



<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>

**UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON 1**

**FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE  
LYON-SUD CHARLES MERIEUX**

Année 2017

N° 15

**COMMENT FAVORISER UN VECU POSITIF DE LA  
POSE DU DISPOSITIF INTRA-UTERIN EN CABINET DE  
MEDECINE GENERALE ?**

Etude qualitative auprès de quinze patientes

**THESE**

Présentée à l'Université Claude Bernard -Lyon 1

et soutenue publiquement le **12 janvier 2017**

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Blandine BESNARD épouse COTTAZ

Née le 14 août 1987

A MEAUX (77)

# UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

---

2016-2017

. Président de l'Université	Frédéric FLEURY
. Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	Pierre COCHAT
. Directeur Général des Services	Dominique MARCHAND

## **SECTEUR SANTE**

UFR DE MEDECINE LYON EST	Doyen : Gilles RODE
UFR DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD - CHARLES MERIEUX	Doyen : Carole BURILLON
INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES (ISPB)	Directeur : Christine VINCIGUERRA
UFR D'ODONTOLOGIE	Doyen : Denis BOURGEOIS
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION (ISTR)	Directeur : Xavier Perrot
DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE	Directeur : Anne-Marie SCHOTT

## **SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE**

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES	Directeur : Fabien DE MARCHI
UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)	Directeur : Yannick VANPOULLE
POLYTECH LYON	Directeur : Emmanuel PERRIN
I.U.T. LYON 1	Directeur : Christophe VITON
INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES ET ASSURANCES (ISFA)	Directeur : Nicolas LEBOISNE
OBSERVATOIRE DE LYON	Directeur : Isabelle DANIEL
ECOLE SUPERIEUR DU PROFESSORAT ET DE L'EDUCATION (ESPE)	Directeur Alain MOUGNIOTTE

## U.F.R. FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD-CHARLES MERIEUX

### PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle)

BERGERET Alain	Médecine et Santé du Travail
BROUSSOLLE Emmanuel	Neurologie
BURILLON-LEYNAUD Carole	Ophthalmologie
CHIDIAC Christian	Maladies infectieuses ; Tropicales
COIFFIER Bertrand	Hématologie ; Transfusion
DUBREUIL Christian	O.R.L.
FLOURIE Bernard	Gastroentérologie ; Hépatologie
FOUQUE Denis	Néphrologie
GILLY François-Noël	Chirurgie générale
GOLFIER François	Gynécologie Obstétrique ; gynécologie médicale
GUEUGNIAUD Pierre-Yves	Anesthésiologie et Réanimation urgence
LAVILLE Martine	Nutrition
LAVILLE Maurice	Thérapeutique
MALICIER Daniel	Médecine Légale et Droit de la santé
MATILLON Yves	Epidémiologie, Economie Santé et Prévention
MORNEX Françoise	Cancérologie ; Radiothérapie
MOURIQUAND Pierre	Chirurgie infantile
NICOLAS Jean-François	Immunologie
PEIX Jean-Louis	Chirurgie Générale
SALLES Gilles	Hématologie ; Transfusion
SAMARUT Jacques	Biochimie et Biologie moléculaire
SIMON Chantal	Nutrition
THIVOLET Charles	Endocrinologie et Maladies métaboliques
VALETTE Pierre Jean	Radiologie et imagerie médicale
VIGHETTO Alain	Neurologie

### PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

ADHAM Mustapha	Chirurgie Digestive
ANDRE Patrice	Bactériologie – Virologie
BERARD Frédéric	Immunologie
BONNEFOY Marc	Médecine Interne, option Gériatrie
BONNEFOY- CUDRAZ Eric	Cardiologie
BROUSSOLLE Christiane	Médecine interne ; Gériatrie et biologie vieillissement
CAILLOT Jean Louis	Chirurgie générale
CERUSE Philippe	O.R. L
DES PORTES DE LA FOSSE Vincent	Pédiatrie
ECOCHARD René	Bio-statistiques
FESSY Michel-Henri	Anatomie
FLANDROIS Jean-Pierre	Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière
FRANCK Nicolas	Psychiatrie Adultes
FREYER Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
GEORGIEFF Nicolas	Pédopsychiatrie
GIAMMARILE Francesco	Biophysique et Médecine nucléaire
GLEHEN Olivier	Chirurgie Générale
JOUANNEAU Emmanuel	Neurochirurgie
KIRKORIAN Gilbert	Cardiologie

LANTELME Pierre	Cardiologie
LEBECQUE Serge	Biologie Cellulaire
LINA Gérard	Bactériologie
LLORCA Guy	Thérapeutique
LONG Anne	Chirurgie vasculaire
LUAUTE Jacques	Médecine physique et Réadaptation
MAGAUD Jean-Pierre	Hématologie ; Transfusion
PEYRON François	Parasitologie et Mycologie
PICAUD Jean-Charles	Pédiatrie
PIRIOU Vincent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
POUTEIL-NOBLE Claire	Néphrologie
PRACROS J. Pierre	Radiologie et Imagerie médicale
RODRIGUEZ-LAFRASSE Claire	Biochimie et Biologie moléculaire
SAURIN Jean-Christophe	Hépatogastroentérologie
TEBIB Jacques	Rhumatologie
THOMAS Luc	Dermato -Vénérologie
TRILLET-LENOIR Véronique	Cancérologie ; Radiothérapie

