



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

NULLIPARITE ET DISPOSITIF INTRA UTERIN : MOTIVATIONS ET EXPERIENCES DES NULLIPARES

Etude de 316 cas



Source : choisirsacontraception.fr

Mémoire présenté et soutenu par
Pauline EXBRAYAT
Née le 20 Mars 1995
en vue de l'obtention du diplôme d'état de Sage-Femme
Promotion 2014-2018

Université Claude BERNARD LYON I
UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux
SITE DE FORMATION MAIEUTIQUE DE BOURG EN BRESSE

NULLIPARITE ET DISPOSITIF INTRA UTERIN :
MOTIVATIONS ET EXPERIENCES DES
NULLIPARES

Etude de 316 cas

Mémoire présenté et soutenu par
Pauline EXBRAYAT
Née le 20 Mars 1995
en vue de l'obtention du diplôme d'état de Sage-Femme
Promotion 2014-2018

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	4
GLOSSAIRE	5
1. INTRODUCTION.....	6
1.1. Définition et historique	6
1.2. Contre-indications	7
1.3. Freins d'accès au DIU	8
1.4. Vers une contraception dite "naturelle"	10
1.5. Dans les autres pays	11
1.6. Problématique	11
2. MATERIEL ET METHODE	12
2.1. Type d'étude.....	12
2.2. Critères d'inclusion et d'exclusion	12
2.3. Mode de diffusion.....	12
2.4. Problématique, Objectifs et Hypothèses.....	13
3. RESULTATS	14
3.1. La patiente.....	14
3.1.1. L'âge	14
3.1.2. Niveau d'étude	14
3.1.3. Catégorie socio professionnelle	15
3.1.4. Personne ne travaillant pas	15
3.2. Ancienne contraception et motivations pour le choix du DIU.....	16
3.2.1. Ancienne contraception.....	16
3.2.2. Echec de contraception.....	16
3.2.3. Disposition prise suite à un échec de contraception.....	17
3.2.3.1. Nombre d'utilisation de la contraception d'urgence	17

3.2.3.2. Nombre de recours à l'IVG.....	18
3.2.4. Motivations pour passer au DIU	18
3.2.5. Inconvénients ressentis par les patientes avec leurs contraceptions antérieures	19
3.2.6. Type de DIU	20
3.2.7. Les raisons du choix du DIU au cuivre ou aux hormones.....	20
3.3. La consultation	21
3.3.1. Par qui avez-vous reçu les informations sur les différents types de DIU ?	21
3.3.2. Idées préconçues sur le DIU.....	22
3.3.3. Poids du professionnel dans la prise de décision	23
3.3.4. Discussion avec le partenaire.....	23
3.3.5. Délai de réflexion avant la pose du DIU.....	24
3.3.6. Age du premier DIU.....	24
3.4. Le praticien	25
3.4.1. Difficulté à trouver un praticien	25
3.4.2. Praticien habituel	25
3.4.3. Profession qui a posé le DIU	25
3.4.4. Type d'exercice du professionnel	26
3.4.5. Sexe du professionnel.....	26
3.4.6. Age approximatif du professionnel	27
3.5. Pose et suites de la pose	27
3.5.1. Appréhensions avant la pose.....	27
3.5.2. Explication de la pose par le praticien	28
3.5.3. Ressenti après les explications	28
3.5.4. Prescription d'un traitement avant et/ou après la pose	28
3.5.4.1. Traitement prescrit.....	29
3.5.5. Vécu de la pose du DIU	30
3.5.6. Effets secondaires suite à la pose.....	31

3.5.6.1. Effets secondaires rencontrés	31
3.6. A ce jour.....	32
3.6.1. Temps de port du DIU	32
3.6.2. Effets secondaires à distance de la pose	32
3.6.2.1. Effets secondaires avec le SIU.....	32
3.6.2.2. Effets secondaires avec le DIU au cuivre.....	33
3.6.3. Echelle de satisfaction du DIU.....	33
3.6.4. Raisons de la non satisfaction.....	33
3.6.5. Pour l'avenir.....	34
4.ANALYSE	35
4.1. Biais et limites de l'étude.....	35
4.1.1. Les biais.....	35
4.1.2. Les limites.....	35
4.2. Discussion des résultats.....	36
4.2.1. Motivations des femmes à se tourner vers le DIU	36
4.2.1.1. Expériences passées	36
4.2.1.1.1. Ancienne contraception	36
4.2.1.1.2. Echec de contraception antérieure.....	37
4.2.2. Accessibilité des nullipares au DIU	40
4.2.2.1. Le professionnel.....	40
4.2.2.2. Difficultés à trouver un praticien	42
4.2.3.1. Explications des modalités de pose	43
4.2.3.2. Prescription d'un traitement	45
4.2.4. Satisfaction.....	46
CONCLUSION.....	49
BIBLIOGRAPHIE.....	52
ANNEXES.....	55
RESUME.....	Erreur ! Signet non défini.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier Françoise Morel, Sage-Femme enseignante à l'école de Bourg en Bresse, pour son aide, ses conseils et sa disponibilité qui m'ont permis de mener à bien ce travail.

Je remercie aussi Nathalie Morrellon, directrice de mémoire consciencieuse, pour son implication dans l'élaboration de ce mémoire.

Je remercie du fond du cœur ma famille pour son incroyable soutien durant toute cette période, pour ses conseils et pour ses encouragements qui m'ont permis de ne jamais baisser les bras.

Un énorme merci à mes amis qui m'ont aidé dans la diffusion de mon questionnaire et qui ont dû subir d'innombrables discussions sur le DIU.

Et enfin, merci à Lucie, Julie, Tess et Laura sans qui ces années passées n'auraient pas été si belles. Cela n'a pas toujours été facile, mais nos fous rires, nos sorties, nos soirées filles me laissent de magnifiques souvenirs de ces 4 années.

GLOSSAIRE

DIU = Dispositif Intra Utérin

SIU = Système Intra Utérin

HAS = Haute Autorité de Santé

OMS = Organisation Mondiale de la Santé

IVG = Interruption Volontaire de Grossesse

FECOND : FEcondité - CONtraception - Dysfonction sexuelle

INED : Institut National d'Etude Démographique

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

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

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

1. INTRODUCTION

1.1. Définition et historique

Le dispositif intra utérin est un dispositif contraceptif en forme de T qui mesure à peu près 3,5 cm et que l'on insère dans la cavité utérine. Ce dispositif peut être actif jusqu'à 5 ans.

Il existe deux types de DIU :

- Le DIU au cuivre : qui comporte des manchons de cuivre qui vont permettre de rendre les spermatozoïdes inactifs. Le DIU en cuivre existe en deux tailles : "short " (court) et "standard ". La taille short sera plutôt indiquée pour les femmes n'ayant jamais été enceinte. (1)
- Le DIU hormonal encore appelé système intra utérin (SIU): qui lui contient une hormone progestative (lévonorgestrel) qui va être diffusée en petite quantité de manière continue. Cette hormone a deux effets : un effet contraceptif c'est à dire qu'elle va épaissir les sécrétions du col de l'utérus, empêchant ainsi le passage des spermatozoïdes. Et un second effet sur les règles : le DIU hormonal peut diminuer la durée et le volume des règles ainsi que la douleur pouvant les accompagner. (1)

Le deux types de DIU agissent en provoquant une inflammation locale de l'endomètre qui va ainsi empêcher l'implantation dans l'utérus de l'ovocyte fécondé. (2)

Les indices de Pearl témoignent de l'efficacité de ces moyens de contraception. Selon l'OMS en 2011, ils étaient de 0,2 pour le SIU et de 0,8 pour le DIU au cuivre. Le DIU est la deuxième méthode contraceptive la plus fiable derrière l'implant contraceptif (0,05), loin devant la pilule contraceptive qui a un indice de Pearl égal à 8. (2)

Par ailleurs, le DIU est la contraception d'urgence la plus efficace, bien qu'il ne soit actuellement que peu prescrit sur cette indication. (3)

1.2. Contre-indications

Néanmoins il existe des contre-indications à la pose d'un DIU :

Pour le DIU au cuivre : (4)

- Les grossesses suspectées ou avérées
- Les malformations utérines ou fibromes utérins entraînant une déformation de la cavité utérine et les dysplasies cervicales
- Les infections génitales hautes (actuelles, récentes ou récidivantes), les cervicites purulentes en cours, les infections à chlamydiae trachomatis ou gonococcies en cours, les tuberculoses génito-urinaires avérées, l'immunodépression ou la sensibilité accrue aux infections, les infections puerpérales en post-partum et les poses immédiates après un avortement septique
- Les hémorragies génitales inexplicées, les cancers du col utérin ou de l'endomètre
- Les maladies trophoblastiques gestationnelles malignes.

Pour les DIU hormonaux, s'ajoutent à cette liste de contre-indications : (4)

- Les tumeurs hormono-dépendantes
- Les accidents thromboemboliques évolutifs ou embolies pulmonaires évolutives
- Les affections hépatiques aiguës ou les tumeurs hépatiques
- Les hypersensibilités à l'un des composants.

Mais toutes ces contre-indications s'appliquent seulement à un nombre restreint de femmes. Or, nous pouvons constater que le nombre de primipares portant un DIU reste faible.

En effet, depuis 2004 l'HAS préconise le dispositif intra utérin comme méthode contraceptive de première intention que ce soit chez les multipares ou les nullipares. Hors en France, la pilule reste la méthode contraceptive réversible la plus utilisée : 55,5% chez les patientes de 15 à 49 ans en 2010 utilisent la pilule

comme moyen de contraception, contre 45,5% pour toute autre méthode contraceptive.

Plus l'âge de la patiente augmente, plus le taux d'utilisation d'oestro-progestatifs diminue au profit d'un dispositif intra utérin. En effet, 70.8% des 15-34 ans ont la pilule comme méthode contraceptive contre 35.5% chez les 45-49ans. (5)

Nous pouvons retrouver un schéma contraceptif avec une utilisation du préservatif lors de l'entrée dans la sexualité. Lors de la mise en couple, les femmes se tournent alors vers la pilule, pour choisir par la suite le DIU après avoir eu des enfants.

L'âge joue donc un rôle dans le choix du mode de contraception pouvant s'expliquer par la corrélation de l'âge avec le nombre de grossesses et la survenue de contre-indications aux oestro-progestatifs. En effet en règle générale, plus on est jeune moins on a d'enfants et moins on a de risque de présenter des contre-indications, notamment de facteurs de risque cardiovasculaires. Or chez les nullipares le taux de pose de dispositif intra utérin chez les 15-49 ans en 2010 était de 1.3% contre 26% toutes patientes confondues quel que soit l'âge et la parité. (5) En 2013, ce taux a augmenté et est passé à 3% chez les nullipares de 15 à 49 ans. (6)

Face à toutes ces données, nous pouvons alors nous demander pourquoi un taux de pose de DIU reste si faible alors qu'il est préconisé comme méthode contraceptive de première intention chez toutes les femmes.

1.3. Freins d'accès au DIU

Dans notre pratique autant qu'à travers nos enseignements théoriques et nos lectures, nous avons pu constater que le dispositif intra utérin est rarement proposé aux patientes nullipares par le praticien et que la demande d'un DIU vient plus généralement d'une demande de la patiente elle-même. De plus, les mentalités ont encore du mal à évoluer concernant la pose de dispositif intra utérin chez les nullipares : celui-ci était contre indiqué jusqu'à ces dernières années chez

les nullipares en raison essentiellement du risque infectieux pouvant compromettre la fertilité ultérieurement.

En 2010, l'étude FECOND, réalisée par l'INSERM et l'INED (5), a mis en évidence que 54 % des femmes pensaient que le dispositif intra utérin n'était pas indiqué en cas de nulliparité.

1 femme sur 2 en âge de procréer pensait donc à tort que le DIU n'était pas indiqué en cas de nulliparité. Il apparaît donc là un manque de connaissances et d'informations des patientes.

En 2014, d'après le mémoire "Dispositif intra utérin et nulliparité : Représentations et évaluation des pratiques chez les gynécologues médicaux libéraux de la région Rhône Alpes" (7), 42% des praticiens interrogés disent ne jamais aborder spontanément le sujet du DIU avec les nullipares mais seulement à la demande de la patiente elle-même.

Outre le manque d'informations des patientes, il apparaît aussi des croyances erronées des professionnels concernant les complications et risques du DIU chez les nullipares. En effet, pour 69% des gynécologues et 84% des médecins généralistes, le dispositif intra utérin n'est pas indiqué en cas de nulliparité. (1) Il existe donc là une méconnaissance des indications de pose du DIU.

De plus pour 74% d'entre eux, le principal inconvénient dénoncé chez les nullipares est une mauvaise tolérance du DIU. (7)

Hors en 2017, dans une étude portant sur 369 patientes porteuses d'un DIU, 89,43 % des femmes interrogées se disent satisfaites de leur contraception intra utérine et 94,58 % d'entre elles se disent prêtes à la conseiller à une femme de leur entourage. (8)

Face à ces résultats, nous pouvons alors penser qu'il persiste encore de nombreuses réticences venant des professionnels. Cela peut s'expliquer, comme nous l'avons vu, par le fait qu'avant le DIU était contre indiqué pour les nullipares. Les professionnels nouvellement diplômés sont donc moins concernés par ces réticences car ont été formés avec les nouvelles recommandations. Les professionnels un peu plus âgés, par contre, tendent à maintenir leur ancienne pratique. La population de gynécologue obstétricien est d'ailleurs la plus âgée des

spécialités médicales en France avec une moyenne d'âge de 60 ans au 1er janvier 2015. (9)

Cette catégorie de professionnels peut être confrontée à un manque de pratique au niveau des gestes techniques; la pose de DIU chez les nullipares ne faisant pas partie de leurs habitudes. Par ailleurs ils restent imprégnés des risques liés au DIU enseignés pendant leurs études, risques qui sont maintenant controversés depuis quelques années.

Il existe donc encore de nombreux freins concernant la pose d'un DIU chez les nullipares. Néanmoins, malgré tous ces freins, nous assistons depuis quelques années à un regain d'intérêt pour le "naturel", le "sans hormone" et le DIU.

1.4. Vers une contraception dite "naturelle"

Suites aux différentes controverses concernant les pilules de 3ème et 4ème génération, nous assistons depuis ces dernières années à une augmentation du nombre de femmes se tournant vers des contraceptions non hormonales. Les femmes veulent de plus en plus limiter la prise d'hormones et cela se ressent en premier au niveau de leur contraception. Un retour au "naturel" est donc d'actualité avec une limitation de la prise médicamenteuse. Le DIU au cuivre est d'ailleurs la seule méthode contraceptive non définitive dite naturelle, c'est à dire sans hormones, à être aussi sûre.

Un article, datant de 2017 (10), pose le constat suivant : les françaises se tournent vers une diversification des méthodes de contraception. Un recul du choix de la pilule est constaté (40,8% des femmes en 2010 et 33,2% des femmes aujourd'hui). Les femmes se tournent vers des méthodes plus naturelles, avec une augmentation de l'utilisation du préservatif (15,5% aujourd'hui contre 10,8% il y a 10 ans). Nous constatons aussi une augmentation du nombre de DIU : 25,6% aujourd'hui contre 18,7% auparavant quel que soit l'âge et la parité.

Avec l'accès à l'information via internet, les femmes veulent devenir actrice de leur contraception. Le discours des professionnels concernant la contraception doit

alors changer. Ce dernier, étant essentiellement tourné vers la pilule en première intention, doit maintenant s'adapter aux nouvelles demandes des patientes.

1.5. Dans les autres pays

Comme nous avons pu le voir, la pilule est le mode de contraception le plus prescrit en France. Ce monopole de la pilule en matière de contraception est quelque chose de typiquement français. En effet dans d'autres pays, la pilule n'est pas le moyen de contraception le plus demandé par les femmes, ces dernières se tournant plus facilement vers le DIU. Ainsi dans leurs dernières recommandations parues dans la revue *Obstetrics & Gynecology*, un collège de gynécologues américains considère que le DIU et les implants contraceptifs sont les meilleures méthodes contraceptives pour les adolescentes. Aux États-Unis, seulement 28% des femmes de 15 à 44 ans utilisent la pilule contraceptive comme moyen de contraception, selon le Department of Health and Human Services. De plus, en Chine, selon l'ONU, le DIU est le contraceptif privilégié, il est utilisé par 46% des couples contre 1% pour la pilule quelque soit l'âge et la parité (11)

Nous pouvons donc constater que la France a encore des progrès à faire en matière de contraception et doit tendre vers une diversification.

