réalisation de ce travail.

Au Docteur Serge Joly, merci de m'avoir permis de confirmer mon goût pour la médecine générale, et de la confiance que tu m'as accordée.

Au Professeur Max Budowski, merci de m'avoir accueilli dans votre cabinet deux années de suite, et de m'avoir formé au métier de médecin généraliste.

Au Docteur Valérie Carbonnaux, merci pour ta confiance et ta compréhension, merci de m'avoir accueilli dans ton cabinet de manière aussi chaleureuse.

Au cabinet médical Jossierand, merci Sophie pour la formation que tu m'as donnée et pour l'opportunité de travail que tu m'as offert, merci Tam de m'avoir permis de travailler à tes côtés, merci à toutes les deux ainsi qu'à Salima pour m'avoir fait confiance et m'avoir acceptée parmi vous, je vous dois énormément, merci.

Merci à tous les médecins qui ont accepté de me recevoir dans le cadre de cette thèse.

Merci aux patientes qui ont accepté de répondre à mes questions lors des entretiens.

À Matthieu, merci de m'avoir soutenu et supporté, merci d'être là.

Merci à toute ma famille.

À mes parents pour avoir partagé avec moi votre passion de la médecine générale, et m'avoir autant soutenu toutes ces années.

À Nico, pour ton soutien et ta compréhension.

À mes beaux parents, merci pour le soutien, les conseils, et la relecture.

Merci à tous mes amis dont la présence depuis tant d'années m'est si précieuse.

À Elena, tu as toujours été là pour moi depuis le lycée et pendant toutes les épreuves que nous ont réservé ces études.

À Débora, pour ta présence, tu as tellement été là toutes ces années que tu es presque devenue médecin en même temps que moi, merci pour ta relecture, ton soutien.

Liste des abréviations

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

CES : Certificat d'Études Spécialisées

CMS : Centre Municipal de Santé

DIU : Dispositif Intra-utérin

DU : Diplôme Universitaire

FIV : Fécondation In Vitro

GEU : Grossesse Extra-utérine

HAD : Hospitalisation À Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

IC : Intervalle de Confiance

IDE : Infirmière Diplômée d'État

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LNG : Levonorgestrel

MST : Maladie Sexuellement Transmissible

OP : Oestroprogestatif

RR : Risque Relatif

Table des matières

1. Introduction.....	8
1.1. Contexte.....	8
1.2. Le dispositif intra utérin	9
1.2.1. Choix du DIU.....	9
1.2.2. Indications et contre-indications :.....	10
1.3. Hypothèses et questions posées :.....	11
2. Méthode.....	12
2.1. Choix de la méthode.....	12
2.1.1. Choix du type d'étude.....	12
2.1.2. Choix de la méthode de recueil.....	12
2.2. Population.....	12
2.2.1. Recrutement des patientes.....	12
2.2.2. Recrutement des médecins.....	13
2.3. Recueil des données.....	13
2.3.1. Organisation des entretiens.....	13
2.3.2. Déroulement des entretiens semi-dirigés.....	14
2.3.3. Analyse des données.....	14
3. Résultats patientes.....	16
3.1. Description de l'échantillon de patiente.....	16
3.2. Réticences Psychologiques.....	17
3.3. Effets indésirables au quotidien.....	18
3.4. Risques ressentis.....	19
3.5. Appréhension vis-à-vis de cette conception dans la pratique.....	19
3.6. Avantages du DIU.....	20
3.7. Manque d'information.....	21
4. Résultats médecins.....	22
4.1. Population.....	22
4.2. Réticences des médecins.....	24
4.2.1. Proposition du DIU difficile et plutôt mal reçue	24
4.2.2. Risques du DIU pour les nullipares et réticences des médecins.....	25
4.2.3. Réticences à la pose.....	26
4.3. Connaissances des médecins sur le DIU chez les nullipares.....	27
4.4. Connaissances des nullipares d'après les médecins.....	28
4.5. Réticences des nullipares d'après les médecins.....	29
4.6. Avantages du DIU pour les nullipares d'après les médecins.....	30
4.7. La première consultation de prescription de contraception.....	31
4.8. Consultation de contraception et DIU.....	32
4.9. La pose.....	33
4.10. Différences entre les pays.....	34
4.11. Cause de la différence de prescription entre les moyens de contraception.....	34
5. Récapitulatif des résultats.....	36
6. Discussion.....	39
6.1. Résultat principal.....	39
6.1.1. Résultats attendus.....	39
6.1.2. Résultats inattendus.....	44
6.2. Résultats secondaires.....	47
6.2.1. Avantages du DIU.....	47
6.2.2. Déroulement de la consultation pour une première prescription de	

contraception.....	47
6.2.3. Bilan précédent la pose.....	48
6.2.4. Prémédication.....	48
6.2.5. Pose.....	49
6.2.6. Suivi.....	49
6.3. Forces et faiblesses de l'étude.....	50
6.3.1. Originalité de l'étude.....	50
6.3.2. La méthode qualitative.....	50
6.3.3. Scientifcité.....	51
7. Conclusion.....	53
8. Annexes.....	54
8.1. Annexe 1 : Tableau 1.....	54
8.2. Annexe 2 : Tableau 2.....	55
8.3. Annexe 3 : Tableau 3.....	56
8.4. Annexe 4 : Grille d'entretien patiente.....	57
8.5. Annexe 5 : Grille d'entretien médecin.....	58
8.6. Annexe 6 : Positionnement « à l'anglaise ».....	59
8.7. Annexe 7 : Tableau 4.....	60
8.8. Annexe 8 : Fiche info-patiente.....	61
9. Bibliographie.....	63
10. Permis d'imprimer.....	66
Résumé :	67
Mots-clés:	67

1. Introduction

1.1. Contexte

Le nombre d'Interruption Médicales de Grossesses (IVG) en France reste stable depuis la loi Veil en 1975. En 2010, 225 000 IVG ont été réalisées en France dont 212 000 en métropole. Le taux de recours à l'IVG est de 14,7 IVG en métropole pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans. Chez les femmes de 20 à 24 ans, il demeure le plus élevé avec 26,9 IVG pour 1 000 (1)

Ce chiffre tend même à augmenter dans certaines tranches d'âge notamment chez les mineures (passant de 8 766 en 1990 à plus de 13 400 en 2007). Quarante pour cent des femmes vivant en France auront une IVG au cours de leur vie. (2)

Pourtant en France, 90,2 % des femmes de 15 à 49 ans sont sous contraception, ce qui représente un taux de couverture tout à fait satisfaisant (3). Ce taux de couverture est très peu variable chez les mineures et les jeunes adultes (91,2 % chez les 15-19 ans et de 92,9 % chez les 20-24 ans) contrairement à certains pays comme l'Espagne (65 % chez les 15-19 ans sexuellement actives contre 90 % chez les 20-24 ans). En 2007, deux tiers des femmes ayant subi une IVG utilisaient une méthode contraceptive (2).

La difficulté d'observance est souvent rencontrée par les utilisatrices de la contraception orale. Pour une femme qui prend une pilule toute sa vie, cela suppose entre 6 000 et 7 000 prises de comprimés, sans aucun oubli de comprimé, ni décalage de prise entre 2 plaquettes. L'échec contraceptif est également dû au manque d'implication de la femme et du couple dans le choix de la méthode, le défaut d'information sur la conduite à tenir en cas d'erreur, ainsi que le peu d'efficacité des méthodes dites naturelles. Le coût des méthodes contraceptives comme certaines pilules, le préservatif ou l'anneau vaginal qui ne sont pas remboursés par l'assurance maladie peut être responsable de grossesses non désirées (4). L'utilisation d'une contraception d'urgence est majoritairement secondaire à un oubli de pilule (tableau 1).

Il apparaît également en France une norme contraceptive (5). Le préservatif est majoritairement utilisé au début de la vie sexuelle, puis les jeunes femmes se voient prescrire la pilule. Une fois le nombre d'enfants souhaité atteint, elles se tournent vers le Dispositif Intra-utérin (DIU) (Tableau 2). Cette norme contraceptive spécifique à la France (Tableau 3) n'étant pas forcément adaptée aux conditions de vie sociales, affectives, et sexuelles des femmes, elle peut être à l'origine d'erreurs contraceptives, et donc entraîner une grossesse non désirée.

L'âge moyen du premier rapport sexuel en France est de 17,6 ans pour les femmes et celui de la naissance du premier enfant est de 28 ans soit plus de 10 ans après (5). Il existe donc une longue période au cours de la sexualité où la contraception est indispensable. Les nullipares représentent une population devant être particulièrement ciblée pour la prévention des grossesses et donc l'utilisation d'un contraceptif adapté.

Les deux contraceptions de longue durée d'action réversibles remboursées en France sont l'implant sous-cutané et le DIU. Compte tenu des effets indésirables particulièrement les saignements irréguliers, l'implant contraceptif n'est indiqué que chez les femmes ayant une contre-indication ou une intolérance aux contraceptions oestroprogestatives ou au DIU ou chez des femmes ayant des problèmes d'observance (6).

1.2. Le dispositif intra utérin

1.2.1. Choix du DIU

Il existe deux types de DIU ayant chacun leurs avantages et inconvénients. Le DIU au cuivre peut entraîner des saignements menstruels plus importants. Le DIU au lévonorgestrel (LNG) a les mêmes inconvénients que les autres progestatifs : métrorragies ou aménorrhée, prise de poids, acné, troubles de l'humeur, baisse de la libido, migraines (7).

Les deux types de DIU sont remboursés par l'Assurance Maladie. Compte tenu des effets secondaires possibles et du coût plus élevé du DIU au LNG (125,37 €) par rapport à celui au

cuivre (30,50 €), il est recommandé de n'utiliser celui au LNG qu'en cas de bénéfice attendu tel qu'une diminution de ménorragies fonctionnelles par exemple. (8)

Ces avantages et inconvénients doivent être discutés avec la patiente afin qu'elle puisse faire son propre choix.

1.2.2. Indications et contre-indications :

Le DIU peut être proposé en première intention à toutes les femmes, en considérant sa grande efficacité d'action, et l'absence de risque cancéreux ou cardiovasculaire associé. (9)

Les contre-indications à la pose d'un DIU sont :

- Les antécédents ou l'existence de pathologies utérines ou trophoblastiques
- Les pathologies vaginales récentes ou en cours
- Les saignements génitaux inexpliqués
- Les situations à haut risque infectieux (IST, infection génitale haute de moins de 3 mois, avortement septique, valvulopathies...)
- L'hypersensibilité à l'un des composants
- Une grossesse suspectée ou avérée
- Le post-partum (entre 48 h et 4 semaines)
- Le haut risque de grossesse extra-utérine (chirurgie tubaire et antécédent de GEU)

À cela s'ajoutent d'autres contre-indications pour les DIU au LNG :

- Accident thrombo-embolique évolutif
- Hémorragie génitale non expliquée
- Pathologie hépatique sévère en l'absence de normalisation des paramètres hépatiques
- Cancer du sein et de l'endomètre

1.3. Hypothèses et questions posées :

Ces données mettent en évidence une utilisation non optimale de la contraception en France. La prescription de la contraception n'apparaît pas réellement comme la conséquence d'un choix mais d'une habitude. L'utilisation du DIU en est un exemple. Cette méthode reconnue comme efficace et autorisée chez les nullipares reste peu utilisée. Pourtant, une contraception adaptée est importante dans cette population à risque d'IVG. Cette étude a pour but d'étudier les réticences à son utilisation chez les patientes nullipares.

Quels sont les réticences des patientes nullipares et des médecins généralistes à l'utilisation du DIU chez les femmes n'ayant pas eu d'enfant en Île-de-France ?

2. Méthode

2.1. Choix de la méthode

2.1.1. Choix du type d'étude

Pour cette étude, une méthode qualitative a été préférée, dans un souci d'obtenir le maximum de réponses différentes, sans être biaisée par mes propres représentations sur le sujet. (10)

2.1.2. Choix de la méthode de recueil

Dans une étude qualitative, deux types de recueil des données sont disponibles : le focus groupe et l'entretien semi-dirigé. L'entretien semi-dirigé a ici été préféré au focus groupe, devant le caractère personnel des questions. Les entretiens ont été menés en suivant un guide d'entretien rédigé à l'avance (Annexe 4, annexe 5) comprenant quatre grandes questions ouvertes permettant la libre expression des patientes interrogées. Des questions de relance ont été également prévues pour chacune de ces questions. Le guide d'entretien n'a pas été modifié au cours des entretiens.