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)**

BARREY Cédric	Neurochirurgie
BOHE Julien	Réanimation urgence
BOULETREAU Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CHAPET Olivier	Cancérologie, radiothérapie
CHOTEL Franck	Chirurgie Infantile
COTTE Eddy	Chirurgie générale
DAVID Jean Stéphane	Anesthésiologie et Réanimation urgence
DEVOUASSOUX Gilles	Pneumologie
DISSE Emmanuel	Endocrinologie diabète et maladies métaboliques
DORET Muriel	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
DUPUIS Olivier	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
FARHAT Fadi	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FEUGIER Patrick	Chirurgie Vasculaire
FRANCO Patricia	Physiologie
GHESQUIERES Hervé	Hématologie
KASSAI KOUPAI Berhouz	Pharmacologie Fondamentale, Clinique
LASSET Christine	Epidémiologie., éco. santé
LEGER FALANDRY Claire	Médecine interne, gériatrie
LIFANTE Jean-Christophe	Chirurgie Générale
LUSTIG Sébastien	Chirurgie. Orthopédique,
MOJALLAL Alain-Ali	Chirurgie. Plastique.,
NANCEY Stéphane	Gastro Entérologie
PAPAREL Philippe	Urologie
PIALAT Jean-Baptiste	Radiologie et Imagerie médicale
POULET Emmanuel	Psychiatrie Adultes
REIX Philippe	Pédiatrie
RIOUFFOL Gilles	Cardiologie
SALLE Bruno	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
SANLAVILLE Damien	Génétique
SERVIEN Elvire	Chirurgie Orthopédique

SEVE Pascal	Médecine Interne, Gériatrique
TAZAROURTE Karim	Thérapeutique
THAI-VAN Hung	Physiologie
THOBOIS Stéphane	Neurologie
TRAVERSE-GLEHEN Alexandra	Anatomie et cytologie pathologiques
TRINGALI Stéphane	O.R.L.
TRONC François	Chirurgie thoracique et cardio.
WALLON Martine	Parasitologie mycologie
WALTER Thomas	Gastroentérologie - Hépatologie

### **PROFESSEURS ASSOCIES**

FILBET Marilène	Thérapeutique
LESURTEL Mickaël	Chirurgie générale
SOUQUET Pierre-Jean	Pneumologie

### **PROFESSEUR DES UNIVERSITES - MEDECINE GENERALE**

DUBOIS Jean-Pierre

### **PROFESSEURS ASSOCIES - MEDECINE GENERALE**

DUPRAZ Christian  
ERPELDINGER Sylvie

### **PROFESSEURS ASSOCIES SCIENCES ET TECHNOLOGIES - MEDECINE GENERALE**

BONIN Olivier

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors Classe)**

ARDAIL Dominique	Biochimie et Biologie moléculaire
BOUVAGNET Patrice	Génétique
CHARRIE Anne	Biophysique et Médecine nucléaire
DELAUNAY-HOUZARD Claire	Biophysique et Médecine nucléaire
LORNAGE-SANTAMARIA Jacqueline	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
MASSIGNON Denis	Hématologie – Transfusion
RABODONIRINA Méja	Parasitologie et Mycologie
VAN GANSE Eric	Pharmacologie Fondamentale, Clinique
VIART-FERBER Chantal	Physiologie

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)**

BELOT Alexandre	Pédiatrie
BREVET Marie	Anatomie et Cytologie pathologiques
CALLET-BAUCHU Evelyne	Hématologie ; Transfusion
COURAUD Sébastien	Pneumologie
DECAUSSIN-PETRUCCI Myriam	Anatomie et cytologie pathologiques

DIJOURD Frédérique  
DUMITRESCU BORNE Oana  
GISCARD D'ESTAING Sandrine  
MILLAT Gilles  
PERROT Xavier  
PONCET Delphine  
RASIGADE Jean-Philippe

Anatomie et Cytologie pathologiques  
Bactériologie Virologie  
Biologie et Médecine du développement et de la reproduction  
Biochimie et Biologie moléculaire  
Physiologie  
Biochimie, Biologie moléculaire  
Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière

#### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)**

BRUNEL SCHOLTES Caroline  
COURY LUCAS Fabienne  
DESESTRET Virginie  
FRIGGERI Arnaud  
LEGA Jean-Christophe  
LOPEZ Jonathan  
MAUDUIT Claire  
MEWTON Nathan  
NOSBAUM Audrey  
VUILLEROT Carole

Bactériologie virologie ; Hyg.hosp.  
Rhumatologie  
Cytologie – Histologie  
Anesthésiologie  
Thérapeutique  
Biochimie Biologie Moléculaire  
Cytologie – Histologie  
Cardiologie  
Immunologie  
Médecine Physique Réadaptation

#### **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MEDECINE GENERALE**

CHANELIERE Marc  
PERDRIX Corinne

#### **PROFESSEURS EMERITES**

*Les Professeurs émérites peuvent participer à des jurys de thèse ou d'habilitation.  
Ils ne peuvent pas être président du jury.*

ANNAT Guy  
BELLON Gabriel  
BERLAND Michel  
CARRET Jean-Paul  
DALERY Jean  
FABRY Jacques  
MOYEN Bernard  
PACHECO Yves  
PERRIN Paul

Physiologie  
Pédiatrie  
Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale  
Anatomie - Chirurgie orthopédique  
Psychiatrie Adultes  
Epidémiologie  
Chirurgie Orthopédique  
Pneumologie  
Urologie

## Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

## **COMPOSITION DU JURY**

### **Président :**

Madame le Professeur Marie FLORI

*Médecine générale*

### **Membres :**

Monsieur le Professeur Cyril HUISSOUD

*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*

Madame le Professeur Emérite Liliane DALIGAND

*Médecine légale et droit de la santé*

Madame le Docteur Sonia PEYROT

*Médecine générale*

## **REMERCIEMENTS**

### **Aux membres du jury :**

#### **Au président de jury, le Professeur Marie FLORI,**

Vous nous faites l'honneur de présider cette thèse, je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail. Merci pour vos précieux conseils, votre encouragement depuis votre présence dans mon jury de mémoire à cette soutenance de thèse.