1.6. Problématique

C'est pourquoi, face à toutes ces données, nous avons voulu comprendre **quelles étaient les motivations des primipares les ayant poussées à se tourner vers le DIU et quelles expériences elles retiennent de la pose du DIU.**

Dans un premier temps, nous avons identifié les motivations, l'expérience et le vécu de la pose d'un dispositif intra utérin chez des nullipares. Dans un deuxième temps, nous avons voulu savoir si les patientes ont rencontré des difficultés pour avoir accès à ce dispositif-là et évaluer leur satisfaction.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative rétrospective.

Le questionnaire créé en Juillet et Août 2017 a été testé par 4 nullipares dans sa version en ligne par l'intermédiaire du logiciel Google Form.

Il comprend 52 questions (fermées, ouvertes, semi ouvertes), regroupées en 6 grands items:

- « Patiente » composée de 5 questions
- « Ancienne contraception » composée de 10 questions
- « La consultation » composée de 11 questions
- « Le praticien » composée de 7 questions
- « Pose et suites de la pose » composée de 12 questions
- « À ce jour » composée de 7 questions.

2.2. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Les femmes nullipares
- de plus de 18 ans
- parlant français
- dont le DIU a été posé en France Métropolitaine et DOM TOM
- porteuses d'un DIU au cuivre ou aux hormones.

2.3. Mode de diffusion

Nous avons décidé de diffuser ce questionnaire en ligne afin d'obtenir un maximum de réponses et ainsi de limiter les craintes liées au manque d'anonymat. De plus, touchant majoritairement des femmes jeunes, celles-ci sont plus réceptives aux questionnaires en ligne que sous format papier. Nous avons partagé le questionnaire à l'aide d'un réseau social (Facebook le 7 et 8 Août 2017) et il a par la suite été relayé de nombreuses fois, par mon entourage puis par des inconnus.

Ce questionnaire était anonyme, nous n'avons eu accès qu'à l'horaire où les femmes ont répondu, mais pas à leur identité.

2.4. Problématique, Objectifs et Hypothèses

La problématique de ce travail de recherche est « Quelles sont les motivations et expériences des patientes face à la pose d'un DIU ? ». Cette problématique nous a amené à mettre en avant plusieurs objectifs et plusieurs hypothèses.

Ainsi nous avons pour objectifs de :

- comprendre les motivations des patientes à choisir ce mode de contraception,
- faire un état des lieux sur l'accessibilité des patientes nullipares à la pose d'un DIU
- améliorer le vécu de la pose du DIU chez les nullipares.

Chaque objectif nous a permis d'émettre plusieurs hypothèses.

* Comprendre les motivations des femmes à choisir ce mode de contraception :

- Dues à une mauvaise expérience vis-à-vis d'une contraception antérieure.
- Côté pratique du DIU : mis en place pendant longtemps, pas de problèmes d'observance.

* Faire un état des lieux sur l'accessibilité des nullipares à la pose d'un DIU :

- Les nullipares se voient plus facilement refuser l'accès au DIU alors que ce n'est pas le cas pour leurs autres contraceptions.
- Le DIU a été connu de la femme par des amis/forums/bouche à oreille et non proposé par le praticien.
- Mauvaises connaissances des nullipares vis-à-vis du DIU.

* Améliorer le vécu de la pose du DIU chez les nullipares :

- Les femmes qui ont reçu un traitement antalgique ont mieux vécu la pose de leur DIU.
- Les femmes étaient stressées avant et au moment de la pose.
- La technique de pose leur a été expliquée avant le rendez-vous pour la pose.

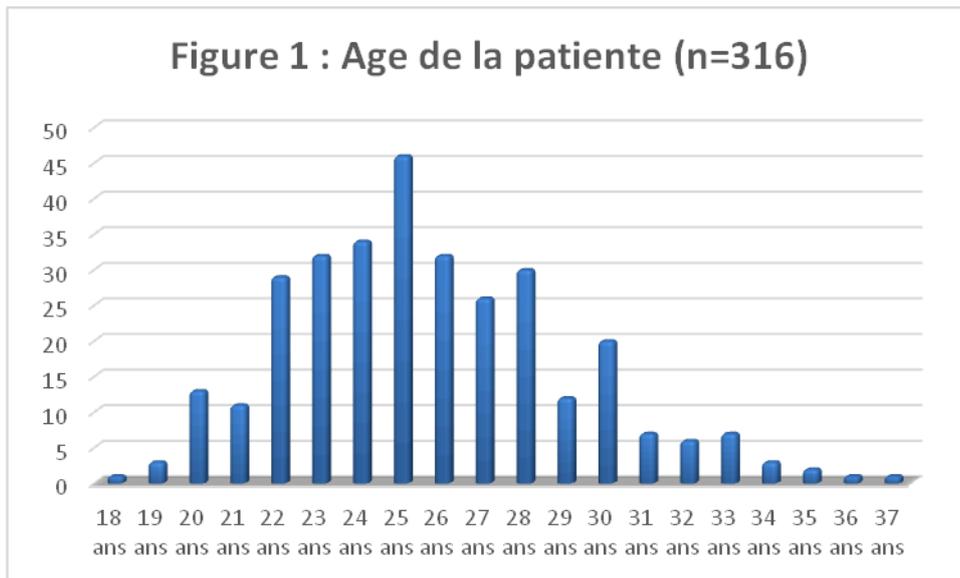
3. RESULTATS

Nous avons recueilli 316 réponses (toutes obtenues en ligne). Aucune des réponses ne contenait un critère d'exclusion et toutes étaient exploitables.

Au total les 316 questionnaires ont donc été analysés.

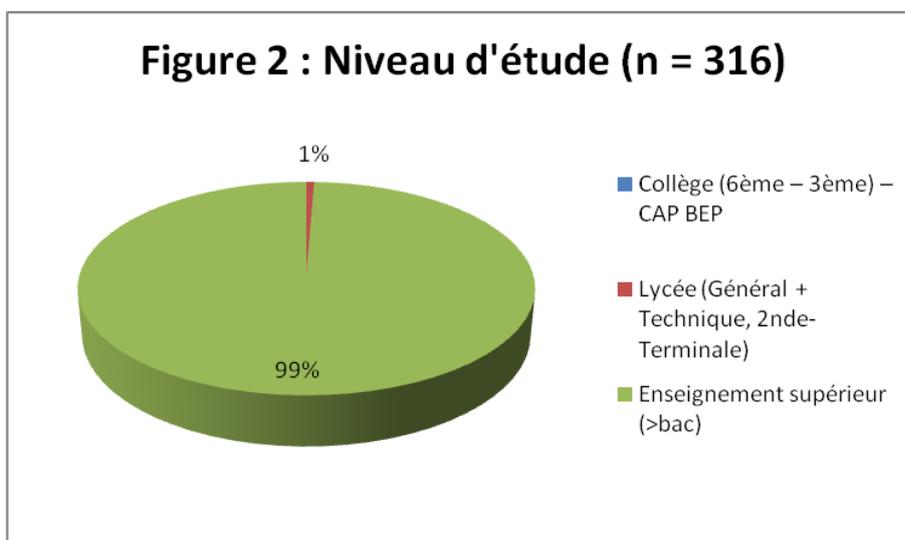
3.1. La patiente

3.1.1. L'âge



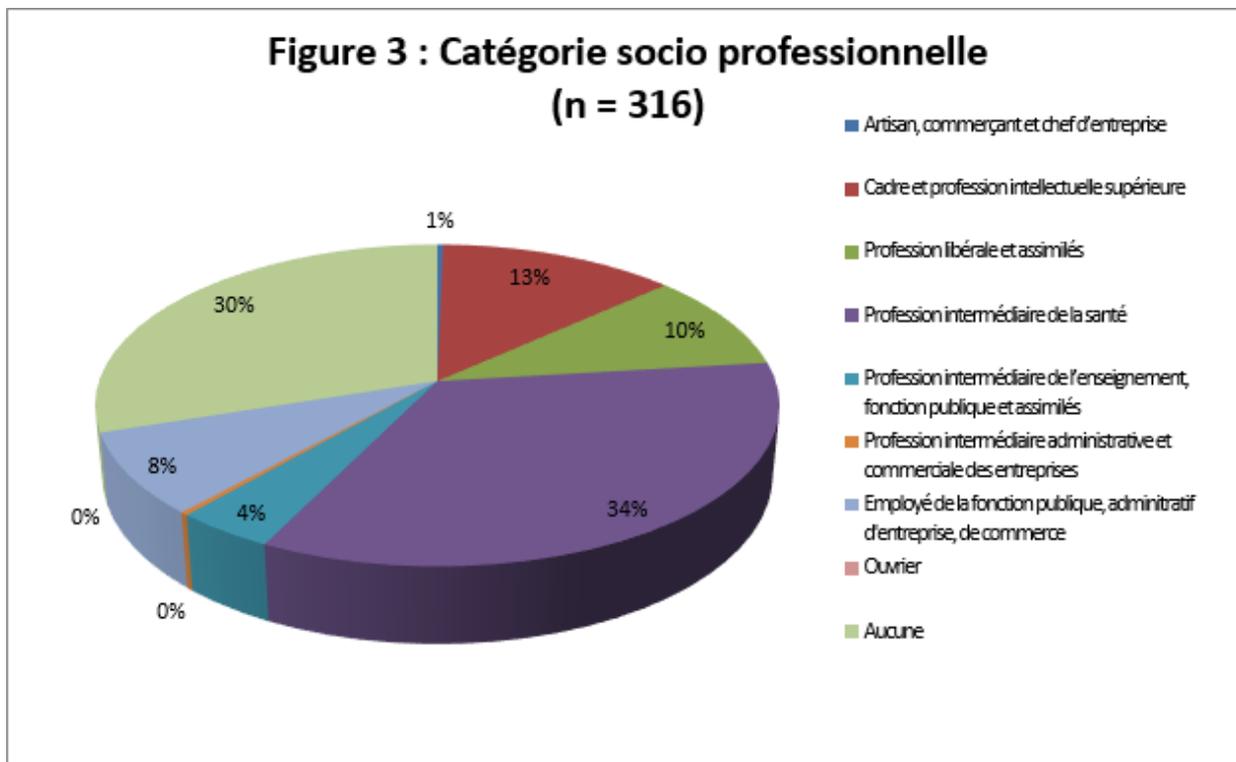
La moyenne d'âge est de 25,7 ans. Les âges extrêmes sont 18 ans et 37 ans. L'âge médian est de 24,5 ans.

3.1.2. Niveau d'étude



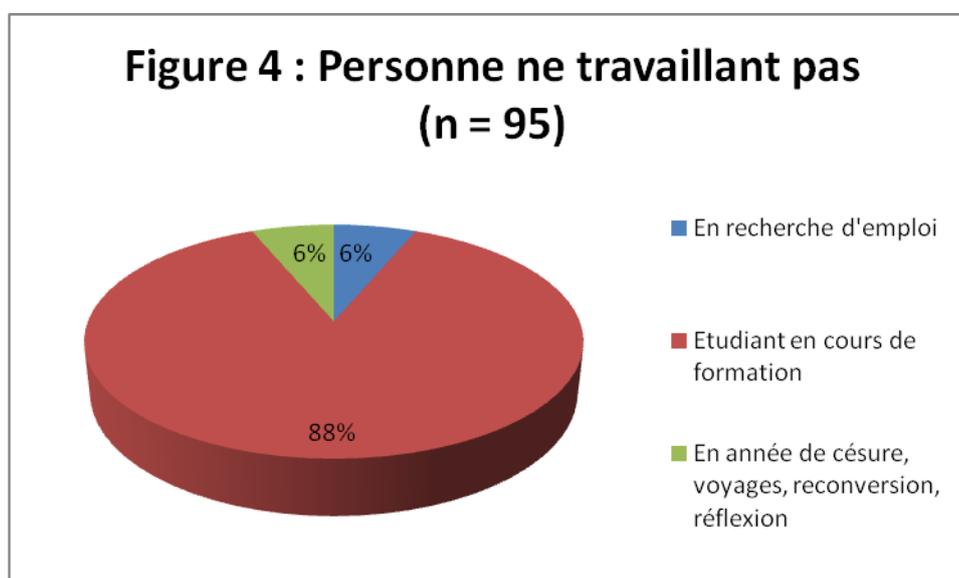
99% des femmes ayant répondu à ce questionnaire ont un niveau d'étude supérieur, 1% seulement est au lycée.

3.1.3. Catégorie socio professionnelle



Environ un tiers des patientes, soit 34%, travaillent dans le domaine de la santé. Et 30% des patientes ne travaillent pas.

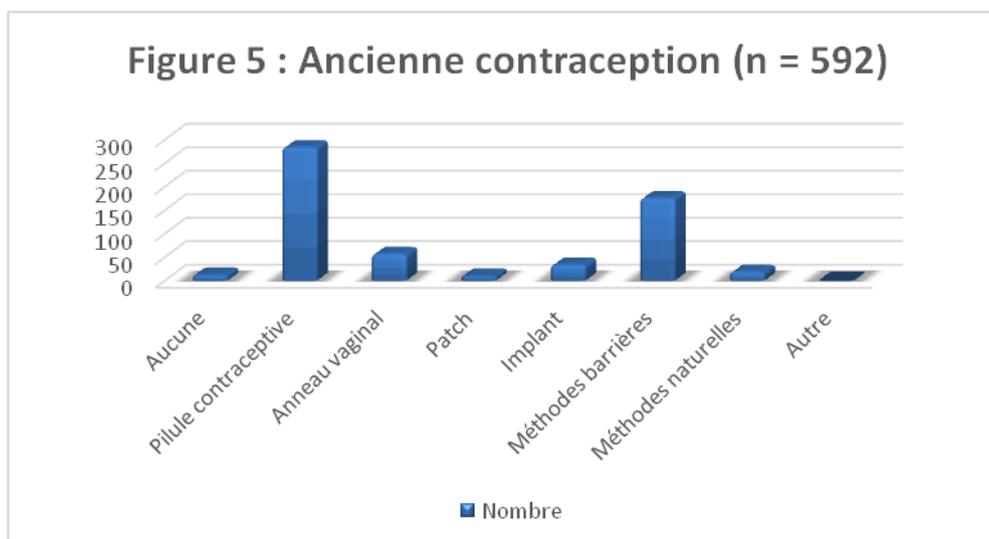
3.1.4. Personne ne travaillant pas



Parmi les patientes ne travaillant pas, la majorité, soit 88% d'entre elles, est étudiante.

3.2. Ancienne contraception et motivations pour le choix du DIU

3.2.1. Ancienne contraception

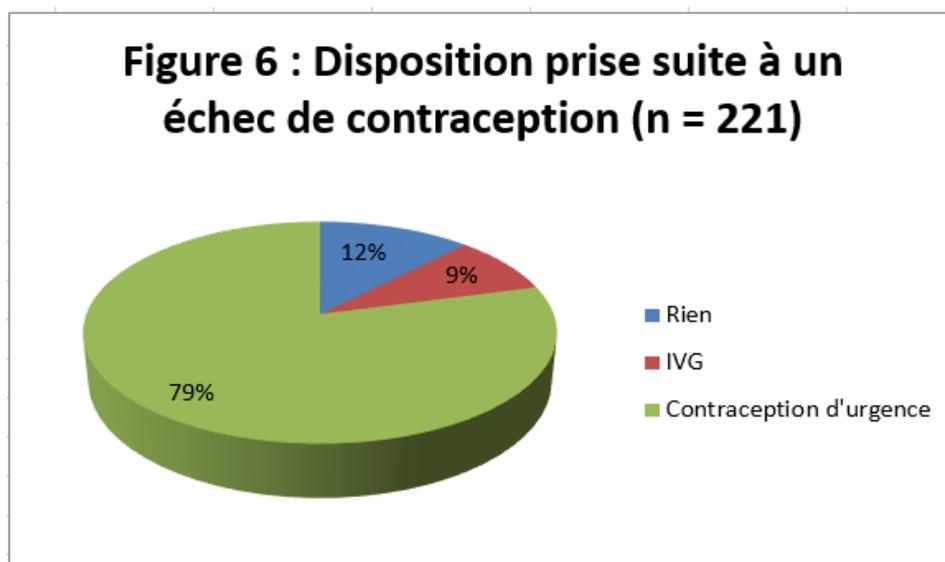


Nous notons qu'avant de passer au DIU, 48% des patientes utilisaient la pilule comme moyen de contraception, suivi par les méthodes barrières (Préservatifs, Cape, Diaphragme, Spermicides) pour 29,7% des patientes. Le patch restant la méthode la moins utilisée, avec 1,7% d'utilisatrices. 2% des patientes disaient ne prendre aucun moyen de contraception.