2.2. Population

2.2.1. Recrutement des patientes

Les patientes ont été recrutées dans toute l'Ile-de-France, le travail d'échantillonnage ayant été réalisé de manière à obtenir un maximum de diversité au niveau de l'âge, l'origine, la catégorie socioprofessionnelle et le lieu d'habitation.

Des cas négatifs à savoir des patientes porteuses de DIU ont également été sélectionnés.

La parité et l'âge étaient les seuls critères d'exclusion. Les patientes interrogées devaient

impérativement être nullipares et en âge de procréer. Toutes les personnes recrutées ont été incluses dans l'étude, toutes correspondant à ce critère au moment des entretiens.

2.2.2. Recrutement des médecins

Le même mode de sélection a été appliqué pour les médecins. Ils ont été recrutés en Ile de France en vue d'obtenir la plus grande diversité. Le critère d'inclusion était d'être toujours en activité. Les médecins retraités étaient exclus de l'étude.

2.3. Recueil des données

2.3.1. Organisation des entretiens

Les patientes ont été sélectionnées lors de consultations dans différents cabinets de médecine générale, par des contacts communs, ou par certaines patientes déjà interrogées. Elles ont alors laissé leur numéro de téléphone en donnant leur accord pour participer à l'étude. Dans un second temps, un rendez-vous a été pris par téléphone, selon leurs disponibilités, et dans le lieu de leur choix. Les entretiens ont eu lieu la semaine suivant leur accord. Les patientes ont été interrogées chez elles, dans le cabinet médical où je travaillais ou celui de leur médecin traitant, à mon domicile ou dans un café. Le recueil des données s'est déroulé du 09/02/2012 au 19/05/2012. Les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données.

Les médecins ont été sélectionnés par contact professionnel et un rendez-vous a également été pris par téléphone. Le rendez-vous a été fixé dans le lieu de leur choix et selon leurs disponibilités. Les entretiens se sont déroulés dans le mois suivant dans leur cabinet, ou à leur domicile. Ils ont eu lieu du 05/09/2012 au 15/07/2014, jusqu'à saturation des données.

2.3.2. Déroulement des entretiens semi-dirigés

Au début de l'entretien, les patientes comme les médecins étaient remerciés de leur participation à l'étude, dont je rappelais les grandes lignes. Je recueillis leur consentement oral pour leur participation et pour l'enregistrement de l'entretien dans son intégralité. Les principales données socio-démographiques étaient ensuite recueillies et notées.

Les entretiens étaient enregistrés par le dictaphone de mon Smartphone, placé entre la personne interrogée et moi-même.

L'entretien des patientes débutait par une question sur leur contraception actuelle afin de les mettre en confiance sur un sujet familier. Venait ensuite une question sur leurs connaissances à propos du DIU. Les questions de relance pouvaient être utilisées à ce stade, afin de guider les patientes et leur permettre de s'exprimer sur certains sujets. Je prenais le temps de répondre à leurs questions sur le sujet. Je réévaluais leurs réticences après ce temps d'explication. Je terminais l'entretien en m'assurant qu'elles n'avaient pas d'autres remarques à faire.

Chez les médecins, la première question portait sur leur prise en charge de la contraception. Cette question permettait de les mettre à l'aise sur un sujet connu et de voir si le DIU était évoqué d'emblée. Je les interrogeais sur leur opinion du DIU, plus particulièrement chez les nullipares. Je leur demandais ensuite, d'après eux, quel était le point de vue de ces dernières sur le sujet puis leur expérience personnelle de la prescription de DIU et de sa pose. J'achevais l'entretien en leur demandant s'ils avaient des choses à ajouter.

2.3.3. Analyse des données

L'analyse des données a été débutée précocement et a donc été croisée avec le recueil. Cela a

permis d'obtenir des précisions sur certains sujets et de préparer les entretiens suivants. L'analyse consistait à retranscrire les entretiens dans leur intégralité, puis à les coder.

La retranscription était le plus souvent effectuée les deux jours suivant l'entretien, au maximum dans les quinze jours.

Le codage a consisté à relire les retranscriptions, à en fragmenter le texte et à le ranger en une liste de catégories. Les thèmes principaux émergent de cette démarche. Ces thèmes ont été modifiés tout au long du codage au fur et à mesure des entretiens et de la relecture. Cela a permis d'identifier des sous-thèmes, et d'établir une cartographie des différents concepts. Le codage a été effectué manuellement par l'investigatrice et un autre médecin formé à la recherche qualitative en parallèle.

3. Résultats patientes

3.1. Description de l'échantillon de patiente

La saturation des données a été atteinte au bout de treize entretiens. Quatorze patientes ont été interrogées en tout.

Le tableau ci-dessous résume leurs caractéristiques :

Patiente	Âge	Activité	Situation familiale	Contraception	Remarques
1	22 ans	Étudiante éducatrice spécialisée	En couple depuis 2 mois	Pilule OP	Hémiplégie droite
2	48 ans	Chômage (contrôleur de gestion)	Célibataire après 15 ans de concubinage	Lutéran	Dysthyroïdie, échecs de FIV
3	23 ans	Ressources humaines	Couple stable	Pilule OP	Oublis > 1/mois
4	32 ans	Assistante dentaire	Couple stable, projet rapproché de grossesse	Pilule OP	Souhaite stérilet
5	16 ans	Lycéenne	Célibataire	Absence	Pas de rapport
6	26 ans	Recherche d'emploi (design)	Couple stable	DIU au cuivre	Intolérance à plusieurs pilules
7	18 ans	Terminale S, passe concours IDE	Célibataire	Pilule OP	Pas d'oubli
8	18 ans	Redouble la terminale, veut être infirmière	Couple depuis 2 ans	Pilule OP	Syndrome des ovaires polykystiques Pas de rapport
9	24 ans	Dernière année de médecine	Couple stable	DIU au cuivre	Intolérance à plusieurs pilules

10	22 ans	Étudiante infirmière	Célibataire	Pilule OP	Roaccutane, échec microprogestatif
11	24 ans	Secrétaire dans une mutuelle	Partenaires multiples	Pilule OP	Aucune
12	22 ans	Vendeuse	Partenaires multiples	Absence	A oublié de renouveler son ordonnance et a arrêté
13	23 ans	Vendeuse prêt-à-porter de luxe	Mariée depuis 3 mois	Préservatifs	Désir de grossesse fin d'année
14	23 ans	Master 2 ressources humaines	En couple depuis 4 ans	Pilule OP	Rares oublis

3.2. Réticences Psychologiques

Des réticences psychologiques ont émergé au cours des entretiens, en raison de la localisation du DIU dans l'utérus, vécue comme une intrusion corporelle. L'implant semblait mieux accepté. La pilule était banalisée du fait de sa prise orale simple, compréhensible, familière, comme un « médicament ».

La notion d'entretien et de propreté a été évoquée. Le manque de contrôle de la femme sur ce moyen de contraception était un avantage pour certaines et une source de stress pour d'autres. Les patientes notaient l'existence de préjugés provenant d'autres personnes et les appréhendaient. Le mécanisme d'action était peu connu, et parfois perçu comme un avortement. Un potentiel désir de grossesse à moyen terme semblait rendre ce moyen de contraception inapproprié. Le dispositif ne pouvant être retiré par l'utilisatrice elle-même, les patientes se représentaient l'obligation d'une utilisation longue. Il paraissait mieux adapté aux femmes plus matures, ayant déjà un certain vécu vis-à-vis de la contraception.

E02 : « Au niveau du stérilet c'est clair pour moi c'est un intrus, c'est un corps étranger...Et c'est quelque chose, je suis, farouchement opposée ; c'est quelque chose qui n'est même pas concevable pour moi. »

E07 : « Parce que c'est moi qui la prend, et je sais que je la prends la bonne, à la bonne heure, etc... Je peux pas vérifier qu'il est bien, ou des trucs comme ça. »

E14 : « Je connais pas grand-chose dessus, plus des appréhensions qu'autre chose. »

E06 : « Enfin quand même quand on dit qu'on a un stérilet tout le monde nous regarde de travers hein ! »

E10 : « Ça fait peut être plus d'engagement peut-être aussi. »

3.3. Effets indésirables au quotidien

Les femmes craignaient les différents effets secondaires possibles. La douleur et la gêne, éventuellement pendant les rapports, pour elles ou leur partenaire, étaient retrouvées. Cette peur était atténuée lorsqu'elles voyaient l'objet montré par l'investigatrice.

L'abondance des règles, et leur venue plus irrégulière, sur des cycles plus courts qu'avec la pilule oestroprogestative inquiétaient d'un point de vue pratique. Ces désagréments étaient considérés comme inutiles car évitables grâce à certaines pilules. Des troubles de l'humeur avec syndrome prémenstruel important ont également été évoqués.

E07 : « J'ai l'impression que ça peut gêner parce que c'est quand même un truc, assez gros. »

E14 : « je voyais le gros truc à mettre, ça faisait un peu peur. »

E02 : « Bah y'a, y'a douleurs, y'a, y'a saignements...Y'a saignements abondants »

E07 : « avec la pilule au moins on sait quand ça vient, et enfin c'est presque chronométré, donc, on est moins dans le risque oui, il faut que je me mette quelque chose pour protéger parce que sinon, enfin

3.4. Risques ressentis

Les patientes s'inquiétaient du risque infectieux qui leur semblait plus marqué pour le DIU au cuivre. Cette peur était parfois perçue comme obsolète et le risque plutôt lié à la multiplicité des partenaires. Certaines craignaient un manque d'efficacité suite à des messages diffusés par des médecins ou par leur entourage. L'infertilité, les grossesses extra-utérines, le déplacement ou l'expulsion, et l'allergie au cuivre étaient les autres risques abordés.

E04 : « Y'avait eu un gros débat sur, le stérilet, les dangers que ça pouvait entraîner, etc... Enfin, les infections.. »

E11 : « Dans mon entourage, y'en a ça a bougé et elles sont tombées enceintes. »

E08 : « Comme elles ont pas encore eu d'enfant on va éviter de leur faire avoir des infections pour les rendre...stériles »

E06 : « On peut aussi faire une grossesse extra utérine et me faire exploser une trompe enfin...(..) Oui, mais le stérilet fait pas la grossesse extra-utérine. »

E14 : « Tu le sens obligatoirement quand il s'en va ?Ça serai un peu bête de pas s'en rendre compte et de ... »

3.5. Appréhension vis-à-vis de cette conception dans la pratique

Certaines idées très différentes en fonction de l'âge, freinaient encore les femmes, surtout face à la comparaison à la contraception orale à laquelle elles étaient plus habituées. Contrairement à celle-ci, la contraception par DIU nécessitait un minimum de démarches : prescription puis prise de rendez-vous pour la pose, le suivi, et le retrait. La multiplicité des rendez-vous ne permettait pas une contraception immédiate. Ces contraintes pouvaient gêner les femmes plus jeunes qui pensaient devoir obligatoirement consulter un gynécologue ce qui était difficile à expliquer à leurs parents. La

pose était également en elle-même un sujet très anxiogène de par la potentielle douleur, les problèmes de pudeur ainsi que le manque d'information sur son déroulement.

E12 : « Alors que là c'est vrai qu'il faut faire la démarche, qu'il faut y aller, bon après c'est un petit peu plus compliqué »

E10 : « La pilule bon, on connaît on la prend un mois, on peut l'arrêter... Tandis que là c'est un peu plus compliqué quoi donc... »

E08 : « Donc si je lui disait que je prenais un stérilet direct dans sa tête...Parce que ça c'est vraiment un contraceptif, c'est pas quelque chose pour arranger un problème, elle me dirait non »

E03 : « Après bah c'est l'opération, bah y'a toujours une petite appréhension mais après bah, je pense pas que ce soit une très grosse opération ? »

E08 : « Enfin la pilule on la prend y'a personne qui vérifie. Moi je suis très pudique »

3.6. Avantages du DIU

Malgré de nombreuses peurs et réticences dues en grande parties à un manque de connaissances, les femmes interrogées reconnaissaient de nombreux avantages au DIU, avec une comparaison quasi systématique à la contraception orale. L'avantage principal était l'absence de contrainte et de risque d'oubli une fois le DIU posé et donc une plus grande fiabilité. Cette fiabilité était d'autant plus importante que l'oubli était parfois vécu comme une faute. Le côté plus naturel du cuivre était également un avantage reconnu ainsi que la durée de cette contraception. L'efficacité du DIU était souvent reconnue. Le remboursement du dispositif et de sa pose était également un avantage par rapport à certains contraceptifs.