Recevez ici l'expression de mon profond respect.

#### **Au Professeur Cyril HUISSOUD,**

Merci d'avoir accepté de juger ce travail sans hésitation. Votre expérience en tant que gynécologue est une force pour cette soutenance. Soyez assuré de ma reconnaissance.

#### **Au Professeur Liliane DALIGAND,**

Je vous remercie d'avoir accepté avec enthousiasme de juger ce travail.

Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance.

#### **A Sonia,**

Je te remercie vivement d'avoir accepté de diriger cette thèse. Je te remercie pour tes conseils, ton soutien et la confiance que tu m'as accordée. Merci de m'avoir accueillie dans ton cabinet et de m'avoir apporté ta vision sur la prise en charge de la contraception et de la femme. Sois assurée de mon amitié et de ma profonde reconnaissance.

### **Aux six médecins et aux quinze patientes qui ont accepté de participer à cette thèse.**

## A ma famille :

**A mes parents**, vous m'avez permis de réussir ces longues études dans des conditions idéales. Merci de m'avoir toujours soutenue lors des difficiles années de concours ainsi que lors de mes différents choix. Merci de m'avoir aidée à déjouer les statistiques de pré-rentree en médecine : je me souviens encore de ma première réunion en amphi juste après le bac peu encourageante : « *sans mention vous ne réussirez pas la P1 !* », et bien si !  
Merci pour toutes vos grandes et petites attentions. Merci de m'avoir fait confiance et d'avoir cru en mon travail.

**A Vincent**, nous avons vécu ces dix années d'études en même temps, d'un côté à Paris, d'un autre à Lyon. Tu as été une force pour moi. Tu as toujours su trouver les mots pour me rassurer dans les (nombreux) moments de remise en question.  
Aujourd'hui une page se tourne, nous en avons déjà commencé une autre ce 22 août 2015...  
En espérant vivre encore de nombreux moments de bonheurs à tes côtés.

**A ma sœur Lucie, mon frère Cyprien**, merci pour votre patience et votre compréhension lors de mes longues journées de révisions.  
A nos années de collocation à Paris, merci d'avoir été là.  
En espérant Cyprien te revoir bientôt parmi nous, l'Australie c'est trop loin !  
Lucie, merci d'avoir agrandi la famille avec **Antoine** puis avec **Emile et Marcel, mes neveux**, continuez à me faire rire !

A mes **grands-parents, oncles, tantes, parrain et marraine** pour vos attentions.  
Merci à **Clotilde et Eric**, les autres représentants Besnard à Lyon, pour tous ces repas partagés, une pensée pour la raclette perdue !

**A ma belle-famille, Guy, Jacqueline, Laurent, Chloé, Pierre et Jeanne** merci de m'avoir si bien accueillie dans votre région. L'internat a été plus facile entourée de vous tous.

Un merci supplémentaire à **Jeanne**, pour tes judicieux conseils de mise en page !

Merci aux autres membres des **familles Cottaz et Gonin** pour leur gentillesse à mon égard.

**A Marie-Hélène**, merci de m'avoir fait confiance lors de mes premiers remplacements et d'avoir su être disponible.  
J'ai apprécié travailler avec toi et avec **Frédérique**.  
Merci à toutes les deux de m'accueillir à la Chapelle pour notre future collaboration !

### **A mes amis :**

A mes amies de Lycée, **Jeanne et Mélanie**, il aura fallu un peu plus de temps pour moi mais ça y est nous sommes toutes les trois docteurs : véto, pharma et médecine !  
Le Cher, l'Aine et le Rhône, ça n'est pas à côté mais nous savons toujours être présentes pour les moments importants de chacune.

**A mes amis Parisiens**, la plupart depuis la P1.

A ces années d'externat à la Pitié-Saint Antoine.

Nous avons tous pris des chemins différents, Angers, Montpellier, Nancy, Paris et Lyon, mais j'apprécie toujours autant vous retrouver.

En souvenir du WEI de P2 aux semaines de ski, des journées BU aux conf', des nombreux déjeuners à la Pitié ou au Crous à toutes ces soirées magiques et j'en passe ! merci !

**A Léa et Aurore**, la blonde, la brune, mes sous colleuses, mes témoins. Merci pour cette amitié et pour tous ces moments de complicité. Vous me manquez à Lyon.

**A Florian**, en souvenir des mousquetaires, des stars de l'assurance maladie et de nos six stages passés ensemble. Merci pour ton soutien mais aussi pour tous nos fous rires!

L'externat aurait été bien triste sans vous trois, sans vous tous les parisiens !

**Aux groupes des « vrais Lyonnais » et « déficients Lyonnais »** pour m'avoir si bien accueillie à mon arrivée à Lyon.

Mon changement de ville lors de l'internat m'a permis de multiplier les amitiés.