3.2.2. Echec de contraception

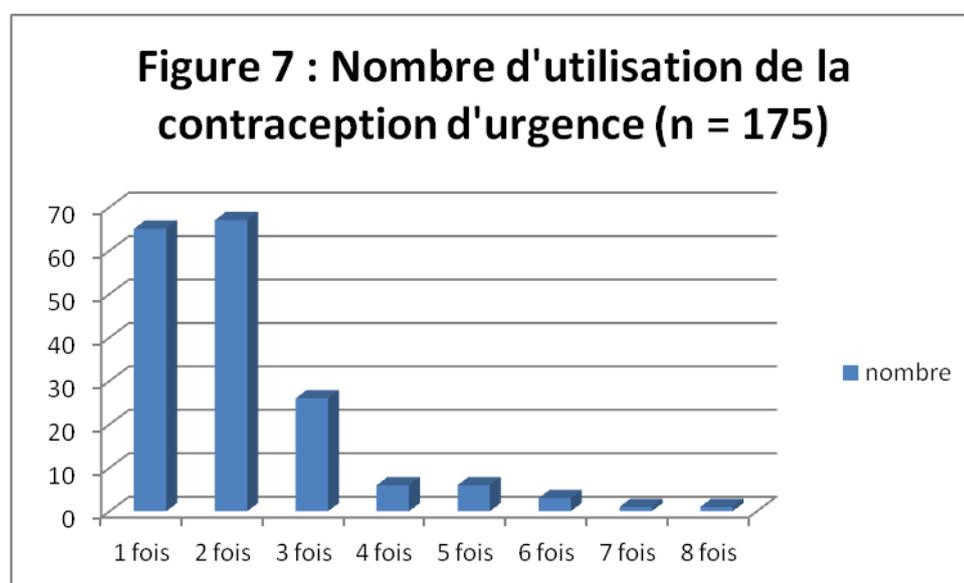
69.9 % (n = 221) des patientes interrogées ont déjà eu un ou des échecs de contraception (du type ; rupture de préservatif, oubli de pilule entraînant un risque de grossesse, etc).

3.2.3. Disposition prise suite à un échec de contraception



La méthode la plus utilisée en cas d'échec de contraception est la contraception d'urgence qui concerne 79% de nos patientes interrogées. 12 % de nos patientes disent n'avoir rien fait après un échec de contraception.

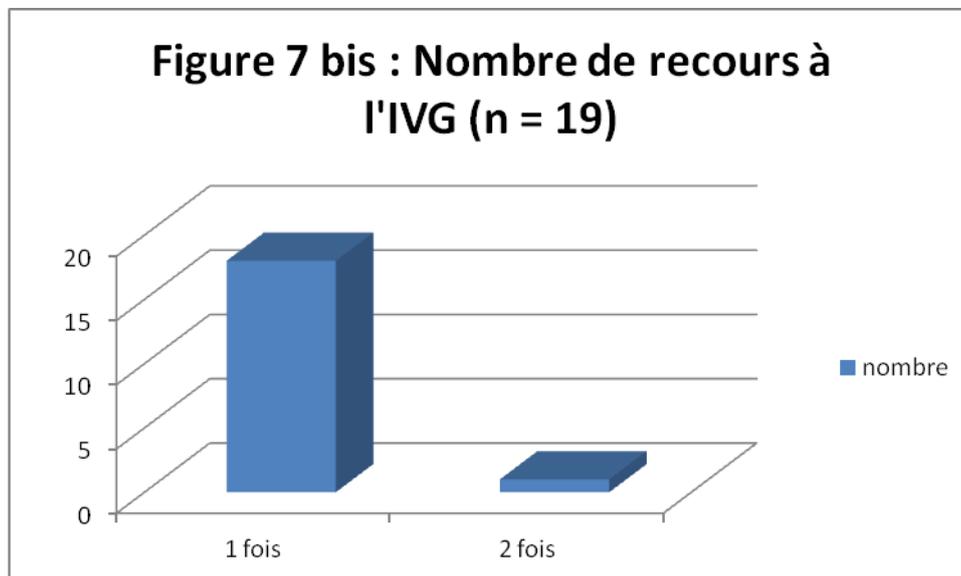
3.2.3.1. Nombre d'utilisation de la contraception d'urgence



Nous pouvons noter que 9,7% des femmes ayant eu recours à la contraception d'urgence ont utilisé cette méthode entre 7 et 8 fois au cours de leur vie.

Sur notre population totale étudiée (n = 316), nous retrouvons un taux de recours à la contraception d'urgence de 55,4%.

3.2.3.2. Nombre de recours à l'IVG



Sur notre population totale (n = 316), nous retrouvons un taux de recours à l'IVG de 6%.

3.2.4. Motivations pour passer au DIU

Les principales motivations qui ont poussé les patientes à changer de moyen de contraception pour passer au DIU sont :

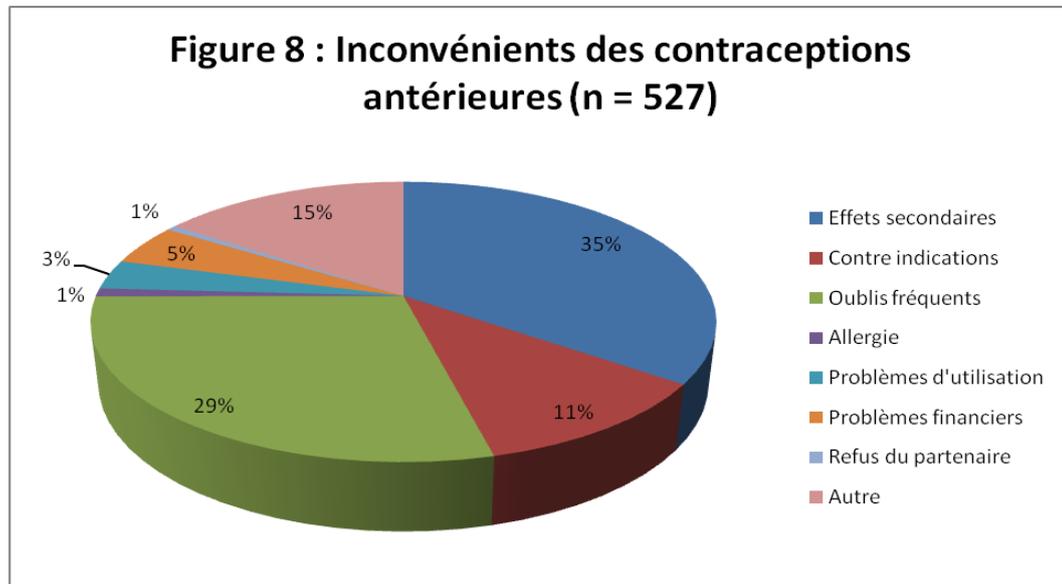
- **les problèmes d'observance** pour 50% d'entre elles (n = 158). Les patientes mettent en avant le côté pratique du DIU car c'est une contraception de longue durée, les femmes n'ont plus à penser à leur contraception. Elles revendiquent la tranquillité, la facilité et le confort de vie.
- **une volonté du « non hormonal »** pour 31,3% (n = 99) que nous retrouvons pour le DIU au cuivre.

Nous retrouvons aussi comme motivations de passer au DIU :

- **des raisons économiques** pour 2,2% (n = 7)
- le fait d'être dans **une relation de longue durée** avec un partenaire pour 1,6% (n = 5)
- **le DIU comme contraception d'urgence** pour 0,9% (n = 3)

- **des contre-indications et effets secondaires aux hormones** pour 13,9 % (n = 44)

3.2.5. Inconvénients ressentis par les patientes avec leurs contraceptions antérieures



Les inconvénients sont multiples pour bon nombre de patientes.

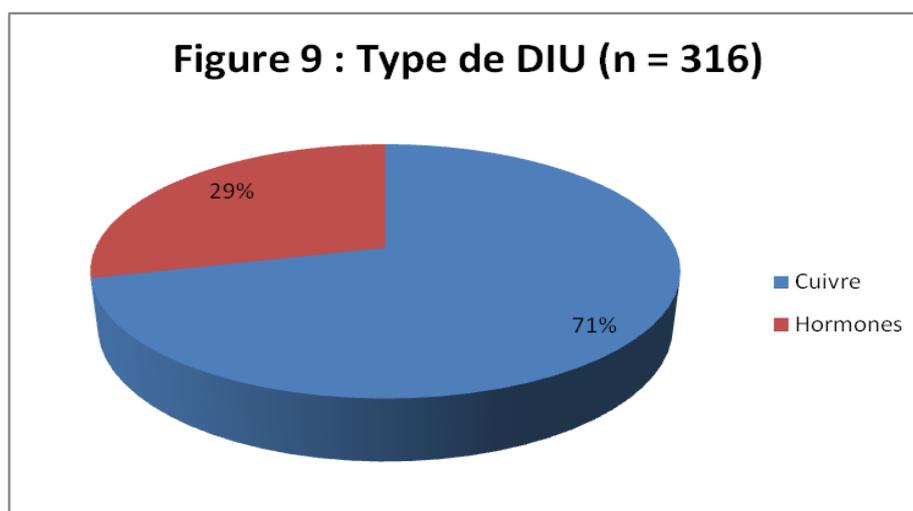
Les 2 principaux retrouvés pour les contraceptions antérieures sont :

- **les effets secondaires** pour 35% des patientes (n = 184)
- **les oublis fréquents** pour 29 % des patientes (n = 152).

15% des femmes interrogées nous signalent d'autres inconvénients :

- **les problèmes d'observance**, la rigueur dans la prise ne correspondant pas au mode de vie (notamment vis-à-vis du travail avec des gardes de nuit) la contrainte horaire principalement retrouvée pour la pilule contraceptive.
- **la volonté d'arrêter l'utilisation du préservatif** avec la recherche d'un confort dans les rapports et une plus grande spontanéité.

3.2.6. Type de DIU



Environ trois quarts des patientes interrogées ont opté pour le DIU au cuivre (71%).

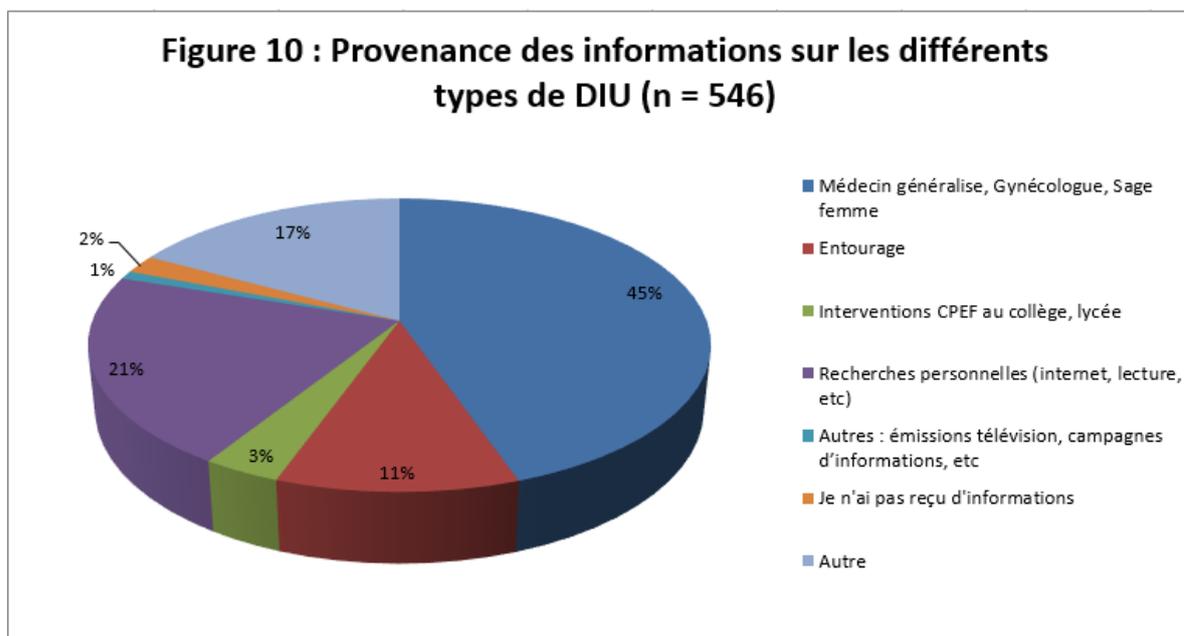
3.2.7. Les raisons du choix du DIU au cuivre ou aux hormones

Les patientes qui ont choisi le DIU cuivre (n = 225) ont pour motivations le fait de ne plus vouloir d'hormones, de ne plus être confrontées aux effets indésirables des hormones. Elles veulent aussi retrouver un cycle naturel.

Pour celles qui ont choisi le DIU aux hormones (n = 91) les patientes mettent en avant une volonté de réguler leurs cycles au niveau du flux et des douleurs. Certaines d'entre elles veulent une aménorrhée souvent retrouvée avec le DIU aux hormones. De plus, elles recherchent une meilleure fiabilité avec l'effet rassurant des hormones en plus de l'aspect mécanique du DIU. La peur d'une grossesse sous DIU revient souvent. Et enfin, quelques professionnels ont préférentiellement conseillé aux patientes le DIU aux hormones plutôt que celui au cuivre.

3.3. La consultation

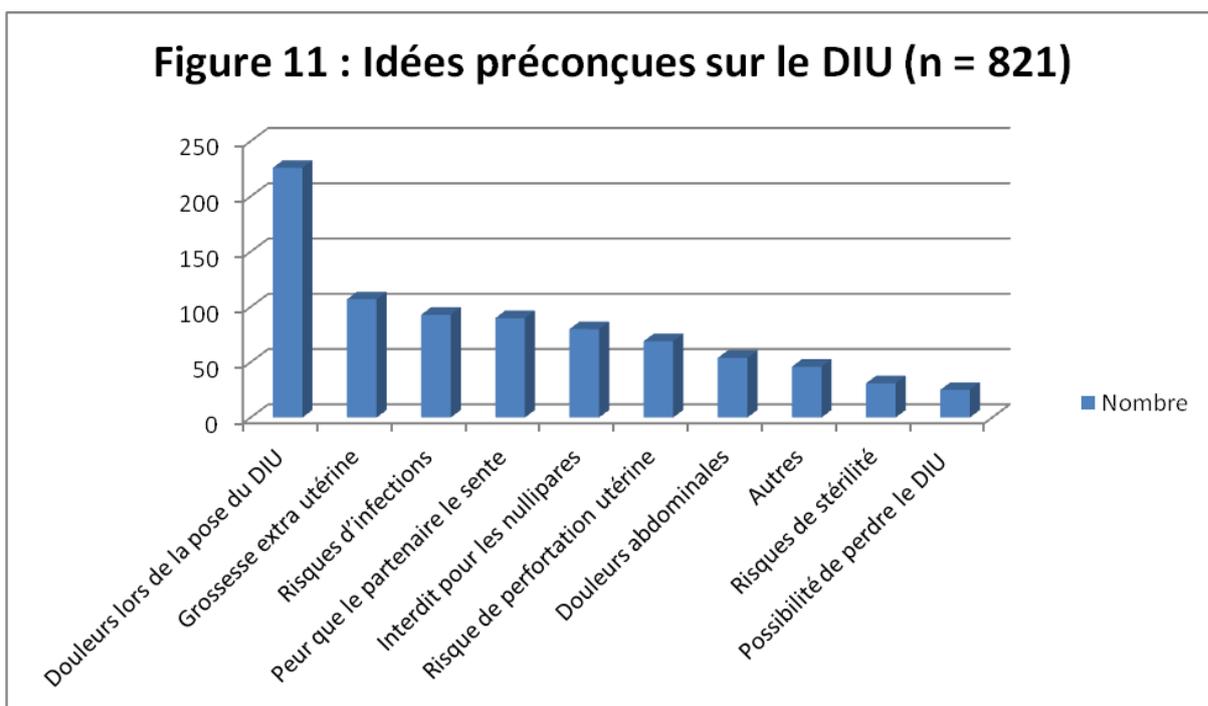
3.3.1. Par qui avez-vous reçu les informations sur les différents types de DIU ?