E01 : « La pilule si on la prend pas ou quoi c'est nous qui sommes...y'a des conséquences, c'est à nous de... On s'en prend à nous. Au moins (avec le DIU) on sait que ça sera pas notre

conséquence à nous, pas notre faute... »

E11 : « On est tranquille, on n'a pas besoin de penser, y'a pas de risque d'oubli et tout. »

E09 : « Je me disais des hormones on en bouffe suffisamment, dans l'alimentation, beaucoup trop, c'est peut-être pas la peine d'en rajouter une couche avec une pilule prise délibérément, enfin ! »

E09 : « je me suis dit de toute façon ça va durer une minute, c'est fait pour cinq ans, c'est très bien... »

3.7. Manque d'information

Les connaissances sur la possibilité d'utilisation du DIU étaient variables, d'un savoir précis à des connaissances erronées comme l'indication liée à l'âge ou la parité. Les sources d'information des patientes étaient également variées, elles se renseignaient par elles-mêmes via divers moyens autres que le médecin généraliste ou le gynécologue. Les expériences dans leur entourage proche étaient rares. Elles n'avaient donc personne pour leur expliquer la pose et savoir que c'était un moyen de contraception efficace. Après le temps d'explications, les patientes avaient moins de réticences.

E13 : « Qu'est-ce que tu sais sur le stérilet ? - Mlle J. : Euh, je sais rien. »

E14 : « (À propos du stérilet) C'est toujours, enfin, des choses que j'ai entendu à droite à gauche mais, mais, c'est pas quelque chose qu'un professionnel m'a expliqué mais... Je sais pas, c'est plus des idées reçues que j'ai toujours eu. »

E04 : « Et ce que je regrette, j'ai vraiment l'impression qu'en France c'est un sujet tabou pour les femmes qui n'ont pas eu d'enfant. »

E08 : « Y'a peut-être des études qui le montrent mais si on voit qu'il y a des gens qui l'ont testé, qui l'ont essayé et sur qui ça marche, on voit que ça fonctionne donc on se dit, bah ça fonctionne en vrai, donc, enfin on a une preuve sous les yeux donc... »

4. Résultats médecins

4.1. Population

La saturation des données a été atteinte après onze entretiens. Douze médecins ont été interrogés.

Le tableau ci-dessous résume leurs caractéristiques :

Médecin	Âge	Sexe	Lieu d'exercice	Type de cabinet	DU ou formation complémentaire	Activité
1	59	H	Paris 10	1 généraliste secteur 2 et 1 kiné	Formé en tabacologie	Médecine surtout adulte Tabacologie
2	62	H	Paris 12	2 généralistes	Absence	Surtout gériatrie, avant beaucoup gynécologie (formé en Tunisie pendant coopération en 76-77)
3	62	F	Paris 12	2 généralistes	Absence	Adultes jeunes et enfants
4	32	F	Paris 19 planning familial hôpital Paris 20	2 généralistes femmes	DU de gynécologie et obstétrique pour le généraliste DU de contraception et régulation des naissances	50 % médecine générale 50 % gynécologie
5	31	F	Paris 19	2 généralistes femmes	Absence	Médecine générale, pédiatrie

6	32	H	Paris 19 CMS Saint-Denis	4 généralistes	Formation sur l'éducation thérapeutique	Médecine générale
7	49	H	Paris 19	4 généralistes	Formation en médecine tropicale	60 % HAD 40 % médecine générale Surtout 30-50 ans
8	52 ans	F	Paris 18	Groupe de quatre femmes généralistes (plus un dermatologue)	Formation contraception de la femme jusqu'à 40 ans Formation personnelle pose de DIU et implant	Patientèle jeune, beaucoup de femmes
9	45 ans	F	Louvres (95)	CMS 6 médecins 2 infirmières 1 ostéopathe	Réseau IVG médicamenteuse en ville	Semi rural adultes jeunes, enfants
10	60 ans	F	Paris 18	Groupe de quatre femmes généralistes (plus un dermatologue)	CES gynécologie et 3e cycle médecine générale	Beaucoup de gynécologie
11	57 ans	M	Champagne s/Oise (95)	Un généraliste seul	Absence	Semi-rurale, adultes et enfants
12	55 ans	F	Parmain (95)	Seul médecin avec deux infirmières et un psychologue	Réseau pôle femme-enfant de Pontoise	Beaucoup de pédiatrie et gynécologie

4.2. Réticences des médecins

4.2.1. Proposition du DIU difficile et plutôt mal reçue

Les médecins généralistes reconnaissaient avoir un vrai rôle à jouer dans la contraception et beaucoup arrivaient à prendre en charge cette demande. Certaines patientes ne sachant pas que leur médecin traitant pouvait gérer leur contraception, les demandes étaient assez variables selon le quartier et les médecins.

Le cadre même de la consultation était parfois peu propice à la présentation des moyens contraceptifs par manque de temps. La question de la contraception était vite réglée car abordée par les patientes à la toute fin de la consultation lors de la rédaction des ordonnances. Il était donc difficile d'avoir une consultation dédiée. Certains médecins arrivaient à reporter cette consultation pour en faire une plus complète et adaptée mais c'était parfois difficile lorsque leurs compétences en gynécologie n'étaient pas reconnues. Le contexte de paiement à l'acte ne facilitait pas la prise d'un autre rendez-vous.

Même lorsque la consultation était réalisée dans de bonnes conditions, les médecins trouvaient parfois difficile de parler du DIU lorsqu'une nullipare venait lui demander une contraception surtout si elle était jeune ou s'il s'agissait d'une première prescription. Les femmes venaient consulter leur médecin après s'être renseignées par différents moyens, et avaient donc une idée plus ou moins précise de la contraception qu'elles désiraient. Elles demandaient souvent une contraception orale. Cette demande était ressentie par les médecins comme une routine alimentée par la famille, les amies, les médias... Cette habitude de masse se substituait à la réflexion sur la méthode la plus adaptée à la patiente. Certains médecins reconnaissaient tout de même une augmentation de la demande de DIU par les nullipares depuis quelques mois.

Une fois toutes ces difficultés levées, certains médecins pouvaient encore être réticents à proposer

le DIU aux patientes nullipares devant leurs réactions souvent assez négatives. Seules les patientes plus expérimentées acceptaient d'en discuter.

E9 : « Parce que beaucoup de jeunes femmes ne savent pas que le généraliste, c'est incroyable, mais, j'ai parfois des réactions « ah bon ?! Vous vous occupez de la pilule ? » C'est un petit peu vexant mais c'est assez fréquent. »

E1 : « C'est un gros problème ! Je ne supporte pas les contraceptions sur le pas de porte ! »

E8 : « Très souvent c'est « je voudrais bien une pilule » Elles arrivent jamais en disant « je veux un stérilet », hein ! »

E6 : « Mais bon c'est vrai que quand toutes les copines ont toutes la pilule bah ça va être difficile de... »

E2 : « Le stérilet les rebute un petit peu, et elles aiment pas trop, finalement, en parler tellement »

4.2.2. Risques du DIU pour les nullipares et réticences des médecins

Comme toutes les méthodes contraceptives, le DIU présentait des avantages et des inconvénients. La crainte principale des médecins étant le risque infectieux, ils prenaient beaucoup de précautions (conseils, dépistages...) chez les patientes auxquelles ils le proposaient. Le facteur de risque d'infection le plus retrouvé était le nombre de partenaires mais là encore certains médecins n'y voyaient pas d'inconvénient. La grossesse intra ou extra-utérine faisait également partie des risques cités par les médecins qui avaient souvent eu au moins une fois des exemples dans leur patientèle de femmes enceintes sous DIU. Certains médecins ne voyaient pas l'intérêt de ce type de méthode potentiellement douloureuse pour les nullipares.

E10 : « Je pense que c'est fondamental de "contracepter". Quel que soit le mode de contraception

et on prend toujours des risques dans la vie ! »

E9 : « Je ne prescris pas le stérilet aux papillons sexuels. Ou aux femmes qui ont des antécédents d'IST. Plusieurs IST »

E4 : « On vérifie que tout est nickel pour pouvoir le poser en toute sécurité puisqu'un stérilet ne provoque pas d'infection si il n'y a pas d'infection pré-existante »

E9 : « J'ai vu beaucoup de femmes tomber enceintes sous stérilet, hein...Dans ma longue carrière, oui. »

E11 : « Ça me paraît bizarre comme torture, de mettre un stérilet. »

4.2.3. Réticences à la pose

Selon différents facteurs, les médecins généralistes posaient ou non les DIU, chez les nullipares, ou uniquement chez les femmes ayant eu au moins un enfant. Certains n'en posaient pas car ils ne savaient pas le faire, par manque d'intérêt ou de formation à la réalisation de cet acte. D'autres étaient dérangés par le fait de pratiquer un examen gynécologique au cabinet, seul, par peur des procès ou parce qu'ils connaissaient leurs patientes depuis longtemps et que ça leur paraissait déplacé.

Une facilité d'accès à un correspondant qui les posait (proximité, collègue généraliste dans le même cabinet...) permettait d'éviter facilement à certains de faire ce geste. Des médecins avaient peur de faire mal, ou d'échouer. Certains autres savaient poser les DIU mais manquaient de pratique et appréhendaient donc ce geste pour lequel la demande était parfois rare en cabinet.

Quand ce n'était pas la pose elle même qui les gênait, quelques médecins pensaient qu'un équipement spécial était nécessaire, en plus du matériel de base au cabinet, si l'on posait des DIU en général et chez les nullipares : matériel de réanimation, dilatateur... Ce type de matériel étant coûteux et à renouveler régulièrement il représentait un frein pour ces médecins.

Parfois, malgré le désir de se former ou de faire ce type de geste, les patientes refusaient parce que

le médecin était un homme, ou paraissait inexpérimenté, il avait donc moins tendance à le proposer après plusieurs refus. Certains spécialistes émettaient parfois des critiques sur la pose, ce qui vexait les généralistes qui étaient alors plus réticents à poser des DIU.

E1 : « Y'avait un cabinet de gynécologue au 77 alors que je suis au 61 bis. Donc, je faisais pas. »

E9 : « Moi il faut peut-être que j'apprenne à poser un stérilet aux nullipares. J'ai un petit taux d'échecs déjà pour les multipares alors je suis un peu réticente, oui. »

E3 : « Il faut avoir une demande quand même relativement régulière »

E11 : « Parce que, peur de, un procès (...) Y'a vraiment de ça en arrière fond.(...) Moi je suis tout seul au cabinet, hein. »

E11 : « ça fait 25 ans ou 30 ans que je les connais, donc elles ont, c'est pas sûr que, que, qu'elles ont envie que j'aïlle voir par là.... pour moi c'est difficile.»

4.3. Connaissances des médecins sur le DIU chez les nullipares

Les médecins interrogés ne savaient pas tous que le dispositif intra-utérin était une contraception autorisée chez les nullipares. Certains restaient basés sur leur formation universitaire initiale où la nulliparité était une contre-indication à ce type de contraception, et même si parfois leurs connaissances étaient réactualisées, cela restait tout de même un frein. Les connaissances plus précises, par exemple concernant les deux types de DIU, étaient très variables d'un médecin à l'autre. L'explication n'était donc pas égale selon le médecin consulté, et devait parfois être donnée par un spécialiste. Selon les médecins, l'indication du DIU en général variait, certains laissaient la patiente choisir, d'autres qui avaient peur des infections le recommandaient plutôt aux femmes ayant un seul partenaire régulier, d'autres pour éviter les oublis en cas d'antécédent d'IVG, ou simplement pour une raison économique ou de discrétion vis-à-vis de la famille. Les indications variaient également en fonction du type de DIU, hormonal ou au cuivre : selon la durée et l'abondance des

règles, la facilité à la pose, les effets indésirables.