Nos soirées crêpes, tartiflettes, quai St Antoine ainsi que les semaines de « Marc à la neige » sont garanties pleines de surprises et de bonne humeur, merci!

**A Marine**, j'ai trouvé en toi une co-nageuse mais surtout une amie.

Notre travail de thèse s'est fait en parallèle, merci pour ces échanges qui m'ont fait avancer : des premières réflexions jusqu'à l'organisation du pot !

### Aux médecins qui ont contribué à ma formation :

Aux **médecins** croisés lors de mes stages d'externat à Paris.

Aux **médecins, co-internes** (en particulier à **Julie, Anaïs et Touria**) et **équipes hospitalières** qui m'ont entourée lors de mes stages d'internat à Lyon Sud et Bourgoin-Jallieu.

### Aux médecins qui ont conforté mon choix pour la médecine générale libérale :

A mon tuteur, le Docteur **Vincent Rebeillé-Borgella**, merci pour vos conseils.

Aux Docteurs **Sarah Michel, Nadège Toussaint et Sonia Peyrot**, ainsi qu'à l'équipe de **PMI de Vaulx en Velin**, au **Docteur Harouni** et au **Docteur Chefai** merci pour votre accueil et votre implication dans la formation des internes.

Pour une partie d'entre vous merci d'avoir contribué à l'idée de cette thèse.

Aux Docteurs **Dominique Bousquet, Didier et Evelyne Chappuis**, merci pour votre gentillesse et pour l'accueil que vous et votre famille m'avez réservé.

J'ai apprécié travailler à vos côtés. Cette année passée dans vos cabinets m'a permis d'acquérir l'autonomie nécessaire pour commencer les remplacements sereinement.

En espérant pouvoir continuer de venir aux lundis de Prescrire !

A « mon médecin traitant » le **Docteur Valérie Martin**, j'admire votre vision de la médecine générale. Merci pour votre soutien, même à distance tout au long de mes études.

## **ABREVIATIONS ET LEXIQUE**

AINS : Anti-inflammatoire non stéroïdien

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

CLGE : Collège Lyonnais des Généralistes Enseignants

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DIU : Dispositif Intra-Utérin

EVA : Echelle Visuelle Analogique

FCS : Fausse Couche Spontanée

FSRH : Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare

GxPx : x Gestité, x Parité

HAS : Haute Autorité de Santé

HPV : Papilloma Virus Humain

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

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LNG : Lévonorgestrel

MST : Maladie Sexuellement Transmissible

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEARL (Indice de) : Nom propre venant de Raymond Pearl

SUDOC : Système Universitaire de Documentation

## **SOMMAIRE**

1. INTRODUCTION .....	16
1.1. Historique .....	16
1.2. Contexte .....	16
1.3. Modification récente du modèle contraceptif français .....	17
1.4. Choix de la contraception en fonction du suivi : gynécologue et généraliste .....	18
1.5. Le confort des femmes lors des examens gynécologiques .....	18
1.6. Objectifs de la thèse .....	20
2. MATERIEL ET METHODES .....	21
2.1. Matériel .....	21
2.2. Type d'étude.....	21
2.3. Méthodologie de la bibliographie .....	21
2.4. Population étudiée et recrutement .....	22
2.5. Consentement et éthique .....	23
2.6. Méthodologie des entretiens .....	23
2.7. Recueil des données, codage et analyse .....	25
3. RESULTATS.....	26
3.1. Caractéristiques de la population .....	26
3.1.1. Caractéristiques des patientes .....	26
3.1.2. Caractéristiques des médecins poseurs .....	28
3.2. Cartes heuristiques.....	29
3.3. Facteurs interférents avec le vécu de la pose .....	30
3.3.1. Facteurs intervenant avant la pose .....	30
3.3.1.1. Appréhensions du geste et de ses suites .....	30
3.3.1.2. Circonstances de la pose .....	31
3.3.1.3. Explications reçues .....	32
3.3.2. Facteurs intervenant pendant la pose .....	36
3.3.2.1. Déroulement du geste.....	36
3.3.2.2. Facteurs techniques : médicaments, techniques de pose .....	37
3.3.2.3. Attitude et choix du médecin .....	38
3.3.2.4. Gêne liée à l'intimité .....	41
3.3.2.5. Douleurs .....	42
3.3.2.6. Les saignements, autre facteur négatif .....	44
3.3.3. Facteurs intervenant après la pose .....	46
3.3.3.1. Vécu et déroulement des suites.....	46
3.3.3.2. Vision globale de la pose a posteriori.....	47
3.4. Objectifs secondaires .....	49