Environ la moitié des femmes ayant répondu à ce questionnaire ont reçu des informations sur les différents types de DIU de la part de leur médecin généraliste, gynécologue ou sage femme (45%). 21% des patientes ont eu les informations grâce à leurs recherches personnelles (internet, lecture, etc).

Parmi les 17% des patientes ayant répondu « Autre » à la question, certaines disent avoir reçu des informations au cours de leur formation professionnelle car ces dernières travaillent dans le domaine de la santé (sage femme, médecin). D'autres se sont renseignées auprès de l'association Solidarité Sida ou encore sur le site choisirsacontraception.com.

3.3.2. Idées préconçues sur le DIU



La plupart des répondantes ont plusieurs idées préconçues.

Celles que nous retrouvons majoritairement dans les réponses sont :

- **des douleurs lors de la pose du DIU** pour 27,5% des femmes interrogées,
- **le risque de grossesse extra utérine** pour 13% d'entre elles,
- **les risques d'infection** pour 11,3% des femmes.

Ce qui est le moins souvent évoqué par les femmes interrogées est le risque de stérilité (3,8%) et la possibilité de perdre le DIU (3%).

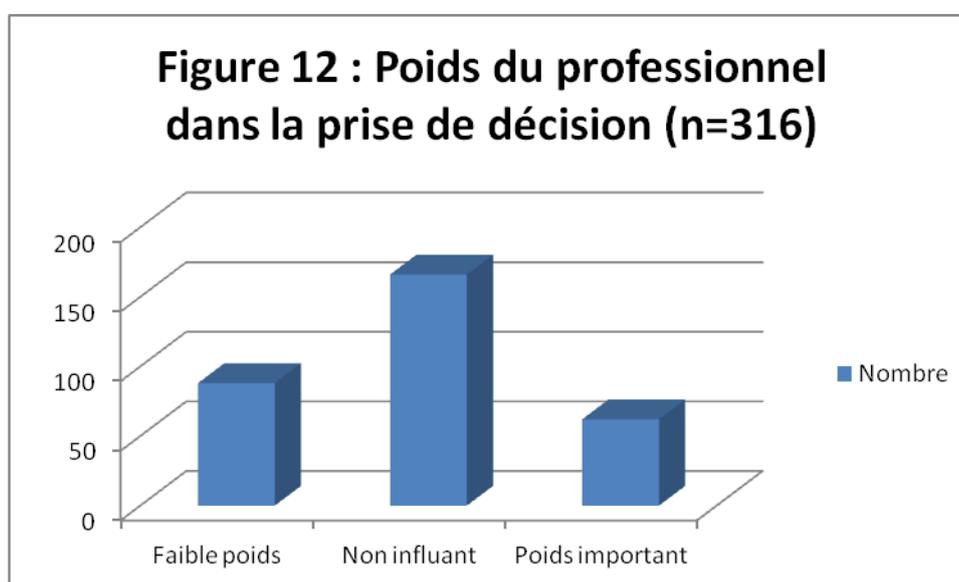
Pour les 5,6 % (n = 46) des femmes ayant répondu « Autre » à la question, un bon nombre d'entre elles évoque :

- **une crainte de perturbations des cycles menstruels** pour 45,7% (n = 21) d'entre elles avec notamment l'apparition de règles abondantes, anarchiques, longues et douloureuses ou alors des spotting,
- **la peur d'une prise de poids et d'une modification de la libido** pour 8,7% (n = 4)
- **des peurs concernant le port du DIU associé à l'utilisation de la cup menstruelle** pour 6,5 % (n = 3) avec notamment la peur que le DIU bouge ou tombe à cause de la cup.

Plus minoritairement, 2,2% des femmes (n = 1), pensent qu'il y a peu de professionnels de santé qui acceptent de poser des DIU aux femmes nullipares. Quelques femmes interrogées, 13 % (n = 6), nous disent ne pas avoir de préjugés notamment grâce aux connaissances acquises durant leur formation et à leur profession (domaine de la santé).

Enfin, 24% (n = 11) des femmes disent n'avoir aucune idée préconçue par rapport au DIU.

3.3.3. Poids du professionnel dans la prise de décision

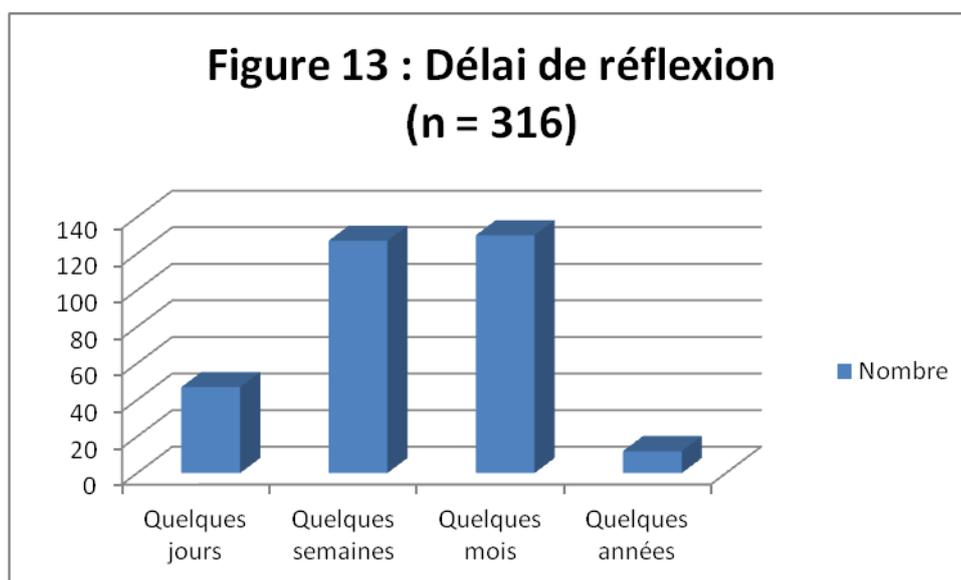


Pour 52,3% des femmes, le point de vue du professionnel par rapport au DIU n'a pas influé leur décision.

3.3.4. Discussion avec le partenaire

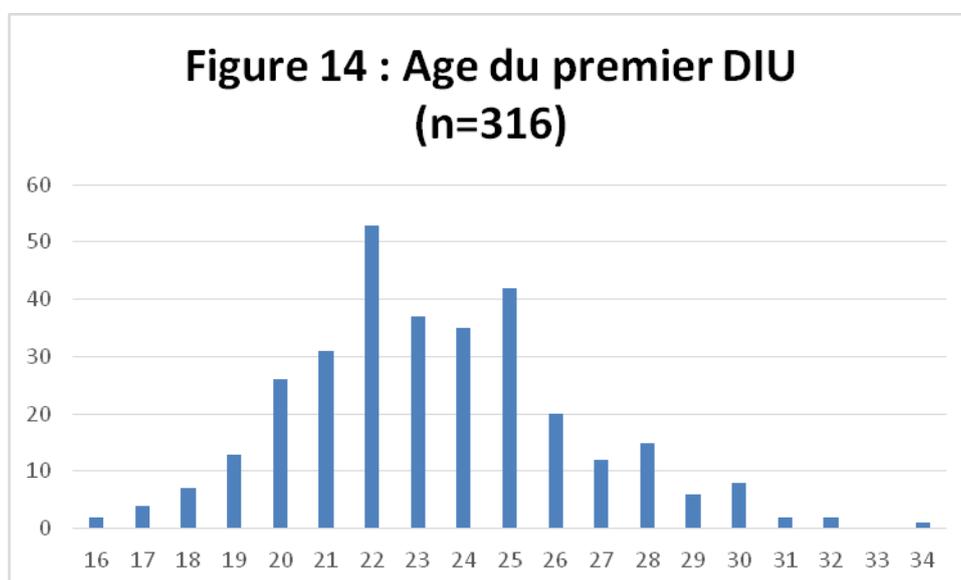
20 % des femmes interrogées n'ont pas discuté du choix du DIU avec leur partenaire actuel. 10,4 % n'était pas concernée par la question car n'avait pas de partenaire fixe.

3.3.5. Délai de réflexion avant la pose du DIU



La moitié (49,7%) des femmes ayant répondu au questionnaire ont mis entre quelques semaines et quelques mois à se décider avant la pose du DIU.

3.3.6. Age du premier DIU



La moyenne d'âge de la pose du premier DIU est de 23,4 ans. Les âges extrêmes sont 16 ans et 34 ans. L'âge médian est de 23 ans.

3.4. Le praticien

3.4.1. Difficulté à trouver un praticien

15,2% des femmes interrogées ont eu du mal à trouver un praticien acceptant de leur poser le DIU.

Les raisons évoquées par les patientes étaient un refus de leur gynécologue qui les envoyait vers une sage femme. Certaines se sont aussi vues refuser la pose par des sages femmes.

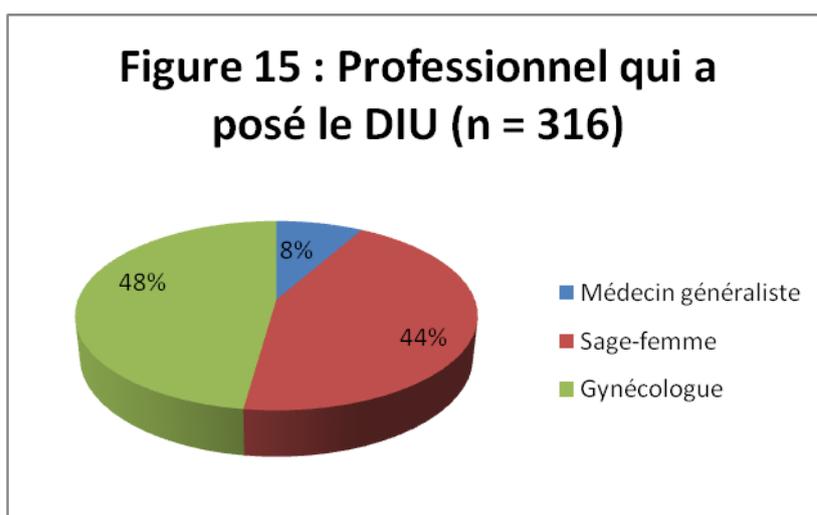
D'autres se trouvaient dans de petites villes avec peu de praticiens et beaucoup d'entre eux ne prenaient pas de nouvelles patientes.

Enfin le manque de formation des professionnels vis-à-vis de la pose du DIU a aussi été évoqué plusieurs fois.

3.4.2. Praticien habituel

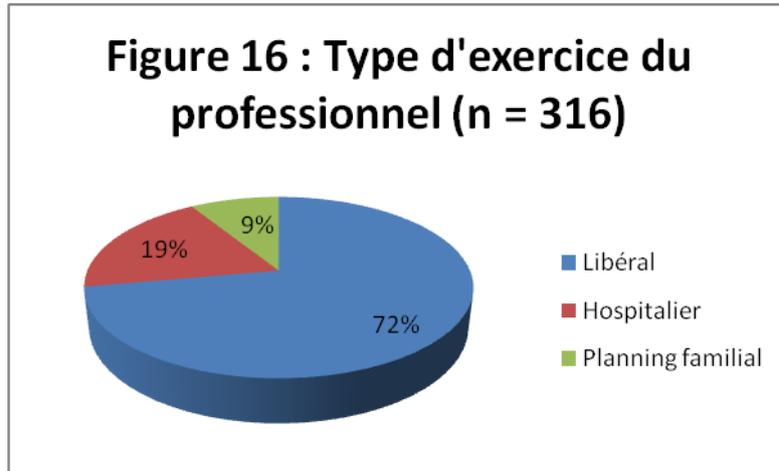
Pour 60,8% des femmes ayant répondu au questionnaire, c'est leur praticien habituel qui leur a posé le DIU.

3.4.3. Profession qui a posé le DIU



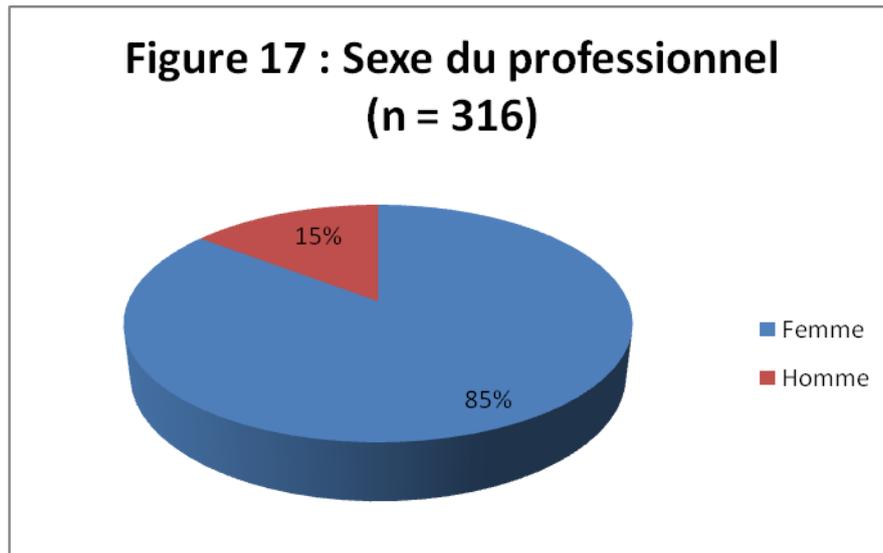
La majorité des professionnels concernés par la pose du DIU sont les gynécologues (48%) et les sages femmes (44%).

3.4.4. Type d'exercice du professionnel



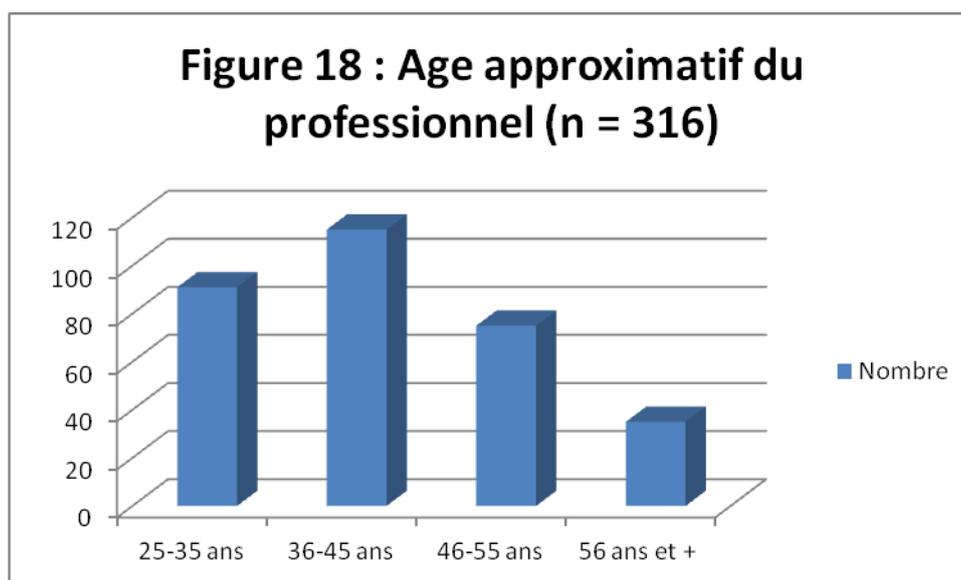
72% des professionnels concernés par l'enquête exercent en libéral.