E11 : « Je sais pas, c'est pas du tout dans ma conception, on l'a pas appris comme ça nous, ça se posait même pas quoi ! »

E3 : « on n'est pas dans une dualité pilule-stérilet uniquement stérilet pour les femmes qui ont des enfants et puis la pilule avant »

E8 : « Par contre si, les filles qui oublient leur pilule et qui ont déjà fait des IVG par exemple, je vais certainement le conseiller. »

E3 : « Y'a des femmes qui parlent du, des stérilets avec hormone, pas hormone, qu'est-ce que vous en pensez etc..., alors bah dans ces cas là, moi, étant donné que c'est vrai, je suis pas vraiment au courant (...) j'envoie à la gynéco. »

E5 : « Pour les nullipares on pose finalement un peu plus de cuivre, parce qu'ils sont plus facile à poser, après ça dépend vraiment de la patiente hein, si elle a des règles abondantes on va plutôt lui proposer hormonal... »

4.4. Connaissances des nullipares d'après les médecins

Les sources d'information des nullipares étaient variables, les médecins pensaient qu'ils n'étaient pas souvent les premiers à expliquer ce moyen de contraception ce qui générerait certaines fausses idées (parité en particulier) et lacunes qu'ils retrouvaient chez leurs patientes. Les médecins reconnaissaient que l'idée selon laquelle le DIU était réservé aux femmes ayant eu au moins un enfant était toujours présente. Les interrogations des patientes paraissaient très nombreuses d'après les médecins que ce soit pour la pose, les effets indésirables ou les sensations.

E9 : « Elles le tiennent plus de l'entourage que des médecins mais sans doute que beaucoup de médecins contribuent à colporter cette idée. »

E5 : « Souvent elles me disent « ah, mais le stérilet pour moi c'est pas possible, j'ai pas eu d'enfant » »

E10 : « Est-ce que vous allez m'endormir pour le mettre ? »

E10 : « Est-ce que mon copain va le sentir ? »

4.5. Réticences des nullipares d'après les médecins

Les risques et les complications que craignaient les patientes étaient surtout l'infertilité et l'irréversibilité de ce moyen de contraception. Le terme de « stérilet », plus utilisé que celui de « dispositif intra-utérin » était un frein à lui seul. À ces peurs se rajoutaient celles des infections, du manque d'efficacité et de la grossesse extra-utérine ainsi que les effets secondaires tels que métrorragies, dysménorrhées ou sensation du corps étranger.

Des blocages psychologiques tels que l'engagement avec l'impossibilité de gérer seules leur contraception ou la douleur de la pose gênaient aussi certaines patientes. Celles-ci avaient parfois du mal à se sentir prêtes au moment de la pose alors qu'elles avaient accepté la prescription et qu'elles avaient déjà acheté le dispositif. De même le symbole de passage du col de l'utérus par un corps étranger pouvait gêner les patientes n'ayant jamais accouché. Le refus du partenaire participait aussi aux réticences des patientes, ainsi que l'avis des amies qui n'avaient pas souvent ce mode de contraception et qui étaient les principales interlocutrices sur le sujet. Les patientes pensaient qu'elles devraient obligatoirement aller consulter un gynécologue ce qui pouvait être un frein. Certaines avaient peur de l'attente et du prix de la consultation chez le spécialiste contrairement à un rendez-vous chez leur médecin traitant pour une prescription de pilule.

E3 : « Il peut y avoir un problème d'éventuelles difficultés après, de grossesse, parce que le stérilet peut amener des infections ou des ennuis et donc une diminution de fertilité voire une stérilité. »

E10 : « Déjà dispositif intra-utérin c'est mieux que stérilet. Y'a le mot « stérile » dedans... »

E9 : « elles me disent souvent, « ah, non je veux pas du stérilet parce que je connais untel qui est tombée enceinte sous stérilet, ma mère elle m'a eu sous stérilet, j'étais un bébé stérilet », et j'entends souvent ce genre de réflexion, hein ! »

E3 : « qu'il peut y avoir mais aussi au niveau de la difficulté, la gêne occasionnée par le stérilet en place »

E2 : « mais elles ont pas de copine qui en ont mis, et c'est très peu diffusé, et donc elles sont pas très chaudes pour, pour ça quoi. »

E10 : « Avec enfant c'est pas tout à fait pareil, c'est pas tout à fait la même chose, je veux dire, parce que y'a eu, quand même, passage, à cet endroit là. Symboliquement. »

4.6. Avantages du DIU pour les nullipares d'après les médecins

Toujours d'après les médecins, les avantages du DIU reconnus par les nullipares étaient moins d'hormones, moins d'effets indésirables, et moins de risques. Ces avantages étaient relatifs et le résultat d'une comparaison pilule-DIU.

E10 : Par contre, y'a eu une vague de demande de stérilet à la suite de ce qui s'est passé avec la pilule. « La pilule c'est nocif, on arrête, donc qu'est-ce que je vais faire je vais prendre un stérilet ». »

E10 : « Qui voulaient pas la pilule, qui voulaient garder leur cycle... »

E10 : « D'oublis ou de prise de poids, ou de baisse de libido aussi !Y'a des filles qui ont des baisses de libido importantes avec la pilule faut y penser ou une sécheresse vaginale. Ce qui fait qu'il y a, d'abord c'est pas très agréable parce qu'elles font des infections à répétition »

E5 : « y'en a quelques unes qui préfèrent avoir le stérilet au cuivre parce que comme ça elles ont pas du tout d'hormone (...) Mais là c'est une demande spécifique, c'est des patientes qui viennent

en disant « moi je voudrai bien une contraception mais je veux pas de contraception chimique », voilà, « je veux pas d'hormone » »

4.7. La première consultation de prescription de contraception

Quand la patiente ne venait pas pour une demande de contraception, les médecins pouvaient la devancer dans certains cas. Ils pouvaient aborder le problème de la contraception par différents biais : vaccination contre le papilloma virus, règles douloureuses, etc... La consultation comprenait ensuite un interrogatoire classique puis ciblé afin de déterminer les éventuelles indications ou contre-indications aux différents moyens de contraception.

Une fois l'interrogatoire terminé, certains des médecins proposaient et expliquaient les différents moyens de contraceptions disponibles de manière claire. Ceci permettait aux patientes de choisir la contraception la mieux adaptée à leur mode de vie et leurs besoins. D'autres reconnaissaient ne parler que de la pilule, par habitude et anticipation de la demande, et n'aborder les autres contraceptifs que lorsque la patiente les évoquait.

Un support visuel était parfois utilisé. L'explication comprenait les différents aspects des contraceptifs : efficacité, remboursement, effets secondaires potentiels, réversibilité, et mécanisme d'action. Ces renseignements visaient à ce que les patientes aient une information complète pour les aider à comprendre et à accepter un contraceptif plus adapté à leur situation et qu'elles ne connaissent pas toujours. À cela s'associait une information sur les maladies sexuellement transmissibles. Venait parfois l'examen gynécologique qui pouvait être indispensable ou non selon les médecins avant la prescription d'une contraception.

E5 : « Elles y pensent pas forcément, ou elles osent pas demander donc des fois je devance »

E9 : « En général je fais pas tout au cours de la première consultation, la première consultation est surtout informative »

E5 : « Si c'est une première demande, oui, je demande à ce qu'elle vienne exprès pour qu'on fasse l'examen gynéco, qu'on regarde les seins, donc c'est une consultation dédiée. »

E9 : « Je parle aussi du préservatif évidemment pour la prévention des MST j'en parle tout les temps. (...) Tout le temps tout le temps tout le temps parce que évidemment j'insiste sur le fait que tout ça préserve des bébés mais pas des infections sexuellement transmissibles sauf le préservatif. »

4.8. Consultation de contraception et DIU

L'interrogatoire était ciblé selon le mode de contraception qui intéressait le plus la patiente afin d'éliminer les contre-indications relatives ou formelles. Pour le DIU, le risque infectieux ressortait particulièrement. Le DIU pouvant également être utilisé en contraception d'urgence, ceci imposait certaines contraintes supplémentaires. L'information portait alors surtout sur le côté non hormonal, et les médecins qui présentaient ce mode de contraception insistaient surtout sur ses avantages. Comme avec tous les moyens de contraception, les médecins faisaient également quelques recommandations vis à vis de l'utilisation du DIU : sur le nombre de partenaires, l'utilisation des AINS, la conduite à tenir en cas de retard de règles, de saignements ou de leucorrhées inhabituelles. L'acceptation du DIU par les nullipares restait en général difficile à ce jour, avec peu d'intérêt pour ce contraceptif. Le DIU était parfois accepté, mais par des patientes un peu plus âgées, et avec une expérience de la contraception.

Au total l'acceptation du DIU en première contraception restait très exceptionnelle. Pourtant, lorsque le DIU avait été accepté, la majorité des médecins avait un retour plutôt positif de leurs patientes.

E2 : « Je leur pose la question d'abord si elles ont pas eu d'infection, si elles ont pas eu de salpingite, de, des problèmes infectieux gynécologiques et puis, voilà, c'est le truc essentiel quoi Si

elles ont pas de pathologie... »

E6 : « Donc j'expose un peu les avantages et les inconvénients. Moi je trouve ça très bien le DIU donc j'ai tendance à dire que ça a plein d'avantages et pas beaucoup d'inconvénients »

E4 : « Y'en a quelques unes qui vont y réfléchir, y'en a qui veulent absolument pas, et y'en a qui du coup veulent un stérilet. »

E10 : « C'est rarissime je dirai que quand je parle de tous les moyens de contraception pour essayer d'être un peu objective le stérilet les intéresse. Au premier abord. »

E09 : « Le stérilet vient souvent en deuxième intention (...) Après échec, intolérance d'une première contraception qui est souvent la pilule. Ou l'implant, peut-être. »

4.9. La pose

Un bilan avant la pose d'un DIU était parfois indiqué. Son contenu variait selon le prescripteur, ou la patiente : bilan IST, test de grossesse, frottis, ou échographie. Certains médecins prescrivait une prémédication avant la pose afin de la faciliter (Cytotec, anxiolytique, AINS...). Selon le type de patiente, nullipare ou non, certains problèmes pouvaient survenir durant la pose : malaise, difficultés à l'insertion, échec. La technique de pose variait selon les médecins : moment de la pose dans le cycle menstruel, utilisation ou pas d'un hystéromètre ou d'une pince de Pozzi. Les modalités de suivi étaient également différentes selon les médecins. Lorsque le médecin ne posait pas de DIU chez la nullipare, il pouvait adresser sa patiente à un collègue, gynécologue ou non. Il prenait alors parfois l'initiative de la prescription. L'alternative proposée par les médecins était importante car les patientes nullipares avaient des difficultés à trouver un médecin acceptant de leur poser un DIU.

E4: « C'est vrai que c'est plus facile à poser chez une femme qui a déjà accouché par voie basse »

E8 : « Oh si au cabinet on en a déjà eu de malaise vagues (plus de peur chez les nullipares?) Bah, non, ça passe ou ça casse, hein ! C'est pareil pour tout le monde ! Je leur dis de manger avant de

venir quoi. »

E3 : « Y'en a qui en voulait un et qui se sont fait refuser par leur gynéco et qui finalement ont fait plusieurs, tapé à plusieurs portes pour trouver quelqu'un qui lui posait et qui sont ravies. »

4.10. Différences entre les pays

Certains médecins s'interrogeaient sur les différences d'utilisation des moyens contraceptifs selon les pays. Ils notaient que le DIU était très sous-utilisé en France qui serait en retard sur le sujet par rapport à d'autres pays comme la Suède.

E3 : « Dans les années 70, en Suède, on posait la question, bien sûr je parle du tabac aussi pour les jeunes, hein... On posait la question est-ce que vous fumez ? Pour une femme qui voulait une pilule, on lui refusait à l'époque et on lui posait un stérilet »

E9 : « Alors pourquoi la réticence française ? Alors c'est une question, j'apprends que dans d'autres pays on pose beaucoup plus ? »

E9 : « Ah bon ? On m'a dit qu'on pouvait pas poser un stérilet chez la femme qui n'a pas eu d'enfant... » Ca va peut-être changer mais en France... »

4.11. Cause de la différence de prescription entre les moyens de contraception

Les médecins remarquaient un niveau de connaissances variable des patientes sur les différentes contraceptions, et donc une demande inégale favorisant la contraception orale. Ils soupçonnaient l'industrie pharmaceutique de manipuler les jeunes filles via les médias afin d'augmenter leurs profits en favorisant les contraceptions les plus coûteuses.