3.4.1.	Améliorer le confort .....	49
3.4.1.1.	Diminuer les appréhensions.....	49
3.4.1.2.	Diminuer la douleur.....	49
3.4.1.3.	S'adapter à chaque femme .....	49
3.4.2.	Améliorer l'acceptation du DIU .....	49
3.4.2.1.	Connaître les appréhensions propres au DIU.....	49
3.4.2.2.	Connaître les raisons du choix et du non choix du DIU .....	50
3.4.2.3.	Evaluer la tolérance du DIU .....	52
3.4.2.4.	Evaluer la satisfaction du DIU.....	52
3.4.3.	Faciliter l'accès au DIU.....	53
3.4.3.1.	Terme à utiliser : stérilet ou DIU ?.....	53
3.4.3.2.	Etat des lieux des connaissances sur le DIU .....	53
3.4.3.3.	Moyens d'approche du DIU.....	55
3.4.3.4.	Moyens d'améliorer le conseil contraceptif du DIU.....	55
4.	DISCUSSION.....	57
4.1.	Résultats principaux .....	57
4.2.	Discussion des résultats .....	57
4.2.1.	Analyse des résultats répondant à la question de recherche : .....	58
4.2.1.1.	Facteurs amenant à un vécu positif de la pose .....	58
4.2.1.2.	Facteurs amenant à un vécu négatif de la pose.....	68
4.2.2.	Perspectives pour améliorer le conseil contraceptif du DIU et sa pose .....	72
4.2.2.1.	Améliorer le confort des poses de DIU en cabinet de médecine générale.....	72
4.2.2.2.	Faciliter l'acceptation et l'accès du DIU aux patientes.....	73
4.3.	Critiques de l'étude .....	75
4.3.1.	La place de l'enquêtrice sur le sujet de l'étude.....	75
4.3.2.	Les forces de l'étude.....	75
4.3.3.	Les faiblesses de l'étude .....	76
5.	CONCLUSIONS .....	78
6.	BIBLIOGRAPHIE.....	80
7.	ANNEXES.....	85
7.1.	ANNEXE 1 : Efficacité contraceptive, OMS 2011.....	85
7.2.	ANNEXE 2 : Rappels sur les méthodes de pose.....	86
7.3.	ANNEXE 3 : Fiche explicative transmise aux patientes .....	88
7.4.	ANNEXE 4 : Fiche de consentement.....	89
7.5.	ANNEXE 5 : Guide d'entretien .....	90
7.6.	ANNEXE 6 : Questionnaire.....	91
7.7.	ANNEXE 7 : Grille de Côté-Turgeon.....	92

# **1. INTRODUCTION**

## **1.1. Historique**

Le droit à la contraception existe depuis la loi Neuwirth du 28 décembre 1967, réaffirmé par la loi du 9 août 2004 selon laquelle il convient d'assurer « l'accès à une contraception adaptée ».

Pour les médecins généralistes, la formation concernant le suivi gynécologique dont la contraception, est devenue obligatoire en 2004. En effet, depuis l'instauration d'un troisième cycle et de l'internat de médecine générale un stage de six mois en pédiatrie ou en gynécologie est devenu obligatoire. (1)

Selon le code de la santé publique, « *La sage-femme est notamment autorisée à pratiquer l'insertion, le suivi et le retrait des dispositifs intra-utérins* ». (2)

Concernant la spécialité de gynécologie médicale, celle-ci a été retirée en 1984 du programme, puis rétablie en 2003. Cependant le nombre de gynécologue médicaux est en diminution. (3) Contrairement aux gynécologue-obstétriciens, les gynécologues médicaux ne pratiquent pas d'actes chirurgicaux.

Les patientes ont désormais le choix de faire poser leur dispositif intra-utérin (DIU) par un gynécologue médical ou obstétricien, une sage-femme ou un médecin généraliste.

Dans cette thèse, les auteurs ont choisi de restreindre le sujet au cadre du médecin généraliste. Cette thèse étant une thèse d'exercice de Médecine Générale.

## **1.2. Contexte**

Depuis une dizaine d'années, les recommandations françaises concernant la contraception ont indiqué que les DIU n'étaient pas destinés uniquement aux femmes multipares, mais aussi aux femmes nullipares. (4)

Le DIU est une méthode contraceptive de première intention très efficace, de longue durée d'action et pour laquelle aucun risque cardio-vasculaire n'a été établi. Il n'existe aucune contre-indication à la pose d'un stérilet en rapport avec l'âge de la femme ou la parité. (5)

Le DIU peut être proposé à toutes les femmes dès lors que les contre-indications ont été prises en compte et la femme informée des risques.

Le DIU est décrit comme étant une méthode très efficace selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). L'indice de PEARL est de 0.2 pour le DIU au Lévonorgestrel (LNG) et de 0.6 pour le DIU au cuivre. (6) L'indice de PEARL étant un indice théorique égal au pourcentage de grossesses « accidentelles » sur un an d'utilisation de la méthode contraceptive. ANNEXE 1

### 1.3. Modification récente du modèle contraceptif français

Il a été constaté en 2010 une diminution du recours au DIU. Les raisons de ce faible recours au DIU chez les femmes sans enfant étaient complexes et renvoyaient notamment aux représentations qu'avaient les femmes et les professionnels de santé de cette méthode. (7)

Depuis la controverse concernant les pilules de troisième et quatrième générations fin 2012, il a été observé une modification du modèle contraceptif français : diversification des pratiques contraceptives. (8) Il a été constaté une adoption d'autres méthodes contraceptives que la pilule : dont le dispositif intra-utérin.

Entre 2010 et 2013, il y a eu une progression de l'utilisation du DIU : de 2% à 5% chez les femmes de 20-24 ans, et de 8 à 16% chez celles de 25-29 ans. Il n'y a pas eu de progression de l'utilisation du DIU chez les moins de 20 ans ni chez celles de 20-24 ans sans enfant. Les freins à cette progression peuvent être expliqués par des réticences de la part des professionnels de santé et des femmes en rapport avec le risque supposé d'infection sexuellement transmissible ou par anticipation d'une pose douloureuse chez les très jeunes femmes. (8)

Améliorer le vécu des poses pourrait permettre de diminuer l'anticipation de la douleur liée à l'acte et de faciliter l'acceptation du DIU.