3.4.5. Sexe du professionnel



85% des professionnels de santé étaient des femmes.

3.4.6. Age approximatif du professionnel



Environ deux tiers des praticiens concernés (65,2%) avaient approximativement entre 25 et 45 ans. Seuls 11,1% avaient plus de 56 ans.

3.5. Pose et suites de la pose

3.5.1. Appréhensions avant la pose

78,5% des femmes interrogées avaient des appréhensions avant la pose de leur DIU.

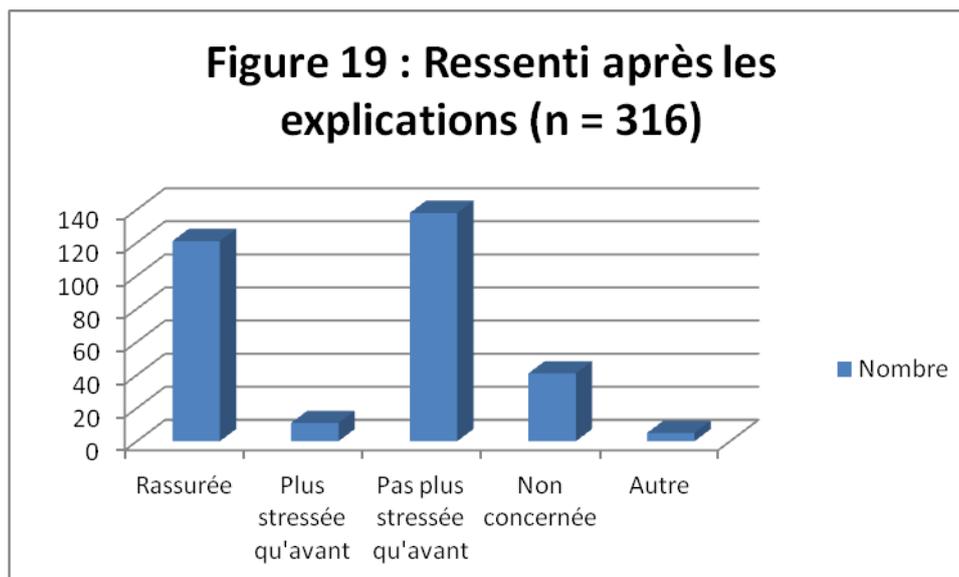
Celles-ci évoquent notamment des appréhensions par rapport :

- aux douleurs lors de la pose et après la pose,
- au risque de malaises,
- à l'utilisation de la pince de Pozzi,
- à l'apparition de métrorragies juste après la pose du DIU,
- à un échec de pose,
- à une modification de leurs cycles menstruels avec l'apparition de règles abondantes et douloureuses,
- à l'apparition d'une infection,
- au fait que le stérilet puisse bouger ou qu'il ne soit pas efficace.

3.5.2. Explication de la pose par le praticien

11,4% des femmes interrogées n'ont pas eu d'explications concernant la pose du DIU par leur praticien avant le jour de la pose ou au moment de la délivrance de l'ordonnance de pose de DIU.

3.5.3. Ressenti après les explications



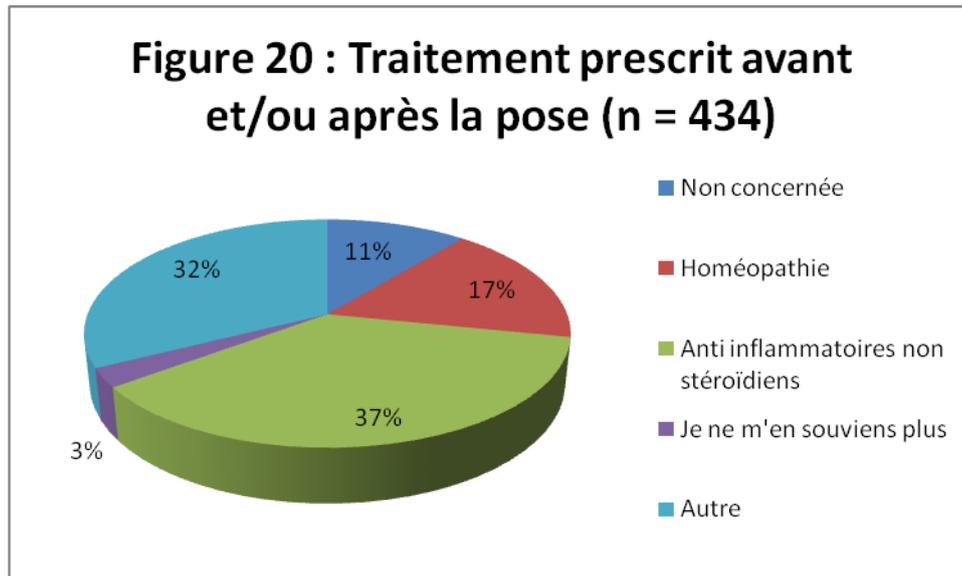
38,3 % des femmes ont été rassurées après les explications de leur praticien.

Les femmes ayant répondu « Autre » (1,6%) disent avoir déjà les connaissances concernant la pose.

3.5.4. Prescription d'un traitement avant et/ou après la pose

84,2 % des femmes se sont vues prescrire un traitement avant et/ou après la pose de leur DIU.

3.5.4.1. Traitement prescrit



Le traitement majoritairement prescrit avant et/ou après la pose d'un DIU est la prescription d'AINS (37%).

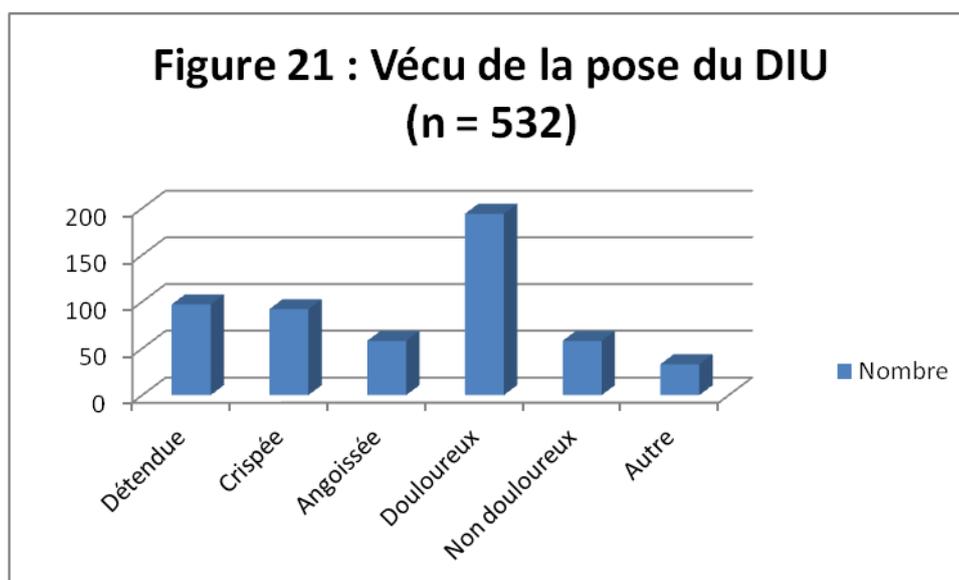
Parmi les femmes ayant répondu « Autre » à cette question, nous retrouvons dans ce cas la prescription de :

- **Spasfon®** pour 21,7% (n = 94),
- **Cytotec®** pour 7,4% (n = 32),
- **Atarax®** pour 0,5% (n = 2).

En prévention des infections, 2,8% (n = 4) des femmes, se sont vues prescrire un ovule d'Econazole® ou un antibiotique en prise orale unique après la pose.

Enfin une d'entre elle a eu recours à l'acupuncture avant la pose.

3.5.5. Vécu de la pose du DIU



Les ressentis sont multiples pour bon nombre de patientes.

Pour 36,5% des femmes interrogées la pose a été douloureuse. Parmi ces femmes, 82,5% avaient pris un traitement avant et/ou après la pose (n = 160) :

- sur les 32 femmes ayant eu du **Cytotec®**, 68,8% ont trouvé la pose douloureuse (n = 22),
- sur les 94 femmes ayant eu du **Spasfon®**, 63,2% ont trouvé la pose douloureuse (n = 60),
- sur les 19 femmes ayant eu seulement de **l'homéopathie**, 47,4% ont trouvé la pose douloureuse (n = 9),
- sur les 57 femmes ayant eu seulement des **AINS**, 44% ont trouvé la pose douloureuse (n = 44),
- sur les 2 femmes ayant eu de **l'Atarax®**, aucune n'a trouvé la pose douloureuse.

Parmi les femmes ayant reçu des informations concernant la pose du DIU (n = 280), 18,2% étaient angoissées (n = 51).

Au contraire, pour celles n'ayant pas reçu d'informations (n = 36), 13,9% étaient angoissées au moment de la pose (n = 5).

18,2% des femmes étaient détendues lors de la pose et 10,9% n'ont pas eu mal.

6,2% des femmes ont répondu « Autre » à cette question et évoquent un aspect plutôt désagréable ou alors douloureux mais supportable. Le côté rapide de la pose est aussi souvent évoqué.

3 patientes se sont vues poser leur DIU sous anesthésie générale lors d'une IVG, elles n'ont donc eu aucune douleur lors de la pose.

A l'inverse, 5 femmes ont fait un malaise vagal suite à la pose.

Enfin 2 femmes interrogées ont un très mauvais vécu de la pose de leur DIU. Pour reprendre leurs propos :

- « Je me suis sentie infantilisée et maltraitée »
- « Cela ne passait pas, alors nous avons essayé pendant 3/4 d'heure, un peu comme une séance de torture »

3.5.6. Effets secondaires suite à la pose

59,8% des femmes ayant répondu au questionnaire ont eu des effets secondaires suite à la pose de leur DIU.

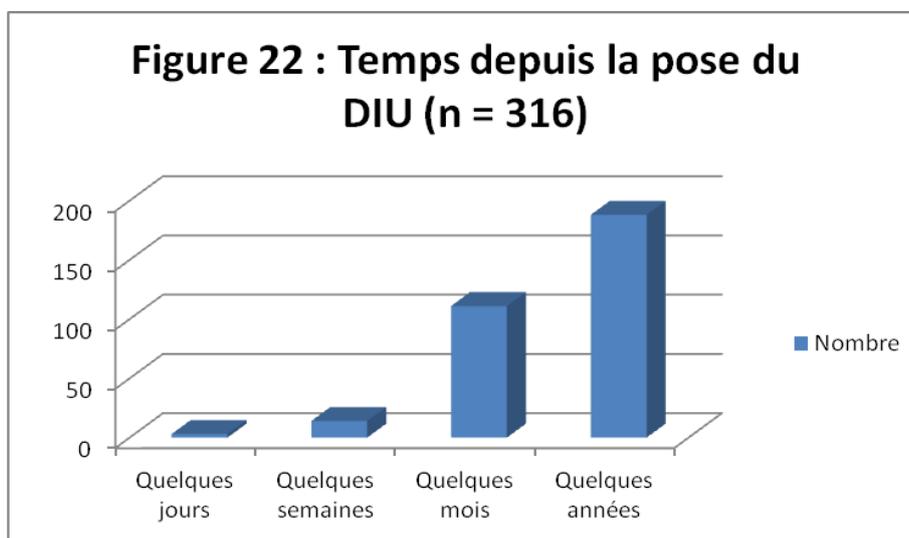
3.5.6.1. Effets secondaires rencontrés

Parmi les effets secondaires rencontrés, les femmes évoquent :

- **des douleurs** post pose à type de contractions (72,2 %, n = 169)
- **des spotting**s (23,1 %, n = 54),
- **des malaises** (2,1 %, n = 5),
- **des vomissements** (1,7 %, n = 4),
- **des bouffées de chaleur** (0,9 %, n = 2).

3.6. A ce jour

3.6.1. Temps de port du DIU



Plus de la moitié des femmes interrogées (59,5%) portent leur DIU depuis plusieurs années.

3.6.2. Effets secondaires à distance de la pose

41,5% des patientes interrogées ont eu des effets secondaires à distance de la pose du DIU.

3.6.2.1. Effets secondaires avec le SIU

Les effets secondaires rencontrés pour les femmes porteuses d'un SIU (n = 91) sont :

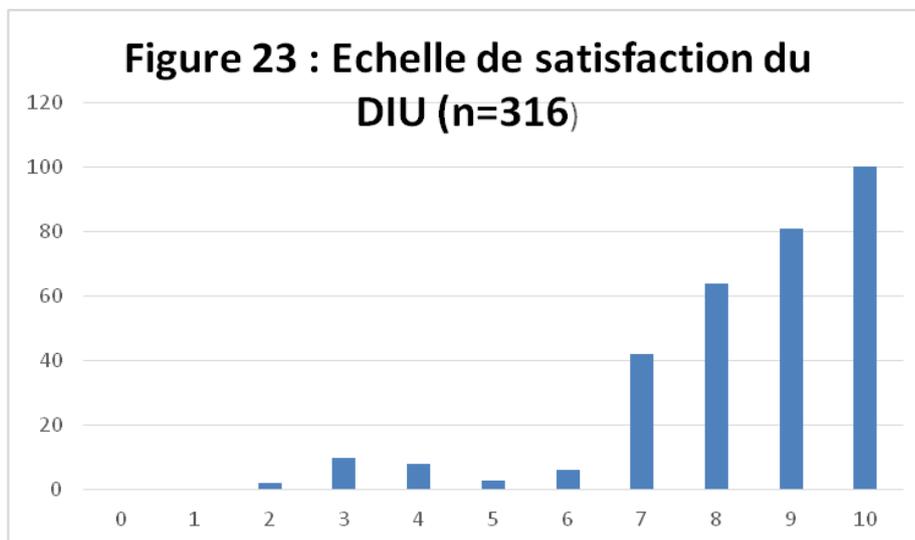
- des **dysménorrhées** (15,4%, n = 14),
- des **spottings** (9,9%, n = 9),
- **l'apparition d'acné** (6,6%, n = 6),
- des **douleurs mammaires** (3,3%, n = 3),
- une **augmentation de la pilosité** (3,3%, n = 3),
- une **baisse de la libido** (3,3%, n = 3),
- une **variation de l'humeur** (3,3%, n = 3),
- une **prise de poids** (3,3%, n = 3).

3.6.2.2. Effets secondaires avec le DIU au cuivre

Les effets secondaires rencontrés pour les femmes porteuses d'un DIU (n = 225) sont :

- des **dysménorrhées** (17,3%, n = 39),
- des **ménorragies** (14,2%, n = 32),
- des **spotings** (12,4%, n = 28),
- l'apparition d'un **syndrome prémenstruel** (3,5%, n = 8),
- l'**augmentation des leucorrhées** (2,6%, n = 6).

3.6.3. Echelle de satisfaction du DIU



92,7% des patientes sont satisfaites de leur DIU (Score > 5).

3.6.4. Raisons de la non satisfaction

Lorsque les femmes ont répondu 5 ou moins de 5, nous leur avons demandé les raisons de leur non satisfaction.