E9 : « Bah peut-être que l'industrie pharmaceutique a moins, a eu un taux de pénétrance moins

important pour le stérilet que pour la pilule »

E9 : « Alors est-ce que pour les laboratoires pharmaceutiques ça, c'est peut-être une perte de d'argent, aussi, un stérilet, qu'on paye 20 ou 30 €, qui est efficace 5 ans. Enfin moi j'ai, je l'ai enlevé à une thaïlandaise qui l'avait depuis 20 ans son stérilet »

E9 : « Pour en finir, pour eux c'est peut-être une perte, une perte financière et les labos font, font plus de lobbying parce que, pour la pilule parce que ça leur rapporte peut-être plus d'argent, je sais pas, enfin »

5. Récapitulatif des résultats

Réticences et avantages du DIU pour les patientes

Manque d'information	Connaissances variables sur le DIU
	Sources d'information non professionnelles
	Nulliparité et âge
	Expérience dans l'entourage proche
Réticences psychologiques	Corps étranger
	Manque de contrôle
	Image négative
	Mécanisme d'action non connu
	Désir de grossesse rapproché dans le temps
	Âge
Effets indésirables	Gêne, douleur
	métrorragies, règles
	Troubles de l'humeur
Risques	Infection
	Manque d'efficacité, grossesse
	Infertilité
	Grossesse extra-utérine
	Déplacement, expulsion
	Allergie
Appréhensions en pratique	Démarche pour la pose, suivi
	Retrait
	Parents
	Pose
Avantages du DIU	Fiabilité, absence de contrainte
	Absence d'hormone
	Avantage économique
	Durée
	Efficacité

Réticences et avantages du DIU pour les patientes d'après les médecins

Réticences psychologiques	Pas d'expérience dans l'entourage
	Corps étranger
	Engagement
	Symbole de passage
	Refus du partenaire
Effets secondaires	Métrorragies
	Dysménorrhées
Risques	Infertilité, irréversibilité
	Infections
	GEU
Appréhension en pratique	Consultation chez spécialiste
	Douleur à la pose
Avantages	Non hormonal
	Moins de risque par rapport à contraception orale

Réticences des médecins

Idée du DIU mal reçue par les patientes	Ignorance des patientes que le généraliste peut gérer la contraception
	Consultation non dédiée
	Demande de contraception orale par les patientes
	Pas d'exemple dans l'entourage
	Réaction négative
Risque	Infections
	GEU
	Grossesse
Habitudes	Nulliparité = Contre-indication lors de la formation initiale
Appréhension de la pose	Manque d'intérêt ou de formation
	Facilité d'accès au correspondant
	Peur de l'échec
	Peur de faire mal
	Nécessité de matériel de réanimation
	Refus des patientes
	Manque de pratique
	Réticences à l'examen gynécologique : peur de procès , mal à l'aise avec anciennes patientes
	Critiques des spécialistes

6. Discussion

6.1. Résultat principal

6.1.1. Résultats attendus

Certaines patientes pensaient que le DIU ne pouvait pas être utilisé chez les nullipares. Depuis 2004, d'après les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), le DIU (quel qu'il soit) peut être proposé en première intention à toutes les femmes y compris nullipares (11). En 1987, la nulliparité n'était déjà pas une contre-indication absolue à l'utilisation du DIU mais nécessitait des précautions supplémentaires (12).

Dans les deux populations étudiées, on retrouvait une peur des infections. Les patientes associaient ce risque surtout avec le DIU au cuivre alors que les médecins le liaient au nombre de partenaires. De nombreuses études ont cependant montré que le risque d'infection était minime, et ne variait pas selon le type de DIU, l'âge, la parité ou la durée d'implantation du DIU. Le risque infectieux est uniquement lié à une conduite sexuelle à risque : partenaires multiples chez la femme ou son partenaire. (13)

L'étude rétrospective *Neisseria gonorrhoea and Chlamydia trachomatis screening at intrauterine device insertion and pelvic inflammatory disease* parue en 2012 étudiant 57 728 cas (14) montre que le risque d'infection pelvienne dans les 90 jours suivant la pose du DIU reste très faible : 0,54 % et ne doit pas être une barrière à l'utilisation de ce moyen de contraception.

La revue de la littérature *Appropriate follow up to detect potential adverse events after initiation of select contraceptive methods : a systematic review* publié en 2013 (15) retrouvait un risque d'infection pelvienne significativement plus important dans les 20 jours suivant la pose qu'entre 21 jours et 8 ans (9,66/1000 contre 1,38/1000, Intervalle de confiance IC 95%).

Deux autres études recensées dans cette revue de la littérature (15) ont étudié les différences entre le

DIU au cuivre et celui au LNG sur 8 ans : aucune des deux n'a mis en évidence de différence significative du taux d'infection pelvienne.

Les réticences des patientes et des médecins vis-à-vis des infections (surtout avec le cuivre) n'étaient donc pas justifiées. La protection contre les IST lors des rapports sexuels limite le risque d'infection.

Les nullipares étaient également réticentes aux effets indésirables du DIU : saignements, troubles de l'humeur. Les saignements menstruels sont augmentés en cas de contraception par DIU au cuivre de 20 à 50 % selon les cas. Cette augmentation est négligeable si les règles sont peu abondantes, mais entraîne néanmoins le retrait dans 20 % des cas. Les dysménorrhées sont également plus fréquentes, entraînant le renoncement dans 6 % des cas. Les AINS, comme le naproxène, ont prouvé leur efficacité pour la prise en charge de ces douleurs, qui diminuent voire disparaissent souvent en 6 à 12 mois après la pose. Dans le cadre de douleurs ou de saignements menstruels invalidants, le DIU hormonal est mieux toléré et peut même être utilisé comme traitement. (16)

Les patientes interrogées redoutaient une infertilité secondaire à l'utilisation du DIU. La littérature va à l'encontre de cette hypothèse. L'étude néo-zélandaise *A prospective New Zealand study of fertility after the removal of copper IUDs for conception and because of complications : a four-year study* (17) a analysé la fertilité chez 1051 femmes (dont 440 nullipares) ayant retiré leur DIU pour désir de grossesse ou complication. Elle ne retrouve aucune différence statistiquement significative de conception à 48 mois entre les nullipares et les femmes ayant au moins un enfant. Cette étude ne retrouve pas non plus de différence significative du taux de conception à 36 mois entre les femmes ayant retiré leur DIU pour problèmes médicaux et les autres. Aucune cause d'infertilité n'a été retrouvée chez les femmes n'ayant pas mené de grossesse à terme .

L'étude plus récente *Use of IUD and subsequent fertility – follow-up after participation in a*

randomized clinical trial (18) retrouve des résultats similaires concernant la fertilité en fonction des différentes causes de retrait.

Le DIU n'entraîne donc pas d'infertilité, y compris chez les nullipares.

La gêne due au corps étranger ainsi que l'expulsion du DIU faisaient peur aux nullipares interrogées.

Plusieurs études (19, 20) montrent que le taux d'expulsion et de retrait pour mauvaise tolérance du DIU (douleurs, saignements) est plus élevé chez les nullipares que chez les femmes ayant déjà eu des enfants. Ce taux est significativement diminué par l'utilisation d'un DIU de taille adaptée.

L'étude *Retrospective review of intrauterine device in adolescent and young women* publiée en juin 2012 (20) retrouve un taux d'expulsion/retrait significativement plus important chez les nullipares (Risque Rlatif (RR) 2,9 ; $p < 0,001$). En tenant compte de l'âge et de la parité, le taux d'expulsion est significativement plus important chez les nullipares quel que soit leur âge ($p = 0,045$) ; à l'inverse, la nulliparité n'est pas un facteur de risque de retrait contrairement à l'âge (à 5 ans, 50% des moins de 18 ans avaient toujours leur DIU en place contre 71,5% des 18-21 ans. $p < 0,001$). Cette étude montre également que le taux d'observance à 12 mois chez les adolescentes avec le DIU est bien meilleur qu'avec la contraception orale : 70% avec le DIU contre 12 à 28% avec la contraception orale.

Les nullipares et les médecins avaient une appréhension de la pose : peur de la douleur ou de l'échec, pudeur. La nulliparité est effectivement un facteur de risque d'évènements indésirables à la pose. Ceux-ci restent peu fréquents et acceptables d'après les études effectuées sur le sujet.

L'étude *Insertion of the Multiload Cu375 intrauterine device ; experience in over 16,000 New Zealand women* publiée en 2002 (21) a observé les effets indésirables survenus lors de la pose d'un dispositif intra-utérin au cuivre en fonction de l'âge et de la parité des 16 159 femmes incluses (dont

9 % de nullipares). Les résultats ont été les suivants : 2% d'échec ou de difficulté à l'insertion avec une différence significative : plus de difficultés chez les nullipares : 3.9 % contre 1.95 % (IC 95% = 1.50-2.73 ; $p < 0,01$) soit un RR de 2,02.

Les douleurs et les saignements lors de l'insertion ont également été significativement plus nombreux chez les nullipares : 3.5 % contre 1.1 % chez les femmes ayant eu au moins un enfant (IC 95% = 2.26–4.43 ; $p < 0,01$) soit un RR de 3,2.

Les effets indésirables à l'insertion sont donc plus fréquents chez les femmes n'ayant jamais eu d'enfant, et ce, quel que soit leur âge. Il n'y a pas de différence significative entre les moins de 20 ans et les 40-49 ans : 1% chez les moins de 20 ans contre 1,3 % chez les 40-49 ans (RR = 1.28, IC 95% = 0.31–5.39, $p < 0.05$). Le risque de difficultés était significativement plus bas si le médecin avait posé plus de 100 DIU : 1.3 % contre 2.1% entre 10 et 99 poses et 2.5 % si moins de 10 poses (RR = 1.94, IC 95% = 1.33–1.83, $p < 0.01$).

Pour la gêne occasionnée par l'atteinte à la pudeur de l'examen gynécologique, il existe une autre technique peu utilisée actuellement en France par habitude mais très fréquemment rencontrée à l'étranger. Cette technique permet un positionnement différent de la patiente lui permettant de se sentir moins vulnérable (Annexe 6).

Chez les médecins, on retrouve un manque d'intérêt et de formation à la pose du DIU. La peur des grossesses intra-utérines était également retrouvée. Les études montrent pourtant une grande efficacité de ce moyen de contraception.

L'efficacité du DIU au cuivre dépend de la surface de cuivre présente sur le DIU ; il n'existe aucune différence d'efficacité entre le DIU au cuivre de surface supérieure à 250 mm² (les seuls à être commercialisés actuellement) et le DIU au lévonorgestrel (11). Le tableau suivant représente les différents moyens de contraception selon l'indice de Pearl qui mesure leur efficacité théorique (nombre de grossesse sur 100 femmes exposées sur un an, exprimé en pourcentage). L'efficacité

théorique mesurée par l'indice de Pearl suppose une utilisation optimale du contraceptif, ce qui est rare. L'OMS a donc revu cette classification selon une utilisation courante en tenant compte des erreurs de contraception telles que les oublis de pilule, ou la rupture de préservatif. La confrontation de ces deux indices montre bien que le DIU est une méthode contraceptive très efficace, et beaucoup plus que la pilule en pratique.

Indice de Pearl (22)

Efficacité comparative des principales méthodes contraceptives		
Méthode	Indice de Pearl	Efficacité pratique
Estro-progestatifs (pilule)	0,3	8
Progestatifs (pilule)	0,3	8
Dispositif intra-utérin au lévonorgestrel	0,2	0,2
Dispositif intra-utérin au cuivre	0,6	0,8
Préservatifs masculins	2	15
Spermicides	18	29
Diaphragme et spermicides	6	16
Cape cervicale	9 à 26	16 à 32
Méthodes naturelles	1 à 9	20
Implants	0,05	0,05

La peur de la grossesse ectopique apparaissait chez les médecins. La méta-analyse *IUD use and the risk of ectopic pregnancy : a meta-analysis of case-control studies* réalisée en 1995 (23) a étudié le risque de GEU selon le moyen de contraception utilisé. Les différents résultats montrent que ce risque n'est pas augmenté chez les femmes non enceintes qu'elles soient porteuses ou non d'un DIU (IC 95% : 0.91-1.24) . Lorsqu'une grossesse survient au décours de l'utilisation d'un DIU, le risque

qu'elle soit ectopique est significativement plus important que chez les femmes enceintes sans DIU (IC 95% 7.66-14.74).

6.1.2. Résultats inattendus

Chez les médecins, on attendait un manque de connaissance quant à la possibilité d'utilisation du DIU chez les nullipares, ce qui pouvait expliquer sa faible prescription. Pourtant certains des médecins interrogés savaient que son utilisation était autorisée chez ces patientes.

On retrouve principalement une grande difficulté à aborder la question du DIU avec des nullipares, car elle était souvent mal reçue et rejetée d'emblée. La peur de pratiquer un examen gynécologique seul au cabinet que ce soit par peur d'un procès ou pour gêne vis-à-vis des patientes de longue date freinait également les médecins. Le manque de demande et la peur de la pose ressortaient en particulier chez les médecins. Comme vu précédemment (21) les effets indésirables à la pose sont rares même s'ils sont plus fréquents chez les nullipares.