#### 1.4. Choix de la contraception en fonction du suivi : gynécologue et généraliste

Le choix de la contraception a varié également selon le milieu social, et le type de suivi : gynécologue ou médecin généraliste.

Une étude a montré que les femmes cadres étaient plus nombreuses à être suivies par un gynécologue que les femmes ouvrières. Les femmes consultant un gynécologue avaient moins recours à la pilule, mais d'avantage au DIU. Les gynécologues se considéraient mieux formés à la pose du DIU que les généralistes (89% versus 29%). (7)

Entre 2010 et 2013, se sont également essentiellement les femmes les plus diplômées qui ont opté pour le DIU, à la place des pilules de troisième et quatrième générations. (8)

Une étude a montré que les probabilités d'utilisation du DIU étaient presque quatre fois plus élevées chez les femmes qui ont été suivies par un gynécologue par rapport à celles suivies par un généraliste. (9) Cependant, il est observé en France une diminution du nombre de gynécologues médicaux. (3)

Ces éléments laissent apparaître le problème de l'accès à la contraception par DIU : inégalité d'accès à cette contraception en fonction du milieu social et de l'accès aux spécialistes.

Faciliter les poses de DIU en cabinet de médecine générale pourrait permettre de diminuer ces inégalités d'accès au DIU.

#### 1.5. Le confort des femmes lors des examens gynécologiques

Le stage de Pôle Femme Enfant Ambulatoire effectué par l'auteur, lui a permis d'apprendre à poser des DIU en cabinet de médecine générale et à s'intéresser au confort des femmes lors de ce geste.

Plusieurs thèses ont déjà étudié le confort des femmes lors des examens gynécologiques. Deux d'entre elles portaient sur le ressenti des femmes concernant leur suivi gynécologique. Le premier examen gynécologique (10) et la réalisation du frottis cervico-utérin, par un médecin généraliste ont été étudiés. (11) Le vécu de la pose du DIU dans le contexte post-Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) a été étudié dans une autre thèse. (12) Enfin deux autres thèses ont exploré le ressenti des femmes après un examen gynécologique en décubitus latéral, dit « à l'anglaise ». (13,14)

Aucune thèse n'a évalué le vécu des femmes concernant leur pose de DIU en cabinet de médecine générale. Cet élément s'oppose avec le fait que le confort des femmes soit un sujet de plus en plus évoqué, que cela soit par des médecins généralistes (15) ou dans la littérature destinée au grand public (16). Il existe donc un besoin de prise en compte du vécu et du confort des patientes.

Concernant les méthodes pour améliorer la pose, Betty Kunze dans sa thèse (17) s'est intéressée à l'impact d'un atelier de formation abordant les techniques alternatives de pose des DIU auprès de médecins généraliste en Rhône-Alpes : la technique alternative proposée était la méthode directe dite de Cristalli et Bonneau ou « torpille », sans pince à col s'opposant à la méthode classique. ANNEXE 2.

Cette technique a été décrite dans la littérature française. (18) Cependant, les publications internationales étudiant l'efficacité et les effets secondaires des DIU ne précisent pas la méthode utilisée.

Un mémoire, en étude qualitative a été réalisé, en 2014, auprès de professionnels de santé utilisateurs de cette méthode. L'objectif principal était de décrire avec précision cette technique ainsi que les circonstances de son utilisation et de son apprentissage.(19)

D'autres études sont en cours afin d'évaluer les effets à court terme de la pose en méthode directe ainsi que l'efficacité contraceptive et de la iatrogénie de cette méthode.

Une thèse récente a évalué les connaissances et les représentations des femmes (qu'elles aient ou non un DIU) sur le DIU au sein des diverses méthodes contraceptives réversibles à leur disposition. Les résultats retrouvés étaient que le DIU était encore mal connu, qu'il faisait l'objet de nombreuses craintes qui semblaient limiter son utilisation malgré des avantages correspondant aux souhaits des femmes en matière contraceptive : réversibilité, fiabilité longue durée d'action et facilité d'observance. (20)

La connaissance de l'attente des femmes et de leur ressenti concernant la pose d'un DIU en cabinet de médecine générale pourrait permettre de comprendre les craintes des patientes vis-à-vis du DIU et de sa pose. Ces éléments permettraient d'améliorer les conditions de ce geste afin de faciliter l'accès à ce type de contraception, en accord avec les recommandations françaises.

## 1.6. Objectifs de la thèse

### Question de recherche :

Quelles sont les conditions favorables pour qu'une pose de dispositif intra-utérin en cabinet de médecine générale soit bien vécue par les patientes ?

### L'objectif principal :

**Mettre en évidence les conditions favorables à un vécu positif de la pose du DIU dans le cabinet de médecine générale.**

### Objectifs secondaires :

Améliorer le confort lors des poses de DIU en cabinet par des médecins généralistes afin de faciliter l'acceptation et l'accès de cette contraception aux patientes.

## **2. MATERIEL ET METHODES**

### **2.1. Matériel**

L'enregistrement des entretiens a été fait grâce à un dictaphone.

La retranscription et l'analyse par entretien a été faite grâce au traitement de texte WORD.

Le logiciel N vivo 11 pour Windows a permis le codage et l'analyse transversale des entretiens.

Le logiciel Zotero a permis de recueillir de façon simplifiée les sources bibliographiques.

### **2.2. Type d'étude**

Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 15 patientes.