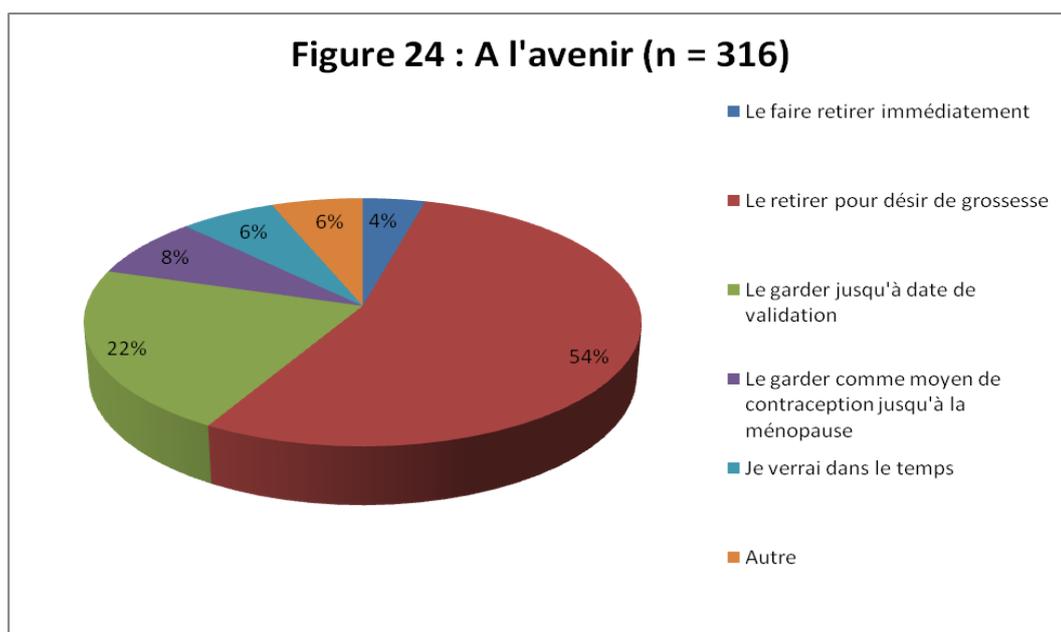
Ces dernières évoquent :

- la **perturbation de leurs cycles** (43,5%, n = 10)
- la **persistance de douleurs** (17,4%, n = 4),
- l'**apparition d'acné** (8,7%, n = 2),
- l'**expulsion du DIU** (8,7%, n = 2),

- une utilisation difficile avec la cup menstruelle (4,3, n = 1),
- leur partenaire a senti le DIU lors de rapports (4,3 %, n =1).

Pour 3 d'entre elles la non satisfaction s'explique par la survenue d'une grossesse non désirée, soit 0,95 grossesse pour 100 femmes.

3.6.5. Pour l'avenir



84 % des femmes interrogées veulent garder leur DIU comme moyen de contraception, 6 % sont indécises et 4 % ne sont pas satisfaites et veulent le faire retirer.

6% des femmes ont répondu « Autre » à cette question.

Parmi les 6%, elles évoquent une volonté de changer de contraception pour l'anneau, la pilule oestro progestative ou se tourner vers des méthodes naturelles comme la courbe de température. Certaines veulent seulement changer de type de DIU.

4.ANALYSE

4.1. Biais et limites de l'étude

4.1.1. Les biais

- Biais de sélection : le questionnaire a été diffusé via les réseaux sociaux qui regroupent en général une population plutôt jeune. De ce fait, nous retrouvons majoritairement des femmes dans les études supérieures plutôt que dans le monde du travail. Ce n'est donc pas représentatif de la population totale de nullipares ayant bénéficié de la pose d'un DIU.
- Biais de diffusion : étant moi-même étudiante sage-femme, mon cercle de connaissances est énormément lié à ma profession. Ce qui peut expliquer le nombre important de femmes travaillant dans le domaine de la santé ayant répondu à mon questionnaire.
- Biais de rappel : certaines informations demandées faisaient appel à la mémoire des nullipares pouvant remonter à plusieurs années.
- Biais de compréhension : le questionnaire étant en ligne, nous ne pouvions apporter aucunes explications en cas d'incompréhension des questions, d'où de possibles incohérences dans les réponses et abstentions.

4.1.2. Les limites

Une des limites peut être que nous ne connaissons pas la position géographique des femmes ayant répondu à notre enquête. En effet, il aurait pu être intéressant de savoir de quelle région ou de quel département provenaient les femmes interrogées afin de pouvoir faire un lien avec les difficultés que les femmes ont pu rencontrer pour trouver un praticien, particulièrement dans les zones sous dotées.

4.2. Discussion des résultats

4.2.1. Motivations des femmes à se tourner vers le DIU

Dans un premier temps, nous avons cherché à comprendre qu'elles étaient les motivations des femmes nullipares à se tourner vers le DIU. Nous allons, d'abord, nous pencher sur leurs expériences vis-à-vis de leur ancienne contraception, puis, nous nous pencherons sur les motivations qui les ont poussés à se tourner vers le DIU. Et enfin, nous évaluerons le taux de satisfaction des femmes interrogées.

4.2.1.1. Expériences passées

4.2.1.1.1. Ancienne contraception

D'après le baromètre Santé de 2010 (12), parmi toutes les femmes qui disent « faire quelque chose pour éviter une grossesse », 57% prennent la pilule. Les autres moyens de contraception majoritairement utilisés sont le stérilet pour 23% des femmes et le préservatif pour 11% d'entre elles.

De notre côté nous avons pu constater que les méthodes contraceptives majoritairement utilisées étaient la pilule contraceptive pour 48% des femmes interrogées et les méthodes barrières (Préservatifs, Cape, Diaphragme, Spermicides) pour 29,7% d'entre elles (Figure 5).

Toujours d'après cette même étude, l'utilisation de la pilule contraceptive reste majoritaire chez les jeunes. En effet, cela concerne 70,8 % des 15-34 ans.

La moyenne d'âge des nullipares ayant répondu à notre questionnaire est de 25,7 ans. 72,5% de notre échantillon a un âge compris entre 22 et 28 ans. Seules 14,9% des femmes ont un âge supérieur ou égal à 30 ans (Figure1). Notre échantillon regroupe donc essentiellement des femmes ayant moins de 30 ans. Ces résultats sont en corrélation avec la population générale, car l'âge moyen du premier enfant en France est 28,5 ans en 2015 d'après l'INSEE. (13)

Nos résultats semblent donc rejoindre ceux des études nationales. Cela peut être expliqué par le fait qu'en France nous pouvons constater qu'il y a un schéma contraceptif stéréotypé. En effet, à l'entrée dans la sexualité nous retrouvons majoritairement une utilisation des préservatifs généralement associé à la pilule.

Ensuite nous assistons à un arrêt de l'utilisation de préservatifs au profit des oestro-progestatifs lorsque les femmes s'engagent dans une relation plus stable. A partir de 45 ans, le DIU devient la méthode de contraception la plus utilisée par les femmes.

4.2.1.1.2. Echec de contraception antérieure

Nous avons pu voir à l'aide de notre enquête que 69,9% des femmes interrogées ont déjà eu un échec de contraception regroupant ainsi l'oubli de pilule, une rupture de préservatifs, enfin toutes erreurs d'utilisation pouvant conduire à un risque de grossesse.

La méthode de recours majoritairement utilisée est la contraception d'urgence pour 79% des femmes ayant répondu à notre enquête (Figure 6). Les circonstances de recours à cette méthode varient selon l'âge des femmes : en effet, chez les femmes de 15 à 19 ans, ce sont majoritairement des problèmes d'utilisation du préservatif. Pour les femmes entre 20 et 24 ans, il s'agit pour l'essentiel d'un oubli de pilule (42,3% des cas). (12)

Dans notre enquête, nous avons pu voir que pour 50% des femmes interrogées, les problèmes d'observance vis-à-vis de leur contraception antérieure étaient ce qui les avait poussées à passer au DIU. 29% des femmes nous disent oublier fréquemment leur pilule (Figure 8).

Au niveau national, 66% des femmes sous pilule disent l'oublier au moins une fois par an et 21% au moins une fois par mois. Après l'absence de contraception et les méthodes naturelles, la mauvaise utilisation de la pilule est la deuxième cause de recours à l'IVG. (14)

Ce chiffre important de 50% peut être en partie expliqué par le fait que 34% de notre population appartient à une profession intermédiaire de la santé (Figure 3). Ce qui signifie des horaires décalés avec potentiellement des gardes de 12h, des gardes alternant jour et nuit. Tous ces critères peuvent entraîner une majoration des oublis pour ces personnes-là.

Nous nous rendons compte que ce problème d'observance est donc un problème récurrent pour toutes les femmes. Nous nous apercevons qu'il y a une

inadéquation entre le mode de vie des femmes et l'utilisation de leur contraception, que cette dernière n'est pas forcément adaptée à chaque situation de vie.

Ce problème d'observance pourrait expliquer que les taux de recours à la contraception d'urgence et à l'IVG ne diminuent pas franchement au fil des années. En effet, d'après l'INED, le taux annuel d'IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans est de 13,9 en 2016 contre 15,3 en 2013. Ce taux restant plus ou moins le même depuis 1991 avec une moyenne de 14,6 entre 1991 et 2016.

Parmi les femmes interrogées ayant déjà eu recours à la contraception d'urgence (n = 175) environ 10% d'entre elles ont déjà eu recours à cette méthode entre 4 et 8 fois (Figure 7). Et parmi celles ayant déjà eu recours à l'IVG (n =19), 5% ont déjà eu recours 2 fois à cette méthode (Figure 7 bis). La moyenne d'âge des femmes ayant répondu à notre enquête étant de 25,7 ans, nous pouvons être un peu surpris des résultats qui semblent notamment élevés au vu du jeune âge de la population étudiée.

Comment expliquer des taux de recours si élevés pour une même personne à la contraception d'urgence ou à l'IVG ? Cela est-ce dû à un manque de connaissances des femmes ? Un moyen de tester leur fertilité ? Un goût du risque ? Une information insuffisante sur l'utilisation des moyens de contraception ?

D'après le Baromètre Santé 2010 de l'Inpes (12), en 2007, seulement 1 femme sur 10 ayant eu recours à l'IVG avait utilisé la contraception d'urgence pour éviter la grossesse, ce qui signifie que 90% décident de ne rien faire à la suite d'un rapport sexuel à risque.

D'après notre enquête, seulement 12% des femmes concernées par un échec de contraception ont décidé de ne pas mettre en place de stratégie de rattrapage (Figure 6). 10 ans séparent l'étude de nos données. Nous pouvons donc penser que, depuis 2007, il y a eu une augmentation de diffusion d'informations concernant la contraception d'urgence que ce soit par des campagnes d'informations au niveau national, de campagnes de publicité, de prévention dans les collèges/lycées etc. Notre chiffre est donc inférieur à celui que nous retrouvons au niveau national mais il reste encore assez élevé.

Comment l'expliquer ?

En 2015, 6% des françaises disent n'avoir jamais entendu parler de la contraception d'urgence et 30% en avait déjà entendu parler mais ne savait pas comment cela agissait. (15)

Nous constatons ici à un réel manque d'informations des femmes en France concernant l'utilisation de la contraception d'urgence. Pourtant, depuis la loi du 4 Juillet 2001 autorisant la délivrance gratuite aux mineures de la contraception d'urgence, sans prescription ni autorisation parentale, l'accessibilité est favorisée. L'accès à la contraception d'urgence est donc facilité, ce qui reste paradoxal car nous constatons qu'encore 6% des françaises n'ont jamais entendu parler de la contraception d'urgence.

Or en 2012, le Ministère des Affaires sociales et de la Santé et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) ont lancé la première campagne de communication sur la contraception d'urgence. Elle consistait en la diffusion de trois spots radios et de bannières web qui rappelaient aux femmes qu'elles avaient jusqu'à 5 jours pour agir. De plus, à cette période a été créé le site www.choisirsacontraception.com sur lequel les femmes peuvent se rendre et trouver toutes les informations nécessaires sur les différents types de contraception et sur la contraception d'urgence. Nous pouvons donc constater que depuis quelques années, de nombreux moyens sont mis en œuvre pour améliorer la prévention des grossesses non désirées chez les femmes.

C'est en effet lorsque le risque de grossesse est mal identifié que le recours aux stratégies de rattrapage n'est pas forcément effectué pouvant être à l'origine de grossesse non désirée. En 2000, 1/5 (20,9%) des grossesses non désirées ont eu lieu chez des femmes qui étaient sous pilule. (12)

Le professionnel de santé a alors un rôle de grande importance pour éviter cela. En effet c'est à lui de rappeler régulièrement aux femmes comment utiliser correctement la contraception d'urgence. Cela peut être fait à la consultation gynécologique annuelle de la femme. De plus, il pourrait être intéressant de prescrire systématiquement une contraception d'urgence avec la prescription de la pilule contraceptive afin que les femmes puissent agir à tout moment en cas d'échec de contraception. Enfin nous pouvons leur parler du site internet cité plus

haut (www.choisirsacontraception.com) ou alors d'applications mobiles types Pill'Oops faite par le Planning Familial de Bretagne, qui, en cas d'erreur ou d'oubli de contraception, donne toutes les démarches à suivre pour éviter une grossesse non désirée.

4.2.1.2. Motivations pour le DIU

L'âge moyen du premier DIU dans notre enquête est de 23,4 ans (Figure 14).

Les raisons du choix du DIU varient en fonction de chaque type de DIU. Pour celui au cuivre, les principales motivations retrouvées sont une volonté de ne plus avoir d'hormones et de ne plus être confrontées aux effets indésirables de celles-ci. Les femmes veulent retrouver leurs cycles naturels.

Pour le SIU, les principales motivations sont une volonté de réguler leurs cycles, c'est-à-dire diminuer le flux et les douleurs. Certaines veulent une aménorrhée que nous retrouvons souvent avec le SIU. Enfin, elles recherchent une meilleure fiabilité avec l'effet rassurant des hormones en plus de l'aspect mécanique du DIU.

Dans notre étude, environ trois quarts des nullipares interrogées ont opté pour le DIU au cuivre (71%) (Figure 9). Nous constatons donc que la majeure partie des femmes de notre enquête veulent se tourner vers des contraceptions dites « naturelles », c'est-à-dire des contraceptions sans hormones. C'est ce que nous retrouvons au niveau national. En effet, il y a une augmentation de l'utilisation du préservatif (15,5% aujourd'hui contre 10,8% il y a 10 ans), méthode barrière naturelle. Nous constatons aussi une augmentation du nombre de DIU : 25,6% aujourd'hui contre 18,7% auparavant quel que soit l'âge et la parité. (10)

4.2.2. Accessibilité des nullipares au DIU

4.2.2.1. Le professionnel

Environ la moitié des femmes ayant répondu à ce questionnaire ont reçu des informations sur les différents types de DIU de la part de leur médecin généraliste,

gynécologue ou sage femme (45%), suivi par les recherches personnelles (internet, lecture, etc) pour 21% des femmes (Figure 10).

La majorité des professionnels concernés par la pose du DIU sont les gynécologues (48%) et les sages femmes (44%). Nous avons seulement 8% de médecin généraliste (Figure 15). Ceci peut s'expliquer par le fait que pendant longtemps la contraception été considérée comme relevant de la compétence des gynécologues et non de celle des médecins généralistes. En France, moins de 10 % des DIU sont prescrits par des médecins généralistes. (4)

Néanmoins, depuis l'instauration d'un troisième cycle et de l'internat dans le cursus de médecine générale, les nouveaux médecins généralistes diplômés reçoivent une formation en gynécologie. Ce chiffre devrait donc augmenter dans les années à venir, d'autant plus que le nombre de gynécologues diminue. Ainsi, depuis 2009, les sages-femmes se sont vues élargir leur domaine de compétences. Depuis cette date, elles sont donc en droit de faire le suivi gynécologique de prévention. C'est ce qui peut expliquer pourquoi le nombre de sages-femmes posant des DIU augmentent depuis ces dernières années.

Nous pouvons voir que la part de sages femmes et de gynécologues est quasiment identique. Les nouvelles recommandations au sujet du DIU chez la nullipare datent de 2004. Elles font donc partie intégrante du cursus médical des nouveaux praticiens diplômés. Or la moyenne d'âge des gynécologues en France était de 60 ans au 1^{er} Janvier 2015 (9). Il s'agit donc d'une spécialité médicale plutôt âgée, ayant été formée avec l'idée que le DIU était contre indiqué chez les nullipares. Nous nous attendions donc à avoir une part plus basse de gynécologues dans nos réponses. En effet, ces derniers n'étaient pas formés à la pose de DIU chez la nullipare. Mais grâce à la formation continue, ils ont pu mettre à jour leur pratique et leurs connaissances et ainsi dépasser leurs réticences. Néanmoins, il est encore difficile pour certains praticiens de changer complètement leur pratique. Ils restent toujours réticents et refusent de poser des DIU chez les nullipares

Presque environ 2/3 des professionnels de notre étude ayant accepté de poser un DIU aux femmes interrogées ont un âge estimé entre 25 et 45 ans. Seuls 11,1 % avaient plus de 56 ans (Figure 18). Nous avons donc une majorité de jeunes praticiens dans notre étude.