Certains pensaient qu'il fallait avoir du matériel d'urgence voire de réanimation au cabinet spécifique à ce type d'acte, et que le renouvellement de ce matériel n'était pas rentable face au nombre de poses. Pourtant, aucun matériel d'urgence spécifique n'est requis pour poser un DIU mais un matériel pour assurer la stérilisation est indispensable. L'existence de matériel jetable à usage unique rend maintenant ce matériel obsolète (24). Le coût du matériel à usage unique est faible : environ 5 euros pour un set de pose (pince de pozzi, pince kelly, ciseaux longs) et 2 euros pour le retrait (pince kelly). Le reste du matériel nécessaire est généralement présent dans les cabinets : gants jetables, spéculums, table d'examen avec lampe adaptée. L'hystéromètre est très souvent fourni avec le DIU.

Les critiques de leur collègues spécialistes sur leur travail rendaient réticents certains médecins à la

pose.

Chez les patientes, une peur des grossesses extra-utérines était retrouvée ce qui montre que certaines ont parfois des connaissances assez importantes et que le médecin doit pouvoir détailler tous les risques.

L'efficacité du DIU ainsi que le manque de contrôle sur cette contraception faisait peur à certaines. Avec la pilule elles maîtrisaient les prises. Chez d'autres femmes ce manque de contrôle était bien reçu car déculpabilisant en cas de grossesse : elles ne pouvaient pas être tenues pour responsable de l'échec de contraception, contrairement à l'oubli d'un comprimé de pilule.

Le mécanisme d'action était parfois mal compris et faisait peur aux nullipares. Elles pensaient que le DIU avait un mécanisme abortif et pas contraceptif. Pourtant les deux types de DIU permettent d'empêcher la fécondation (9, 25) : le cuivre altère fortement la mobilité et la viabilité des spermatozoïdes tout en conservant l'ovulation, et le lévonorgestrel épaissit la glaire cervicale et la rend imperméable aux spermatozoïdes (chez certaines femmes le DIU au LNG peut avoir également une action systémique en empêchant l'ovulation). De plus, l'inflammation locale créée par le corps étranger qu'est le DIU altère la qualité de l'endomètre dans les deux cas, et empêche la nidation si la fécondation a eu lieu.

On s'attendait (ainsi que certains médecins interrogés) à ce que les jeunes nullipares apprécient la discrétion de ce moyen de contraception par rapport à leurs parents : pas de prise de pilule quotidienne, pas de préservatif à cacher... Pourtant certaines jeunes filles pensaient exactement l'inverse : le DIU devait être posé par un gynécologue, il fallait donc prendre un rendez-vous avec lui et les parents seraient au courant. Il s'agissait en plus d'une contraception non immédiate : il ne suffisait pas de sortir de chez le médecin avec une ordonnance et d'aller à la pharmacie, mais

d'effectuer une démarche plus difficile et moins discrète selon elles. Ceci faisait également ressortir le manque d'information sur le délai d'efficacité de la pilule pouvant également causer un échec de contraception.

Le manque d'exemple dans l'entourage direct restait une grosse réticence pour les patientes, qui n'avaient personne pour leur parler du vécu de la pose et de l'efficacité. Le DIU restait une contraception adaptée à leur mère, en qui elles ne s'identifiaient pas. L'information sur la contraception passait donc plus par les amies que par les professionnels de santé. Quand elles décidaient quand même d'utiliser un DIU, les patientes étaient freinées par les remarques et la vision négatives des autres, y compris de certains médecins.

Contrairement à ce que laissait penser la norme contraceptive actuelle, les médecins et certaines patientes étaient au courant de la possibilité pour les nullipares d'utiliser le DIU comme contraception.

Les médecins comprenaient également les principales réticences des patientes mais ne s'en servaient pas vraiment pour leur présenter cette méthode.

La question des AINS n'apparaît pas dans cette étude alors qu'elle a été mentionnée par certains médecins lors de la présentation des résultats afin de les confirmer. Plusieurs ont notifié qu'ils ne savaient pas précisément s'ils avaient le droit d'en prescrire ou non à une patiente utilisant un DIU, et si la prise de ces médicaments pouvait diminuer son efficacité. L'article *Quels risques d'interaction entre AINS et stérilet ?* publié par Prescrire (26) explique l'absence de preuve concernant cette théorie et autorise la prise de ce type de traitement.

6.2. Résultats secondaires

6.2.1. Avantages du DIU

Les avantages retrouvés étaient ceux prévus et reconnus par les médecins et les patientes : remboursement, durée, moins de risque d'oubli et de contrainte. Tous ces avantages étaient avancés en comparaison à la contraception orale. Le côté naturel du DIU au cuivre avec respect du cycle était parfois retrouvé, mais certaines patientes étaient totalement indifférentes à cet avantage mis en avant par les médecins.

6.2.2. Déroulement de la consultation pour une première prescription de contraception

Les médecins s'accordaient à dire que leur entretien débutait avec un interrogatoire de la patiente, puis à une information sur l'ensemble des moyens de contraception (plus ou moins exhaustive selon les médecins). Les médecins interrogés discordaient ensuite sur la nécessité ou non d'un examen clinique et d'un bilan biologique avant de remettre la prescription de contraception. Il existe pourtant un modèle de consultation recommandé bien précis dans ce cas : le modèle BERCER (11). Le modèle BERCER définit les six étapes principales de la consultation pour une première contraception :

- Bienvenue : phase d'approche afin de favoriser une relation de confiance
- Entretien : phase interactive au cours de laquelle le soignant explore le mode de vie de la patiente, son expérience en matière de contraception etc...
- Renseignement : information claire et adaptée sur les différents moyens de contraception
- Choix : il revient à la patiente seule, le soignant pouvant l'aider en la faisant réfléchir sur certains points

- Explication : information sur le mode de contraception retenu : mode d'emploi, risque etc...
- Retour : programmation d'une consultation de suivi.

Les recommandations de l'HAS de 2004 (11) rappellent bien qu'en l'absence de signes cliniques qui le justifient, l'examen gynécologique n'est pas nécessaire lors de la première consultation. Seul un examen clinique standard normal comprenant auscultation cardiopulmonaire, fréquence cardiaque, poids, taille, tension artérielle est obligatoire. Les examens biologiques peuvent également être reportés et la prescription de la contraception peut se faire avant la lecture des résultats si l'interrogatoire ne retrouvait pas de contre-indication.

6.2.3. Bilan précédent la pose

Les médecins ne s'accordaient pas sur le bilan à réaliser avant la pose. Certains préconisaient une recherche systématique des IST. L'article *Neisseria gonorrhoea and Chlamydia trachomatis screening at intrauterine device insertion and pelvic inflammatory disease* (14) a évalué les différentes stratégies de dépistage de C. Trachomatis et N. Gonorrhoeae de manière systématique avant la pose (le jour même, dans les huit semaines avant, de huit semaines à un an, plus d'un an). Cette étude ne retrouve aucune différence significative entre ces différentes stratégies systématiques, et ce quel que soit l'âge (plus ou moins de 26 ans). Le dépistage doit donc être adapté au cas par cas, et être réalisé au mieux le jour même (suivi d'un traitement si nécessaire) chez les femmes ayant un comportement sexuel à risque.

6.2.4. Prémédication

Au cours des différents entretiens, les médecins qui posaient des DIU proposaient parfois une prémédication. De nombreuses études ont évalué différents types de prémédication avant la pose y compris chez les nullipares sans différence significative de leur efficacité contre placebo :

Ibuprofène 400 (27), gel de lidocaïne en intracervical (28), nitroprussiate de sodium (vasodilatateur) (29), misoprolol par voie vaginale ou per os (30, 31). Ces médicaments peuvent de plus causer de nombreux effets indésirables (crampes, nausées...). Les recommandations de l'HAS de 2004 (11) reconnaissent que l'administration d'antalgiques avant la pose est fréquente surtout chez les nullipares chez qui le risque de douleur est plus élevé (niveau de preuve 2).

Aucune prémédication n'est donc nécessaire systématiquement, elle doit être proposée au cas par cas.

6.2.5. Pose

Les médecins posaient le dispositif intra-utérin lors des règles sous prétexte que la pose est plus facile, mais il peut tout à fait être posé à n'importe quel jour du cycle (32, 33). Il est recommandé d'effectuer l'insertion en première partie de cycle afin d'éviter d'insérer un DIU chez une femme qui pourrait être enceinte (accord professionnel) (11).

6.2.6. Suivi

Certaines patientes étaient inquiètes de l'importance du suivi qu'elles voyaient comme une contrainte. Ce suivi est régulier mais espacé, et compatible avec une vie normale.

Un suivi régulier doit être prévu dès la pose car la patiente peut ne revenir que dans 5 ans pour le renouvellement (11). Elle doit donc être informée des modalités du suivi et des signes qui doivent pousser à consulter. Le suivi normal (en dehors de complications) consiste en une visite un à trois mois après la pose, après les premières règles pour vérifier la tolérance, l'absence d'infection, ainsi que l'absence d'expulsion du DIU (visualisation directe des fils).

Les visites suivantes auront lieu tous les ans. Les signes devant pousser à consulter en dehors de ces consultations de suivi sont la fièvre, les leucorrhées modifiées, le retard de règles (sauf pour les utilisatrices du DIU au LNG qui peuvent être en aménorrhée secondaire).

6.3. Forces et faiblesses de l'étude

6.3.1. Originalité de l'étude

Le sujet de cette étude a été peu étudié de façon qualitative et jamais en mettant en perspective à la fois le point de vue des patientes et celui des médecins. Le choix d'utiliser les médecins généralistes paraissait pertinent du fait de la diminution du nombre de gynécologues (tableau 4). Les médecins généralistes seront probablement de plus en plus impliqués dans la contraception.

Il s'agit d'un sujet d'actualité permettant d'analyser le point de vue des uns et des autres sur le DIU, afin d'adapter les prises en charge sur une contraception alternative à la pilule. Cette alternative est d'autant plus importante dans ce contexte de peur vis-à-vis des contraceptions hormonales après le débat sur les pilules de troisième et quatrième générations.

6.3.2. La méthode qualitative

La méthode qualitative a permis d'appréhender les inquiétudes des patientes et des médecins sans être biaisée par ma propre idée sur le sujet (10). Cette étude portait sur le ressenti, les personnes incluses devaient bénéficier d'une totale liberté d'expression sur le sujet. Une étude quantitative n'aurait pas pu prendre en compte les considérations inattendues observées ici et n'aurait pas répondu à la question de recherche de façon complète. Par exemple, le schéma contraceptif en France laissait à penser que les médecins ne proposaient pas le DIU. Le manque de connaissance des médecins sur le sujet aurait pu être une des causes mais l'étude a montré qu'ils étaient au courant et qu'il leur paraissait difficile d'aborder la question avec leurs patientes par peur de leur réponse. Cela a également permis de mettre à jour les incompréhensions entre les médecins et leurs patientes qui ont parfois le raisonnement inverse sur le même sujet. Les patientes pouvaient être freinées par les démarches nécessaires à la pose du DIU qui selon elles manquaient de discrétion vis-à-vis de leur parents, alors que celui-ci apparaissait aux médecins comme une méthode plus facile à cacher

que la prise de pilule.

6.3.3. Scientificté

Une étude qualitative, comme toute étude scientifique doit satisfaire à certaines exigences pour être considérée comme valide.

En 1978 Dezin a décrit quatre types de triangulation afin d'augmenter la validité et la qualité des résultats obtenus : triangulation des données, triangulation du chercheur, triangulation théorique et triangulation méthodologique. Dans cette étude, la triangulation des données était assurée par l'entretien avec différentes personnes sur le même sujet (triangulation des sources), et la triangulation méthodologique par la réalisation des entretiens dans des lieux différents (triangulation environnementale), à des moments différents étalés sur deux ans (triangulation de temps). La triangulation du chercheur a également été utilisée grâce au système du double codage.