Le choix de la méthode qualitative s'est imposé. Cette méthode paraissait adaptée pour comprendre les éléments amenant à un vécu positif des patientes concernant leur pose de DIU, élément non quantifiable. Un focus group aurait été non approprié, le domaine de la contraception et des DIU pouvant être considérés comme relevant de la sphère intime par les patientes. Un focus group aurait probablement intimidé et inhibé le discours des patientes.

La seule partie quantitative de l'étude concerne la description de la population.

### **2.3. Méthodologie de la bibliographie**

- Les sources consultées pour la recherche bibliographique ont été :

Cismef, Pubmed, CAIRN, The Cochrane Library, EM premium, Sudoc, Google Scholar, la bibliothèque Prescrire, la revue Exercer, le site de la Haute Autorité de santé (HAS) et de la bibliothèque universitaire de Lyon 1.

- Les mots clés utilisés ont été :

-dispositif intra-utérin, stérilet, pose, contraception, médecine générale

-Intra uterine device, contraception, insertion, general practice.

L'investigatrice s'est formée à la méthodologie grâce aux journées d'étude thèse 1 et 2 et à l'atelier de méthodologie du département de médecine générale de Lyon, ainsi qu'à la formation Zotero de la bibliothèque universitaire de Lyon 1. L'ouvrage de P. Frappé a été utile dans l'apprentissage de la méthodologie qualitative. (21)

Afin de mieux comprendre les poses de DIU, l'investigatrice s'est formée à ce geste grâce au séminaire organisé par le département de médecine générale de Lyon : « *gestes en gynécologie* », et grâce à la participation à un atelier pratique « *retrait et pose d'un stérilet* » lors des Journées Nationales de Médecine Générales 2014.

#### 2.4. Population étudiée et recrutement

- Les critères d'inclusion pour les patientes étaient :

Patientes majeures lors de l'entretien et ayant eu au moins une pose d'un DIU en cabinet de médecine générale dans les derniers mois.

Les patientes ayant eu une insertion de DIU en contraception d'urgence ou en contexte post-IVG immédiat ont été exclues. Le contexte particulier de ces deux situations pouvant interférer dans le vécu du geste.

- Les critères d'inclusion pour les médecins poseurs des DIU étaient :

-médecins thésés et installés

-médecins généralistes pratiquant les poses de DIU au cabinet de médecine générale.

Le recrutement par échantillonnage randomisé n'est pas adapté à la méthodologie qualitative.

Les patientes ont été recrutées selon des critères de sélections établis par le chercheur afin d'obtenir la plus grande diversité de points de vue possible : diversification maximale des données, c'est la technique d'échantillonnage raisonné.

- Les critères de sélections des patientes ont été :

Age, profession, gestité et parité (GxPx), type de DIU, prise de médicaments antalgiques ou non, technique de pose, antécédents de poses de DIU par un médecin généraliste ou un gynécologue, ou première pose de DIU.

- Les critères de sélections des médecins poseurs ont été :

Age, sexe, lieu d'exercice : rural, semi-rural ou urbain.

Les patientes ont été recrutées de manière indirecte, par l'intermédiaire des médecins ayant effectués les poses. Neuf médecins généralistes ont été contactés dans les départements de l'Isère et du Rhône. Six d'entre eux ont proposé des patientes, dont seize ont été recrutées. Elles ont ensuite été recontactées par téléphone pour convenir d'un entretien à distance du geste. 15 patientes ont finalement accepté de participer à un entretien.

## 2.5. Consentement et éthique

Lors du recrutement des patientes par le médecin, celui-ci leur proposait une fiche explicative concernant cette thèse. ANNEXE 3. Il obtenait leur accord oral pour transmettre leurs coordonnées téléphoniques à l'enquêtrice. Lors du contact téléphonique, les modalités de l'entretien, les objectifs de la thèse ainsi que le respect des règles de confidentialité étaient expliqués à la patiente. Un consentement écrit était signé le jour de l'entretien. ANNEXE 4.

Une déclaration simplifiée de recherche biomédicale a été faite auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) sous le n° 1914428 v 0 engageant l'auteur à respecter la Loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée.

## 2.6. Méthodologie des entretiens

- Etude préalable à la thèse

Une étude préalable à cette thèse, réalisée dans le cadre du mémoire de recherche de l'enquêtrice a été effectuée en avril 2015. Cette étude était intitulée « *Ressenti des patientes concernant leur pose de Dispositif Intra-Utérin par la méthode directe, sans pince à col en cabinet de médecine générale.* »

Cette étude a permis à l'enquêtrice, de s'approprier la méthodologie qualitative et de se familiariser avec la recherche bibliographique sur la thématique des poses de DIU en médecine générale.

Cependant il y a eu plusieurs limites à cette étude. Il a été intéressant d'évaluer le ressenti des patientes concernant leur pose de DIU, mais il a été impossible de savoir si ce qu'elles ressentaient était lié ou non à la méthode d'insertion. Les éléments appréciés par les patientes étaient d'ailleurs indépendants de la technique. La technique de pose sans pince à col n'étant pas validée, il a paru peu pertinent de garder ce même sujet pour le travail de thèse.

Suite à cette étude, il semblait plus pertinent de s'intéresser au confort et à la prise en compte du vécu de la patiente lors de la pose de son DIU en cabinet de médecine générale, et ce indépendamment de la technique. Les objectifs et le guide d'entretien ont donc été complètement modifiés, par conséquent, les trois patientes recrutées lors de cette étude n'ont pas été incluses dans la thèse.

- Réalisation du guide d'entretien

Le guide d'entretien a été effectué à partir de la bibliographie, adapté et modifié au cours de chaque entretien. ANNEXE 5.