Ceci est confirmé par notre étude puisqu'environ 2/3 des professionnels ayant accepté de poser un DIU aux femmes interrogées ont un âge estimé entre 25 et 45 ans. Seuls 11,1 % avaient plus de 56 ans (Figure 18). Nous avons donc une majorité de jeunes praticiens.

85 % des professionnels sont des femmes (Figure 17), ce qui peut s'expliquer par le fait qu'une femme préfère que son suivi gynécologique soit fait par une personne du même sexe. Par souci sûrement d'identification, le fait que ce soit plus rassurant et moins gênant. Ou tout simplement parce que c'est une profession qui se féminise au fil des années, de moins en moins d'hommes choisissant la spécialité gynécologie.

Environ $\frac{3}{4}$ des professionnels exercent en libéral, contre 19% en milieu hospitalier et 9% dans un centre de planification (Figure 16).

4.2.2.2. Difficultés à trouver un praticien

D'après le mémoire de Marion Petit (7), 42% des gynécologues libéraux de la région Rhône Alpes ayant répondu à son enquête disent ne jamais parler spontanément du DIU aux nullipares à part quand ces dernières abordent le sujet elles-mêmes. Et encore, 20% d'entre eux disent aux nullipares que le DIU au cuivre est contre indiqué chez les femmes n'ayant jamais eu d'enfants.

Néanmoins, nous avons pu voir à l'aide de notre enquête, que pour 52,3% des femmes, le point de vue du professionnel par rapport au DIU n'a pas influencé leur décision (Figure 12). Nous pouvons interpréter ce chiffre comme le fait que les femmes deviennent de plus en plus actrice en ce qui concerne leur contraception et que nous nous inscrivons aujourd'hui dans un modèle de décision médicale partagée entre le médecin et son patient. La décision est ainsi prise d'un commun accord au cours d'une discussion entre chaque partie. Nous pouvons donc voir que, quel que soit le point de vue du praticien vis-à-vis du DIU, celui-ci n'a pas fait changer d'avis la patiente sur son choix. Si cet avis était positif, cela a donc sûrement conforté la femme dans son choix. A l'inverse, si le praticien était plutôt réticent à la pose de DIU, cela n'a pas découragé la femme dans son premier choix. C'est peut-être ce qui peut expliquer pourquoi 39,2% des femmes interrogées ont été obligées de changer de praticien pour se faire poser leur DIU.

De plus, 15,2% des femmes ayant répondu à notre enquête disent avoir eu du mal à trouver un praticien acceptant de leur poser un DIU. Les principales raisons évoquées sont un refus du praticien, envoyant alors les femmes vers un autre collègue. Comme nous l'avons vu dans la partie précédente, ce refus est souvent dû à des réticences du professionnel à poser un DIU chez une nullipare. Ensuite nous retrouvons des difficultés pour trouver un professionnel en fonction du lieu de vie. En effet, certaines femmes habitent dans des petites villes où le nombre de praticien est limité. Il était alors compliqué pour elles de trouver un nouveau praticien car ceux déjà présents sur place ne prennent pas forcément de nouvelles patientes.

En France, nous constatons depuis de nombreuses années, qu'il y a des inégalités d'accès aux soins en fonction du lieu d'habitation. Bon nombre de régions souffrent de ce que l'on appelle « des déserts médicaux », zones en France où le nombre de professionnels médicaux est faible par rapport au nombre d'habitants. Cela peut donc expliquer pourquoi certaines femmes ont eu plus de difficultés que d'autres à changer de praticien.

Enfin la dernière raison évoquée par les femmes interrogées, concernant les difficultés à trouver un praticien qui accepte de leur poser leur DIU, était que le professionnel manquait de formation concernant le geste technique de pose et ne se sentait donc pas assez à l'aise pour pratiquer ce geste.

A travers cette partie, nous avons pu mettre en évidence qu'il demeure toujours des réticences en ce qui concerne la pose de DIU chez les nullipares. Néanmoins, ces réticences ne semblent pas décourager les femmes dans leur volonté de se le faire poser quitte à changer de praticien.

4.2.3. Vécu de la pose

4.2.3.1. Explications des modalités de pose

Nous avons pu voir que 78,5% des femmes interrogées avaient des appréhensions avant de se faire poser leur DIU. Ces appréhensions portaient essentiellement sur la crainte de douleurs lors de la pose et après cette dernière, jusqu'à la peur du malaise vagal.

Afin de diminuer ces craintes, nous avons supposé que le fait d'expliquer les modalités de la pose du DIU aux femmes pouvait permettre de diminuer le stress qu'elles pouvaient ressentir. Ainsi, nous avons pu voir qu'après avoir reçu ces explications, 38,3% des femmes ont été rassurées (Figure 19). Nous pouvons donc constater que le fait d'expliquer comment se déroule la pose permet de diminuer le stress de plus d'un tiers chez les femmes. Le professionnel joue alors un rôle primordial dans cette étape.

Néanmoins, 18,2% des femmes étaient toujours angoissées le jour de la pose de leur DIU même si elles avaient reçu les informations. Les explications ne font donc pas disparaître totalement les craintes et appréhensions des femmes. Nous devons donc être d'autant plus attentifs le jour de la pose afin de bien prendre en compte ces craintes et savoir qu'elles peuvent être toujours présentes malgré toutes les informations possibles données, quitte à expliquer une nouvelle fois les modalités de pose à la patiente.

Si la majorité des femmes ont reçu des informations sur la pose du DIU, encore 11,4% des femmes interrogées n'en n'avaient reçues aucune. Nous pouvons alors nous demander ce qui peut expliquer qu'encore une femme sur 10 ne bénéficie pas d'informations sur les modalités de pose du DIU. La principale explication que nous pourrions trouver est le manque de temps. En effet, depuis la mise en place de la T2A dans les hôpitaux en 2004, les professionnels sont soumis à une tarification à l'activité et à une obligation de rendement. Ils sont ainsi incités à voir plus de patients sur une journée. Les temps de consultation ont donc diminué afin d'accroître ce rendement. En moyenne, les consultations de gynécologie durent entre 15 et 20 minutes. Dans ce temps doit se trouver l'interrogatoire détaillé et précis de la patiente et un examen gynécologique et sénologique. Cela laisse donc peu de temps pour des explications plus précises concernant les modalités de pose du DIU.

Les professionnels libéraux ne sont pas soumis à la T2A mais cela reste une forme de tarification à l'activité car leurs revenus sont dépendants de leur activité. Parmi ces femmes n'ayant pas reçu d'informations concernant la pose du DIU, seulement 13,9% étaient angoissées le jour de la pose (Figure 21). Pourcentage assez similaire à celui des femmes ayant reçu des informations (18,2%).

Les explications concernant la pose du DIU semblent donc diminuer le stress des femmes sans pour autant le faire disparaître totalement. Néanmoins, le fait d'expliquer les modalités de pose du DIU n'améliore pas le vécu de cette dernière. Elles permettent seulement aux patientes d'arriver moins stressées le jour J et d'être dans de meilleures conditions.

4.2.3.2. Prescription d'un traitement

Nous avons vu qu'une de leur principale crainte concernait la douleur au moment et après la pose. Ainsi nous avons voulu voir si la prescription d'un traitement diminuait cette douleur et permettait d'améliorer le vécu de la pose pour ces femmes.

84,2% des femmes interrogées se sont vues prescrire un traitement avant et/ou après la pose de leur DIU. Nous retrouvons majoritairement la prescription d'AINS (37%), suivi de la prescription d'antispasmodiques types Spasfon® (21,7%), de Cytotec® (7,4%), d'homéopathie (17%) et d'Atarax® (0,5%) (Figure 20).

Or pour 36,5% des femmes, la pose a été douloureuse (Figure 21). Parmi ces femmes, 82,5% avaient pris un traitement avant la pose. D'après ces chiffres, nous pouvons alors nous demander si la prescription d'un traitement est réellement utile contre la douleur. Que ce soit pour le Cytotec®, le Spasfon®, l'homéopathie, les AINS, environ la moitié voire plus de la moitié des femmes ont trouvé que la pose était douloureuse. Pour ce qui est du Cytotec®, ce dernier est un médicament qui est utilisé hors AMM. En effet, il n'est pas recommandé de l'utiliser pour la pose de DIU. De plus, nous pouvons voir que le Cytotec® est le médicament pour lequel le vécu douloureux est le plus important. Ce qui semble paradoxal car le Cytotec® est censé dilater le col afin de faciliter la pose. La pose en elle-même devrait être moins douloureuse et plus facile pour le praticien. Par contre, les suites sont sûrement plus douloureuses car le Cytotec® est aussi connu pour donner des contractions. Ce qui peut alors expliquer que pour 68,8% des femmes ayant eu du Cytotec®, la pose ait été douloureuse. D'autant plus que l'effet secondaire post pose majoritairement rencontré par les femmes est l'apparition de contractions pour 72,2% d'entre elles. Ce traitement ne semble donc pas adapté pour faire diminuer les douleurs entraînées par la pose du DIU.

Le seul traitement semblant réellement efficace contre les douleurs est l'Atarax®, car aucune des 2 patientes n'a trouvé la pose douloureuse. Néanmoins, l'échantillon étant trop faible pour généraliser, nous ne pouvons que supposer l'effet anxiolytique de ce traitement pour la pose du DIU.

D'après toutes ces données, nous pouvons donc voir que la prescription d'un traitement ne semble pas franchement diminuer les douleurs déclenchées par la pose du DIU, que cela n'améliore pas le vécu de la pose pour les femmes.

78,5% des femmes craignaient que la pose soit douloureuse ce qui l'a été pour plus de la moitié (36,5%). La douleur n'est pas une idée préconçue mais bien une réalité qu'il faut savoir prendre en compte. Le praticien doit expliquer pour rassurer et peut être prescrire un anxiolytique pour les patientes les plus angoissées car il semble que ce soit l'Atarax® qui soit le plus efficace dans notre étude.

4.2.4. Satisfaction

Afin d'évaluer la satisfaction des nullipares ayant répondu à notre enquête, nous allons tout d'abord nous intéresser aux effets secondaires que les femmes ont pu rencontrer à distance de la pose de leur DIU.

Les principaux effets secondaires rencontrés pour le SIU étaient l'apparition de dysménorrhées (pour 15,4%), de spotting (pour 9,9%) et des effets liés à la prise d'hormones comme l'apparition d'acné, des douleurs mammaires, une augmentation de la pilosité, une baisse de libido, une variation de l'humeur et une prise de poids.

Pour le DIU au cuivre, les effets secondaires principalement rencontrés sont l'apparition de dysménorrhées (pour 17,3%), de ménorragies (pour 14,2%), de spotting (pour 12,4%) et enfin l'apparition d'un syndrome prémenstruel et l'augmentation des leucorrhées.

Pour chaque type de DIU, nous pouvons constater que ce sont l'apparition de dysménorrhées et de spotting qui sont le plus souvent rapportés par les femmes. La liste est plus longue pour le SIU, ceci pouvant s'expliquer par le fait que les hormones impliquent plus de modifications métaboliques. En effet, ce sont les

mêmes effets secondaires que nous pouvons retrouver pour les autres contraceptions hormonales.

Nous pouvons constater que tous les effets secondaires cités par les nullipares porteuses d'un DIU au cuivre ne sont pas réellement des effets secondaires. En effet, tous les effets qu'elles ont cités sont dus au fait qu'elles ont retrouvé leurs cycles naturels généralement plus anarchiques, plus longs et plus douloureux que lorsque les femmes prennent des hormones. Tous ces effets ne devraient donc pas être vus par les femmes comme des effets secondaires mais plutôt comme un retour à la normal. Nous constatons alors une mauvaise compréhension des femmes sur les effets du DIU au cuivre sur leur corps. Peut-être que si elles avaient mieux compris que ces effets-là étaient normaux, elles ne verraient pas cela comme des effets secondaires et les accepteraient mieux.

En effet, parmi les 7,3% de nullipares insatisfaites par leur DIU (note $\leq 5/10$), les raisons majoritairement évoquées par les femmes sont ce qu'elles appellent « la perturbation de leurs cycles » (pour 43,5%) et la persistance de douleurs (pour 17,4%). Perturbation de cycles qui signifie retour du cycle naturel. C'est ce qui peut nous faire penser que les femmes n'étaient pas assez informées de cet effet là ou qu'elles n'ont pas bien compris ce que cela signifiait de retrouver son cycle naturel.

De plus, il est important de noter que parmi les 316 nullipares ayant répondu à notre enquête, 3 d'entre elles sont non satisfaites à cause de la survenue d'une grossesse non désirée. Nous retrouvons un risque de 0,95 grossesses pour 100 femmes. Or, les indices de Pearl pour le DIU au cuivre et aux hormones étaient de 0,6 et de 0,2 respectivement. Nous trouvons un taux plus élevé dans notre enquête. Ce taux est difficilement explicable et nous ne pouvons que faire des suppositions. La plus probable est que la surveillance annuelle de leur DIU n'était sûrement pas faite, le DIU se serait alors déplacé et son efficacité non maximale.

Malgré tous ces effets secondaires rencontrés, 84 % des nullipares, à l'heure actuelle, se disent satisfaites de leur DIU et souhaitent le garder comme moyen de contraception (Figure 24). Seules 4% souhaitent le faire retirer le plus vite possible. Etant donné que plus de la moitié des femmes, soit 59,5%, ayant

répondu à notre enquête portent leur DIU depuis plusieurs années (Figure 22), elles ont donc un recul assez large par rapport à cette méthode de contraception.

CONCLUSION

Dans un premier temps, nous avons voulu comprendre quelles étaient les motivations des femmes à choisir le DIU comme mode de contraception. A travers ce travail, nous avons pu voir que de plus en plus de femmes nullipares se tournaient vers le DIU. Une des raisons principales les poussant à se tourner vers ce moyen de contraception est une mauvaise expérience vis-à-vis de leur contraception antérieure.

En effet, bon nombre de femmes interrogées ont déjà eu recours au cours de leur vie à la contraception d'urgence ou à l'IVG. Nous nous sommes rendus compte que cela pouvait être expliqué par le fait que la contraception des femmes n'était pas forcément adaptée à leur mode de vie. Les contraintes horaires de prise de pilule, la rigueur d'utilisation du préservatif sont des contraintes que les femmes ne veulent plus avoir à vivre. Le problème d'observance est donc le principal motif poussant les femmes à choisir le DIU. Le fait que ce dispositif soit mis en place pour plusieurs années, les femmes n'ont plus à se soucier de leur contraception.

Ensuite, nous retrouvons des motivations différentes pour chaque type de DIU. En effet, pour le DIU au cuivre, la volonté d'une contraception sans hormones est la principale motivation des femmes les poussant à se tourner vers ce modèle suite aux nombreuses controverses de ces dernières années au sujet des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération. Pour le SIU, les principales motivations sont une volonté de réguler les cycles menstruels, c'est-à-dire diminuer le flux et les douleurs. Les femmes ne veulent donc plus avoir à penser quotidiennement à leur contraception et cherchent aussi un certain confort de vie.

Dans un second temps, nous avons voulu faire un état des lieux sur l'accessibilité des nullipares face à la pose de DIU. La grande majorité des femmes interrogées n'ont pas rencontré de difficultés pour trouver un praticien qui accepte de leur poser leur DIU. Seules 15,2% des nullipares disent avoir eu du mal à trouver un professionnel. La principale raison donnée était un refus de pose de DIU chez les nullipares. Malgré les nouvelles recommandations, certains praticiens ne parviennent pas à passer au-dessus de leurs idées reçues. Le problème des déserts médicaux rend aussi difficile l'accès à un professionnel posant les DIU

chez les nullipares. Malgré quelques réticences persistantes, 45% des nullipares interrogées, disent avoir reçu les informations sur le DIU de la part de leur professionnel de santé, que ce soit un médecin généraliste, un gynécologue ou une sage-femme. Pour une femme sur deux nous pouvons constater que l'information vient d'autres sources comme l'entourage, les recherches personnelles ou encore des interventions des Centres de Planification. Les informations sont encore peu évoquées de manière spontanée par le professionnel, mais plutôt quand les questions viennent des patientes elles-mêmes.