La description précise de l'échantillon et sa variété pour les deux populations étudiées a permis d'augmenter la transférabilité et donc, la validité externe. La crédibilité de l'étude a été majorée par l'analyse de cas négatifs à savoir les patientes nullipares porteuses d'un DIU. Il existe dans cette étude un risque de biais de sélection pour des raisons pratiques malgré la volonté d'avoir les sujets les plus variés possibles dans les deux populations étudiées. Ce biais paraît peu important pour l'étude des patientes car les résultats retrouvés ici sont similaires à ceux d'une autre étude menée en 2012 pour une autre thèse sur le même sujet, n'étudiant que le point de vue des nullipares (34). Les médecins et les patientes ayant acceptés de me rencontrer pouvaient être plus à l'aise avec le sujet. Cela améliorait l'étude qui avait un but d'enrichissement théorique et pas de représentativité (35). Une plus grande diversité de réponses donc une plus grande richesse en découlait. Les médecins ayant accepté pouvaient être plus au courant sur la possibilité de l'utilisation du DIU chez les nullipares et donc l'étude artificiellement pauvre en résultats négatifs.

La réalisation des entretiens jusqu'à saturation des données a permis d'augmenter la validité théorique des entretiens.

Le manque d'expérience de l'investigatrice pouvait être perçu comme une faiblesse. Le rapport d'égalité entre l'interviewé et elle était difficile à maintenir du fait de la différence d'âge, ou de la possibilité de se sentir pris en défaut.

Le retour au répondant n'a été que partiel pour des raisons techniques et des perdus de vue. Pour augmenter la validité interne il aurait fallu qu'il soit complet.

L'étude des réticences des patientes a pu être partiellement modifiée par l'utilisation du mot stérilet à la place de DIU au cours des entretiens. Cela a été fait dans un souci de clarté vis-à-vis des femmes interrogées pour qui le DIU est communément appelé stérilet. Certaines réponses ont pu être biaisées par ce mot renvoyant la stérilité.

7. Conclusion

Bien qu'utilisable en première ou deuxième intention, le DIU est sous-utilisé chez les nullipares, victime de nombreux préjugés. Cette étude montre que les réticences sont surtout dues à une mésinformation et un manque de compréhension entre les médecins et les patientes nullipares. Le médecin généraliste doit pouvoir anticiper et répondre aux questions des patientes, en n'oubliant pas qu'elles n'ont pas forcément les mêmes inquiétudes qu'eux. Ils doivent également en parler lors des consultations de contraception, au même titre que les autres moyens de contraception. En parler systématiquement permettra de lever le tabou quant à ce type de contraception. Les femmes n'auront plus de préjugés retrouvés sur internet ou par le bouche à oreille mais une information précise délivrée par leur médecin. Les idées reçues sur le DIU seront moins présentes et ce moyen de contraception qui peut-être adapté à de nombreuses femmes pourra donc être démystifié et donc plus utilisé. Cette étude a permis de réaliser une fiche d'information à destination des patientes afin d'éclaircir certains points mis en évidence lors des entretiens. Elle pourrait être complétée par une enquête quantitative grâce à un questionnaire utilisant les réticences retrouvées ici. Cela permettrait d'identifier les points les plus importants sur lesquels insister lors de l'information des patientes et des médecins.

8. Annexes

8.1. Annexe 1 : Tableau 1

**Circonstances du dernier recours à la contraception d'urgence
au cours des 12 mois précédant l'enquête en 2005**

	15-19 ans n=75	20-24 ans n=58	25-34 ans n=84	35-54 ans n=47	15-54 ans N=264
Oubli de pilule	28,9	42,3	29,0	12,8	30,1
Problème avec le préservatif	40,0	22,4	29,4	27,7	30,7
Rapport sans contraception	22,3	18,0	23,5	29,8	22,7
Erreur dans les dates	3,3	9,9	4,5	14,9	6,3
Retrait du partenaire trop tard	2,2	6,9	10,3	8,5	6,7
Autre raisons ou raisons inconnues	3,4	0,7	3,2	6,4	3,5

Source : Baromètre Santé 2005.

Source : INPES, Contraception : Les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? Dossier de Presse, Octobre 2011, p. 4-8

8.2. Annexe 2 : Tableau 2

Principales méthodes contraceptives* utilisées par les femmes âgées de 15 à 49 ans en 2010 (en %) déclarant utiliser une méthode contraceptive.

	Contraception définitive (stérilisation)	DIU (ou stérilet)	Implant, patch, anneau, injection	Pilule	Préservatif	Méthodes locales	Méthodes naturelles
15-19 ans	-	-	2,8	78,9	18,3	-	-
20-24 ans	-	3,7	5,4	70,8	83,4	7,2	-
25-34 ans	0,5	20,3	6,2	63,4	8,7	0,1	0,8
35-44 ans	3,5	36,0	3,9	43,4	11,6	0,2	1,4
45-49 ans	5,2	43,2	3,4	35,5	9,7	0,4	2,6
Total	2,2	26,0	4,7	55,5	10,3	0,1	1,2

* : lorsque plusieurs méthodes étaient citées, la plus « sûre » a été retenue ; ainsi, c'est la méthode apparaissant la plus à gauche dans le tableau qui a été privilégiée.

Champ: France métropolitaine. Femmes non enceintes déclarant utiliser systématiquement ou non, un moyen pour éviter une grossesse, sexuellement actives dans les douze derniers mois, ayant un partenaire homme au moment de l'enquête.

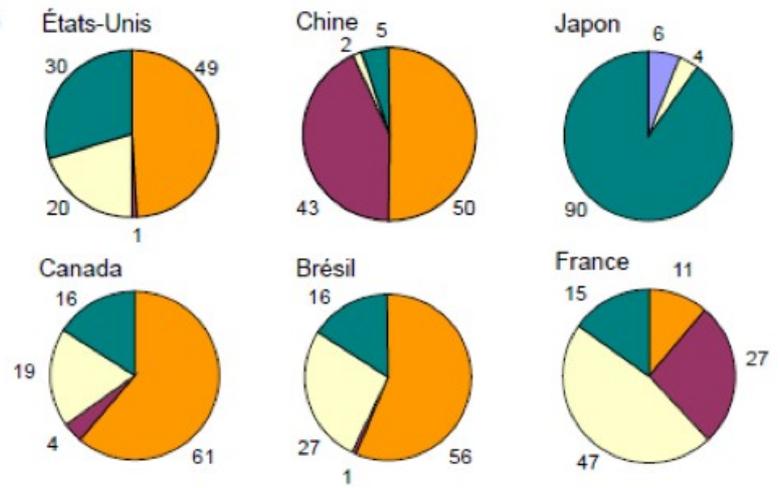
Source : Baromètre Santé 2010.

8.3. Annexe 3 : Tableau 3

Méthodes de contraception les plus utilisées dans quelques pays du monde (pour 100 couples mariés pratiquant la contraception en 2000)



Source : Nations unies, *World Contraceptive Use*, 2003
Fiche pédagogique, INED, www.ined.fr



8.4. Annexe 4 : Grille d'entretien patiente

GRILLE « PATIENTE »

Introduction : Remerciement, présentation du sujet, explication sur le déroulement de l'entretien, recueil de leur accord pour l'enregistrement

Mode de vie des patientes : recueil de leurs principales caractéristiques

Age :

Activité :

Lieu :

Origine/religion :

Tabac :

Atcd :

Vie sexuelle/situation familiale :

CONTRACEPTION : connaissances etc...

Relances possibles :

- Contraception en cours, testée... :
- Décision, renseignements :
- Prescripteur :
- Contrainte de contraception :

DIU : connaissance

Relances possibles :

- Indications :
- Recherche, information :
- Acceptabilité :
- Avantages :
- Peurs :

QUESTIONS SUR DIU : Temps de réponses à leurs questions

relance : démonstration du fonctionnement et explications grâce à un vrai DIU

ACCEPTABILITE DU DIU POUR ELLES APRES MES RÉPONSES

REMARQUES

Remerciements

8.5. Annexe 5 : Grille d'entretien médecin

GRILLE « MEDECIN »

MDV

Age :

Sexe :

Origine/religion :

Lieu d'exercice :

Activité principale :

DU :

PRISE EN CHARGE CONTRACEPTION

Début ou renouvellement :

Consultation dédiée :

Méthode la plus utilisée chez nullipares, critères de choix :

DIU CHEZ LA NULLIPARE

Utilisation :

Indications :

Complications qu'il craint :

Comment le propose-t-il :

Réactions et perception des patientes :

SI UNE PATIENTE RECLAME UN DIU

POSE DE DIU

En général :

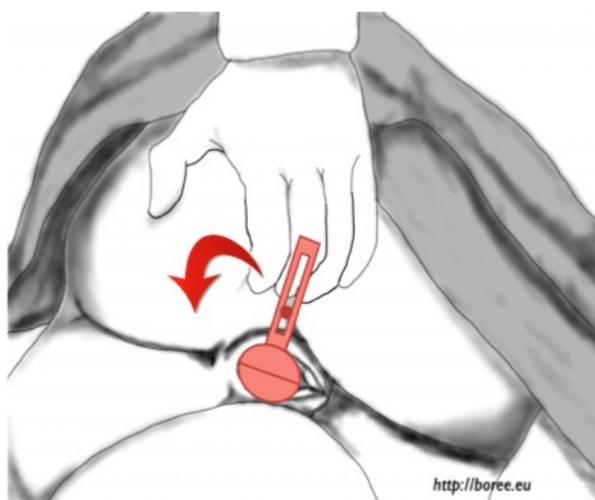
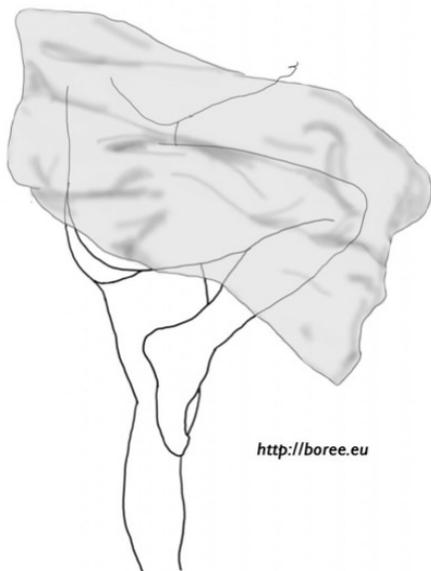
Chez nullipare :

Correspondant :

REMARQUES

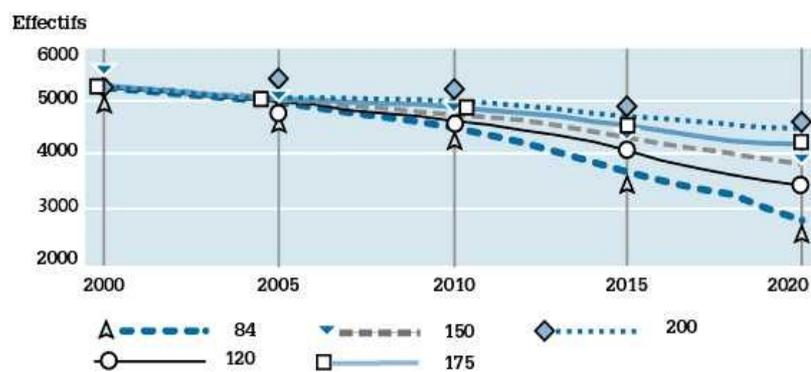
REMERCIEMENTS

8.6. Annexe 6 : Positionnement « à l'anglaise »



8.7. Annexe 7 : Tableau 4

Prévision du nombre de gynécologues obstétriciens selon différentes hypothèses d'entrée au concours de l'internat



Source : INPES, Baromètre santé 2005

8.8. Annexe 8 : Fiche info-patiente

Dispositif intra-utérin (DIU)

◆ Qu'est-ce que c'est ?

Plus connu sous le nom de « stérilet », il s'agit d'un moyen de contraception non définitif placé dans l'utérus. C'est un dispositif de petite taille (entre 29,4 et 39 mm) généralement en forme de T.

◆ Comment ça marche ? (1)

Le DIU a une action essentiellement locale. Il en existe deux types :

- ✓ Le DIU au cuivre est entouré d'un fil de cuivre sur une ou plusieurs de ses branches. Le cuivre détruit les spermatozoïdes et empêche donc la fécondation.
- ✓ Le DIU hormonal libère une hormone, le levonorgestrel, qui épaisse la glaire cervicale et empêche le passage des spermatozoïdes dans la cavité utérine. Il a parfois une action sur le reste de l'organisme en inhibant l'ovulation (comme la pilule ou l'implant sous-cutané).

◆ Comment choisir entre les deux types de DIU ?

Le choix se fera avec le médecin selon les éventuelles contre-indications : le DIU au cuivre respecte le cycle naturel alors que celui au levonorgestrel diminue les douleurs et les saignements invalidants chez certaines femmes lors des règles.