Nous avons pu aussi constater que pour la majorité des femmes interrogées, l'avis du professionnel n'a pas influencé leur choix. Ces dernières étaient donc convaincues de leur choix et étaient même prêtes à changer de praticien pour se faire poser leur DIU.

Nous nous sommes ensuite intéressés au vécu de la pose du DIU chez ces femmes. Nous avons constaté que pour la majorité d'entre elles, soit 36,5 %, la pose a été douloureuse. Nous pensions que la prescription d'un traitement antalgique allait permettre de diminuer ces douleurs. Or, à travers notre étude, nous avons pu constater que les traitements antalgiques n'avaient pas prouvé leur efficacité. Le seul traitement qui semblerait efficace, est un traitement anxiolytique, l'Atarax®. Ce traitement agirait donc sur les angoisses et le ressenti des femmes par rapport à la pose. Ce qui permet de diminuer aussi ces angoisses, ce sont les explications de modalité de pose du DIU. En effet, nous avons pu voir que grâce aux explications, les femmes se sont senties plus rassurées. Ainsi, le professionnel joue un rôle important. Il peut, par des explications et en prescrivant un anxiolytique avant la pose, permettre de diminuer le stress des femmes le jour de la pose. Malgré tout, la douleur lors de la pose ne semble donc pas être une idée préconçue mais bien une réalité que nous devons prendre en compte.

Enfin, malgré la présence d'effets secondaires, la grande majorité des femmes interrogées, 84%, se disent satisfaites de leur DIU et souhaitent le garder comme moyen de contraception. Le DIU semble donc bien adapté aux nullipares, tant dans sa tolérance que dans son indication.

Ce moyen de contraception devrait augmenter dans les années à venir grâce à une meilleure formation des professionnels et une meilleure information des patientes. Son efficacité et sa tolérance devraient progressivement convaincre les derniers réticents.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ministère des Solidarités et de la Santé. DIU – Dispositif Intra Utérin (Stérilet) [En ligne]. [Cité le 08 Mars 2018]
Disponible : <http://www.choisirsacontraception.fr/moyens-de-contraception/le-sterilet-diu.htm>
2. HAS. Document de synthèse : Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. 2013.
3. ANAES. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. 2004.
4. HAS. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. 2013
5. Étude de 2010 l'étude FECOND, réalisée par l'INSERM et l'INED
« La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? »
Bajos N., Bohet A., Le Guen M., Moreau C. et l'équipe de l'enquête FECOND
6. Galli S. DIU chez les nullipares, enquête qualitative : projet, pose et vécu. [Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de docteur en médecine]. Nice, France : Université de Nice Sophia Antipolis ; 2017.

7. Petit M. Dispositif intra-utérin et nulliparité : Représentation et évaluation des pratiques chez les gynécologues libéraux de la région Rhône-Alpes. [Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme]. Bourg-en-Bresse : Université Claude Bernard LYON 1 ; 2014.

8. Faucheux J. La Tolérance des différentes contraceptions intra-utérines chez les nullipares : Étude autour de 369 cas. [Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme]. Rennes, France ; 2017, page 35.

9. Le Figaro. Quel âge ont les médecins dans votre département ? [En ligne]. 2016 [cité le 08 Mars 2018]
Disponible : <http://www.lefigaro.fr/economie/le-scan-eco/dessous-chiffres/2016/02/15/29006-20160215ARTFIG00016-quel-age-ont-les-medecins-dans-votre-departement.php>

10. JIM Actualités Métier. Contraception : la fin du tout pilule se confirme. [En ligne]. 2017 [Cité le 08 Mars 2018]
Disponible : https://www.jim.fr/mon_compte/abonnements_premium.phtml

- 11.11. Europe 1 le Jdd. La pilule, un contraceptif très français. [En ligne]. 2017 [Cité le 08 Mars 2018]
Disponible : <http://www.lejdd.fr/Societe/Sante/Actualite/La-pilule-un-contraceptif-tres-francais-588712>

12. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Les femmes utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ?, Baromètre Santé 2010

13. Le Parisien. 28,5 ans, l'âge moyen du premier enfant pour une femme en France. [En ligne]. 2017. [Cité le 08 Mars 2018]
Disponible : <http://www.leparisien.fr/laparisienne/societe/interactif-28-5-ans-l-age-moyen-du-premier-enfant-pour-une-femme-en-france-27-03-2017-6800712.php>

14. INPES. Santé Publique France. Une campagne pour rappeler qu'en cas d'oublis réguliers de prise de pilule, une autre contraception peut être envisagée. 2011

15. Statista. Avez-vous déjà entendu parler de la contraception d'urgence ? [En ligne] 2018. [Cité le 08 Mars 2018]
Disponible : <https://fr.statista.com/statistiques/504232/connaissance-francaises-contraception-d-urgence/>

ANNEXES

Annexe 1 : Le questionnaire

Nulliparité et dispositif intra utérin : Motivations et expériences des nullipares

Mon étude a pour objectif principal de mieux comprendre les motivations, l'expérience et le vécu de la pose d'un DIU (=dispositif intra utérin = stérilet) chez des nullipares (=femmes n'ayant jamais eu d'enfant). L'objectif secondaire est de savoir si les patientes ont rencontré des difficultés pour avoir accès à ce type de contraception.

Ce questionnaire concerne les femmes de plus de 18 ans, n'ayant jamais eu d'enfants, vivant en France Métropolitaine ou dans les DOM TOM portant un DIU aux hormones ou au cuivre.

I. Patiente

1/ Quel âge avez-vous ?

2/ Niveau d'études

- * Collège (6^{ème} – 3^{ème}) – CAP BEP
- * Lycée (Général + technique ; 2^{nde}-Terminale)
- * Enseignement supérieur (>bac)

3/ Profession exercée actuellement

- * Oui
- * Non

4/ Si oui,

- * Artisan, commerçant et chef d'entreprise
- * Cadre et profession intellectuelle supérieure
- * Profession libérale et assimilés
- * Profession intermédiaire de la santé

- * Profession intermédiaire de l'enseignement, de la fonction publique et assimilés
- * Profession intermédiaire administrative et commerciale des entreprises
- * Employé de la fonction publique, administratif d'entreprise, de commerce
- * Ouvrier
- * Aucune

5/ Si non,

- * En recherche d'emploi
- * Etudiant en cours de formation
- * En année de césure, voyages, reconversion, réflexion
- * Non concernée

II. Ancienne contraception et motivations pour le choix du DIU

6/ Avant de choisir le DIU, qu'avez-vous expérimenté comme moyen de contraception ? (une ou plusieurs réponses possibles) :

- * Aucune
- * Pilule contraceptive
- * Anneau vaginal
- * Patch
- * Implant
- * Méthodes barrières (Préservatifs, Cape, Diaphragme, Spermicides)
- * Méthodes naturelles (Retrait, Courbe de température, etc)
- * Autre

7/ Si « Autre », précisez (sinon répondez « non concernée »)

8/ Avez-vous déjà eu des échecs de contraception ? (de type : rupture de préservatif, oubli de pilule entraînant un risque de grossesse, etc)

- * Oui
- * Non

9/ Si cela vous est déjà arrivé, qu'avez-vous fait ?

- * Rien
- * Contraception d'urgence

* IVG

* Cela ne me concerne pas

10/ Si vous avez coché « Contraception d'urgence » ou « IVG », précisez le nombre (sinon répondez « non concernée »)

11/ Pourquoi avez-vous choisi de passer au DIU ?

12/ Qu'est ce qui ne vous convenait pas avec la ou les contraception(s) antérieure(s) ? (une ou plusieurs réponses possibles)

* Effets secondaires : prise de poids, acné, migraines et maux de tête, nausées, vomissements, douleurs abdominales, douleurs aux seins, augmentation de la tension artérielle, baisse de la libido, baisse de moral, saignements irréguliers en cours de plaquette, règles plus ou moins abondantes ; absence totale de règles

* Contre-indication médicale (par exemple : cholestérol et/ou triglycérides élevés, tension élevée ou basse, ovaires poly kystiques, prédisposition à l'acné, troubles hormonaux, tabac, surpoids, etc)

* Oublis fréquents

* Allergie (exemple : latex)

* Problèmes d'utilisation (rupture de préservatif, mauvaise compréhension de l'utilisation)

* Problèmes financiers (le coût)

* Refus du partenaire pour ce type de contraception

* Autre

13/ Si « Autres », précisez (sinon répondez « non concernée »)

14/ Quel type de DIU avez-vous ?

* Cuivre

* Hormones

15/ Pour quelle(s) raison(s) avez-vous choisi le stérilet au cuivre ou celui aux hormones ?

III. La consultation

16/ Lors de votre consultation, êtes-vous venues avec l'idée précise d'avoir un DIU ?

- * Oui
- * Non

17/ Si non, êtes-vous venues à la consultation en voulant des informations sur les différents moyens de contraception ?

- * Oui
- * Non

18/ Avez-vous reçu des informations sur les différents types de DIU ?

- * Oui
- * Non

19/ Si oui, par qui ? (une ou plusieurs réponses possibles)

- * Médecin Généraliste, Gynécologue, Sage-Femme
- * Entourage
- * Intervention CPEF (=Planning Familial) au collège, lycée
- * Recherches personnelles (internet, lectures, etc)
- * Autres : émissions télévision, campagnes d'informations, etc
- * Je n'ai pas reçu d'informations
- * Autre

20/ Si « Autre », précisez (sinon répondez « non concernée »)

21/ Quelles idées aviez-vous sur le DIU avant de rencontrer un professionnel ? (une ou plusieurs réponses possibles)

- * Possibilité de perdre le DIU sans s'en rendre compte
- * Peur que le partenaire le sente
- * Interdit pour les femmes n'ayant jamais eu d'enfants
- * Risques d'infections
- * Risques de stérilité
- * Risques de perforation utérine
- * Grossesse extra utérine
- * Douleurs lors de la pose du stérilet

- * Douleurs abdominales sur le long terme
- * Autre

22/ Si « Autre », précisez (sinon répondez « non concernée »)

23/ Quel a été le poids du professionnel dans la prise de votre décision concernant le DIU ?

- * Faible poids
- * Non influant
- * Poids important

24/ Si vous avez un partenaire fixe, avez-vous discuté avec lui de ce choix pour le DIU ?

- * Oui
- * Non
- * Non concernée

25/ Quel a été le délai de réflexion avant que vous vous fassiez poser le DIU ? (entre l'idée d'avoir un DIU et le moment de la pose)

- * Quelques jours
- * Quelques semaines
- * Quelques mois
- * Quelques années

26/ A quel âge avez-vous eu votre premier DIU ?

IV. Le praticien

27/ Avez-vous eu des difficultés à trouver un praticien qui accepte de vous poser le DIU ?

- * Oui
- * Non

28/ Si oui, pourquoi ? (Si non, répondez « non concernée »)

29/ Le praticien qui vous a posé le DIU est-il votre praticien habituel ?

- * Oui
- * Non

30/ Vers quel type de professionnel vous êtes-vous tournées ?

- * Médecin Généraliste
- * Sage-Femme
- * Gynécologue

31/ Quel est son type d'exercice ?

- * Libéral
- * Hospitalier
- * Planning Familial

32/ Sexe du professionnel

- * Homme
- * Femme

33/ Age approximatif du professionnel

- * 25-35 ans
- * 36-45 ans
- * 46-55 ans
- * 56 ans et +

V. Pose et suites de la pose

34/ Aviez-vous des appréhensions/craintes avant la pose du DIU ?

- * Oui
- * Non

35/ Si oui, lesquelles (Si non, répondez « non concernée »)

36/ Votre praticien vous avait-il expliqué comment se déroulait la pose d'un DIU ?

- * Oui
- * Non

37/ Si votre praticien vous a expliqué les modalités de pose au préalable, comment vous sentiez-vous après ces explications ?

- * Rassurée
- * Plus stressée qu'avant
- * Pas plus stressée qu'avant

- * Non concernée
- * Autre

38/ Si « Autre », précisez (Sinon répondez « non concernée »)

39/ Votre praticien vous a-t-il prescrit des traitements à prendre avant et après la pose du DIU ?

- * Oui
- * Non

40/ Si oui, lesquels ? (une ou plusieurs réponses possibles)

- * Non concernée
- * Homéopathie
- * Anti inflammatoires non stéroïdiens
- * Je ne m'en souviens plus
- * Autre

41/ Si « Autre », précisez (sinon répondez « non concernée »)

42/ Comment avez-vous vécu la pose de votre DIU ? (une ou plusieurs réponses possibles)

- * Détendue
- * Crispée
- * Angoissée
- * Douloureux
- * Non Douloureux
- * Autre

43/ Si « Autre », précisez (sinon répondez « non concernée »)

44/ Dans les jours qui ont suivi la pose, avez-vous eu des effets secondaires ?

- * Oui
- * Non

45/ Si oui, lesquels (si non, répondez « non concernée »)

VI. A ce jour

46/ Depuis combien de temps avez-vous votre DIU ?

- * Quelques jours
- * Quelques semaines
- * Quelques mois
- * Quelques années

47/ Avez-vous eu des effets secondaires à distance de la pose ? (à partir de 3 mois après la pose)

- * Oui
- * Non

48/ Si oui, lesquels ? (si non, répondez « non concernée »)

49/ Sur une échelle de 0 à 10, à quel point êtes-vous satisfaites de votre DIU ? (0 = Pas du tout satisfaite ; 10 = Très satisfaite)

50/ Si vous n'êtes pas satisfaite de votre DIU (moins de 5 à la réponse précédente), quelles en sont les raisons ? (Si vous êtes satisfaites, écrivez « non concernée »)

51/ Pour l'avenir, j'envisage de :

- * Le faire retirer immédiatement
- * Le retirer lorsque j'aurai un désir de grossesse
- * Le garder jusqu'à la date de validité (3 ou 5 ans selon modèle)
- * Le conserver comme moyen de contraception jusqu'à la ménopause
- * Je verrai dans le temps
- * Autre

52/ Si « Autre », précisez (sinon répondez « non concernée »)

RESUME

Depuis 2004 l'HAS préconise le DIU comme méthode contraceptive de première intention que ce soit chez les multipares ou les nullipares. Hors en France la pilule reste la méthode contraceptive réversible la plus utilisée : 55,5% chez les patientes de 15 à 49ans en 2010. Cela peut s'expliquer par le fait que les mentalités ont encore du mal à évoluer concernant la pose de DIU chez les nullipares. En effet celui-ci était contre indiqué pour ces dernières il y a encore quelques années. Néanmoins, nous avons pu constater que les demandes de DIU de la part des nullipares augmentaient au cours des dernières années. Ce mémoire a pour but de déterminer quelles sont les motivations et expériences qui ont poussé les nullipares à choisir le DIU comme moyen de contraception.

Il en ressort que les nombreux problèmes d'observance et une volonté d'une contraception la plus naturelle possible sont les principales motivations des nullipares à se tourner vers le DIU. Une faible partie d'entre elles ont eu des difficultés à trouver un praticien acceptant de leur poser un DIU. La principale raison évoquée est un refus de la part du praticien. Concernant le vécu des nullipares face à la pose de leur DIU, cette pose reste douloureuse pour la majorité d'entre elles, même avec la prescription d'un traitement.

TITRE

Nulliparité et Dispositif intra utérin : Motivations et expériences des nullipares.
Etude de 316 cas.

MOTS-CLES :

Nulliparité, Dispositif intra utérin, Gynécologie, Contraception.

ADRESSE DE L'AUTEUR

Pauline EXBRAYAT
188 chemin de l'oie
38200 Villette de Vienne