◆ Je n'ai pas encore d'enfant, est-ce que j'y ai droit ? (2)

Depuis 2004, la Haute Autorité de Santé autorise le DIU en première ou seconde intention chez les femmes y compris celles qui n'ont jamais eu d'enfant.

◆ Est-ce que je risque d'avoir une infection ? (3)

Le risque d'infection existe mais est lié au risque d'infections sexuellement transmissibles (IST) c'est-à-dire à un comportement sexuel à risque. Il n'existe pas de différence de risque d'infection entre le DIU au cuivre et celui au levonorgestrel. Le DIU ne protège pas des IST.

◆ Je connais quelqu'un qui est tombé enceinte sous stérilet ; est-ce vraiment efficace ? (4)

Le dispositif intra-utérin est un des moyens de contraception les plus efficaces dans la vraie vie car, contrairement à la contraception orale (ou pilule) il n'existe pas de risque d'oubli. Les deux types de DIU ont une efficacité identique. Le risque de grossesse, bien que minime existe quand même et il faut bien sûr y être aussi vigilant qu'avec les autres contraceptifs en cas de retard de règles. Le risque de grossesse extra-utérine n'est pas augmenté par son utilisation.

◆ Est-ce que je peux le sentir ? Et mon partenaire ?

Le DIU est placé dans l'utérus, il ne provoque donc pas de gêne. Il existe d'ailleurs des DIU plus petits pour les femmes n'ayant pas eu d'enfant pour éviter la gêne. Dans certains rares cas il peut bouger ou être expulsé, le médecin devra alors le retirer. Le partenaire peut parfois sentir

légèrement les fils qui serviront à retirer le DIU, dans ce cas, le médecin en modifiera la longueur.

◆ Est-ce que j'aurai mal pendant mes règles ? (5)

Il peut exister une augmentation du flux et de la douleur des règles avec le DIU au cuivre (négligeable si les règles sont courtes et indolores en l'absence de contraception), le plus souvent traitées efficacement par anti-inflammatoires et spontanément régressives en six à 12 mois. En cas de persistance, le DIU pourra être retiré et remplacé par un autre moyen de contraception, éventuellement par un DIU hormonal.

◆ Combien de temps dois-je le garder ?

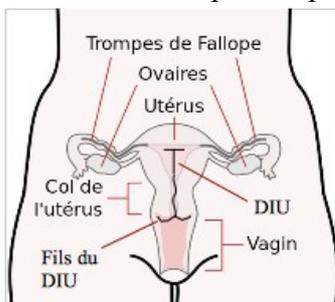
Le DIU a une durée comprise entre 3 et 10 ans selon le modèle. Il peut tout à fait être retiré avant pour changer de moyen de contraception ou débiter une grossesse. Le retrait est très rapide, réalisé dans un cabinet médical et très peu douloureux. Le médecin a juste à tirer sur les fils pour le retirer.

◆ Je suis mineure, est-ce que je dois avoir l'autorisation de mes parents ? (6)

Non, l'accès à tous les types de contraception est possible pour les mineures, sans autorisation des parents ni que ceux-ci en soient informés.

◆ En pratique, qui peut me poser un DIU?

- ✓ Un médecin généraliste spécifiquement formé, un gynécologue ou une sage-femme peuvent vous poser le DIU dans leur cabinet.
- ✓ Lors de la consultation d'information, le professionnel choisi vous prescrira les examens qu'il jugera bon de faire en fonction du contexte (test de grossesse, dépistage des infections sexuellement transmissibles, mais parfois aucun bilan n'est nécessaire), le DIU qu'il aura choisi avec vous (hormonal ou au cuivre) et parfois un médicament pour faciliter la pose ou diminuer les effets indésirables à l'insertion (douleurs passagères).
- ✓ Il faudra ensuite aller le chercher à la pharmacie (nécessite parfois d'être commandé surtout pour les modèles courts), il est remboursé à 65% par la sécurité sociale (prix indicatif de 30 € pour celui au cuivre et 125 € pour le DIU hormonal).
- ✓ La pose se fait sans anesthésie au cabinet du professionnel choisi. La pose en elle-même prend moins d'une minute. La douleur pouvant être ressentie (à type de règles douloureuses), même si elle est parfois plus forte chez les patientes sans enfant, est bien calmée par un traitement adapté. La pose, également remboursée à 65% coûte 38,40 €.



- (1) Ortiz ME, Croxatto HB, Copper-T intra-utérine device and levonorgestrel intra-utérine system : biological bases of their mechanism of action, Contraception, juin 20017.
- (2) ANAES, Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme, janv. 2004.
- (3) Struthers BJ, Copper IUDs, PID, and fertility in nulliparous women, Advance in contraception, juin-sept. 1991.
- (4) www.ameli.fr
- (5) Dispositif intra-utérin, une alternative efficace à la contraception hormonale, Prescrire, fév. 2009.
- (6) Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013, loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 et décret n°2013-248 du 25 mars 2013.

9. Bibliographie

- (1) Agence Régionale de Santé d'Île de France, Parcours santé 2012 et interruption volontaire de grossesse, juillet 2012.
- (2) Vilain A., Collet M. et Moisy M. (2010), "Les IVG en France en 2007 : caractéristiques des femmes, modes et lieux de prise en charge", L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2009-2010, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.
- (3) Baromètre santé 2010 de l'INPES.
- (4) Direction générale de la santé, Stratégie d'actions en matière de contraception, Janvier 2007.
- (5) Centre d'analyse stratégique, Comment améliorer l'accès à la contraception ? Une comparaison internationale. La note d'analyse, Juin 2011.
- (6) HAS, Nexplanon, Avis de la commission de transparence, mise à jour du 1er janvier 2014.
- (7) Mirena, Dictionnaire Vidal, Vidal 2014.
- (8) Haute Autorité de Santé. MIRENA 52mg (20microgrammes/24 heures), dispositif intra-utérin B/1 dispositif (CIP: 339292-8). Avis de la commission de la transparence du 6 février 2013.
- (9) Ortiz ME, Croxatto HB. Copper-T intrauterine device and levonorgestrel intrauterine system: biological bases of their mechanism of action. Contraception, juin 2007.
- (10) Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Introduction à la recherche qualitative, Exercer, 2008.
- (11) ANAES, Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme, janvier 2004.
- (12) World Health Organisation, Mechanism of action, safety and efficacy of intrauterine devices, 1987.
- (13) Struthers BJ., Copper IUDs, PID, and fertility in nulliparous women, Advances in Contraception, vol. 7 issue 2-3, Juin-Sept 1991.
- (14) Sufrin CB, Postlethwaite D, Armstrong MA, Neisseria gonorrhoea and Chlamydia trachomatis screening at intrauterine device insertion and pelvic inflammatory disease ; Obstetrics & Gynecology, vol.120, dec. 2012.
- (15) Steenland MW, Zapata LB, Brahmi D ; Appropriate follow up to detect potential adverse events after initiation of select contraceptive methods : a systematic review, Contraception, vol. 87, issue 5, mai 2013.
- (16) Dispositifs intra-utérins, une alternative efficace à la contraception hormonale, Prescrire, fév. 2009.
- (17) Wilson, J.C. A prospective New Zealand study of fertility after the removal of copper IUDs for conception and because of complications : a four-year study. American Journal of Obstetrics

and gynecology, 1989.

(18) Hov GH, Skjeldestad FE, Hilstad T, Use of IUD and subsequent fertility – follow-up after participation in a randomized clinical trial, *Contraception*, vol. 75, fev. 2007.

(19) Hubacher D, Copper intrauterine device use by nulliparous women : review of side effects, *Contraception*, vol 75, Issue 6, Supplement, juin 2007.

(20) Alton TM, Brock GN, Yang D ; Retrospective review of intrauterine device in adolescent and young women, *Journal of pediatric adolescent gynecology*, juin 2012.

(21) Harrison-Woolrych M., Ashton J., Coulter D., Insertion of the Multiload Cu375 intrauterine device ; experience in over 16,000 New Zealand women, *Contraception*, vol 66, Dec. 2002.

(22) HAS, Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles, Mars 2013, Mise à jour mars 2014.

(23) Xiong X, Buekens P, IUD use and the risk of ectopic pregnancy : a meta-analysis of case-control studies, *Contraception*, vol. 52, juil. 1995.

(24) Collège lyonnais des généralistes enseignants, Les méthodes contraceptives : présentation, utilisation, indications, bénéfices et inconvénients : Synthèse à partir des recommandations de l' HAS et de la pratique du médecin généraliste, mars 2007.

(25) Collège National Des Gynécologues Et Obstétriciens Français. Extrait des Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique, Novembre 2000.

(26) Quels risques d'interactions entre AINS et stérilet ? *Rev Prescrire*, 2003.

(27) Hubacher D, Reyes V, Lillo S, Zepeda A, Pain from copper intrauterine device insertion : randomized trial of prophylactic ibuprofen, *American journal of obstetrics and gynecology*, 2006.

(28) Maguire K, Davis A, Rosario Tejada L, Weshoff C, Intracervical lidocaine gel for intrauterine device insertion : randomized controlled trial, *Contraception*, vol. 86, Jan. 2012.

(29) Bednarek PH, Micks EA, Edelman AB, Li H, Jensen JT, The effect of nitroprusside on IUD insertion experience in nulliparous women : a pilot study, *Contraception*, vol. 87, 2013.

(30) Swenson C, Turok DK, Self-administered misoprolol or placebo before intrauterine device insertion in nulliparous women, a randomized controlled trial, *Obstetrics and gynecology*, vol 120, août 2012.

(31) Edelman AB, Schaefer E, Olson A, Van Houten L, Effects of prophylactic misoprolol administration prior to intrauterine device insertion in nulliparous women, *Contraception*, vol. 84, 2011.

(32) www.contraception.org/html/sterilet.htm [en ligne, consulté le 10/12/13]

(33) National Institute for Health and Care Excellence, Long-acting reversible contraception (update), Septembre 2014.

- (34) Denant Dorothée, Freins et réticences à l'utilisation du dispositif intra-utérin chez les nullipares en médecine générale, thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, 2012.
- (35) Mukamurera J, Lacourse F, Couturier Y, Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence des pratiques, Recherche qualitative volume 26, 2006.

PERMIS D'IMPRIMER

VU :

Le Président de thèse

Université ... UPMC - Paris 6

Le Professeur NIZARD

VU :

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Université Paris Diderot - Paris 7

Professeur Benoît Schlemmer

Date 26/06/15



GRUPE HOSPITALIER PITIE SALPETRIERE
SERVICE de GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
Professeur Marc DOMMARGUES

Professeur Jacky NIZARD
PU - PH
N° RPPS : 1001532166
01.42.17.77.01

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Pour le Président de l'Université Paris Diderot - Paris 7
et par délégation

Le Doyen



Benoît SCHLEMMER

Résumé :

Objectif : Le nombre d'IVG en France reste stable depuis son autorisation malgré un taux de couverture par contraception satisfaisant. La contraception ne semble pas utilisée de façon optimale et le dispositif intra-utérin paraît réservé aux femmes ayant déjà eu une grossesse, les nullipares utilisant principalement une contraception orale. Or le DIU est autorisé chez les nullipares depuis 2004 par l'HAS. Nous avons voulu étudier les réticences des nullipares et des médecins généralistes envers cette contraception.

Méthode : Une enquête qualitative par entretiens semi-directifs a été réalisée auprès de nullipares et de médecins généralistes d'Île de France jusqu'à saturation des données.

Résultats : Quatorze patientes et douze médecins ont été interrogés. Chez les nullipares, les réticences étaient dues à un manque d'information et concernaient les effets indésirables, les risques d'infection, d'infertilité, et l'appréhension de la pose. Chez les médecins, le manque de réceptivité, les refus répétés, et les difficultés liées à la pose étaient retrouvés, suivis des risques d'infection et de grossesse intra ou extra-utérine. Les nullipares utilisant cette contraception étaient prêtes à la recommander. Les médecins ne connaissaient pas en détail les modalités de cette contraception et envoyaient souvent les patientes vers un spécialiste ce qui les rendaient réticentes.

Discussion : Une meilleure information des patientes nullipares semble souhaitable, grâce aux médecins généralistes formés à la gynécologie ou par des documents adaptés. Cela permettra de lutter contre les préjugés de donner accès à une contraception plus adaptée donc plus efficace.

Mots-clés:

Contraception, dispositif intra-utérin, nullipares, médecins généralistes, réticences, qualitatif.