L'entretien débutait par une question générale non personnelle afin de mettre à l'aise la patiente : « *que savez-vous sur les dispositifs intra-utérins, autrement appelés stérilets ?* ».

A l'inverse, les questions plus intimes intervenaient vers la fin de l'entretien, notamment les questions à propos de la sexualité ou de la gêne liée à la nudité.

Les questions de relance étaient préalablement élaborées. Les questions fermées étaient évitées afin de favoriser au maximum le discours narratif des patientes.

Un questionnaire a été rempli par chaque patiente avant chaque entretien afin d'étudier les caractéristiques des patientes. ANNEXE 6.

- Réalisation des entretiens

Une seule investigatrice a réalisé les entretiens.

Identité et statut de l'investigatrice : Mme Blandine BESNARD épouse COTTAZ, étudiante de la faculté de médecine Lyon-Sud, médecin remplaçant et auteur de ce travail.

Les entretiens ont été réalisés entre le 2 juillet 2015 et le 4 mai 2016. Ils ont duré entre 18 minutes et 54 secondes et 37 minutes et 53 secondes, soit une moyenne de 26 minutes et 36 secondes. Ils ont eu lieu entre 1 mois et demi minimum et 20 mois maximum après la pose. Avec un délai moyen entre la pose et l'entretien de 4 mois et demi.

Le lieu de rencontre a été laissé au choix des patientes : 12 patientes ont choisi leur domicile, 2 patientes ont choisi le cabinet médical du médecin et une patiente a choisi son lieu de travail. Avant chaque entretien, une présentation de l'investigatrice et de son travail a été effectuée. Le déroulement des entretiens ainsi que les règles de confidentialités étaient rappelés.

Des entretiens semi-dirigés, avec des questions ouvertes, permettant de requérir des informations les plus complètes possibles et des techniques de relance ouvertes et de reformulation ont été proposés aux patientes. Les entretiens ont été enregistrés. Ils ont ensuite été retranscrits mot à mot, ainsi que certains éléments de communication non verbale apparaissant en italique, entre parenthèses.

## 2.7. Recueil des données, codage et analyse

L'analyse s'est faite au fur et à mesure du recueil. Les entretiens ont d'abord été lus plusieurs fois afin de faire émerger les idées principales. Un tableau de codage par entretien a ensuite été effectué grâce au traitement de texte WORD : un code a été attribué à chaque élément signifiant de l'entretien, illustré par des exemples du discours (verbatim). Les codes ont été ensuite classés par thèmes. Chaque analyse individuelle a ensuite été intégrée au logiciel N Vivo 11, permettant ainsi de croiser les codes et thèmes, pour en effectuer l'analyse transversale. Des cartes heuristiques ont été utiles pour l'analyse transversale.

Aucune nouvelle thématique concernant la question de recherche n'a été relevée à partir du treizième entretien. Le recueil des données a été poursuivi jusqu'au quinzième entretien afin d'approcher la saturation des données et de marquer la fin du recueil.

Une triangulation des données a été effectuée par la directrice de thèse et par un autre étudiant en cours de travail de thèse.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

### 3. RESULTATS

#### 3.1. Caractéristiques de la population

##### 3.1.1. Caractéristiques des patientes

P	Age	Profession	GxPx	IVG	FCS	E	Antécédents médicaux	DIU : Type	Médicaments avant la pose	Technique de pose	Médecin	Autres poses
1	37	Téléprospectrice	G4P3	0	1	3	Infarctus du Myocarde	MIRENA®	non	classique	B	non
2	42	Agent des écoles	G4P3	0	1	3	Accouchement un mois avant	MIRENA®	non	sans pince	A + interne	oui, MT
3	19	Animatrice périscolaire	G0P0	0	0	0	0	MIRENA®	non	sans pince	A + interne	non
4	36	Chargée d'affaire	G2P2	0	0	2	0	MIRENA®	non	sans pince	B	non
5	43	Fonction publique	G3P2	0	1	2	0	MIRENA®	MISOPROSTOL	sans pince	C	non
6	32	Orthophoniste	G2P2	0	0	2	0	Cuivre	non	sans pince	C	oui (2), GO
7	26	Fleuriste	G0P0	0	0	0	Lupus	Cuivre (Gynelle®)	non	classique	A	non
8	47	Conseillère de vente	G4P2	2	0	2	Incontinence urinaire, HPV (laser).	Cuivre	MISOPROSTOL	classique	D	Oui (4-5), GO
9	31	Auxiliaire Puériculture	G1P1	0	0	1	0	Cuivre (NT380®)	non	classique	E	non
10	23	Etudiante Histoire de l'art	G0P0	0	0	0	0	Cuivre	PHLOROGLUCINOL	classique	E	non
11	32	Professeur des écoles	G4P2	2	0	2	0	Cuivre	non	classique	E	non
12	39	Architecte	G2P2	0	0	2	0	MIRENA®	non	classique	E	oui, (1) GO
13	32	Responsable Agence Voyage	G1P1	0	0	1	0	Cuivre	PHLOROGLUCINOL	sans pince	F	Non
14	26	Chargée de Production	G0P0	0	0	0	0	Cuivre	PHLOROGLUCINOL	classique	E	Non
15	46	Professeur des écoles	G3P3	0	0	3	0	MIRENA®	MISOPROSTOL	sans pince	C	Oui, (1) GO

Tableau 1 : caractéristiques des patientes

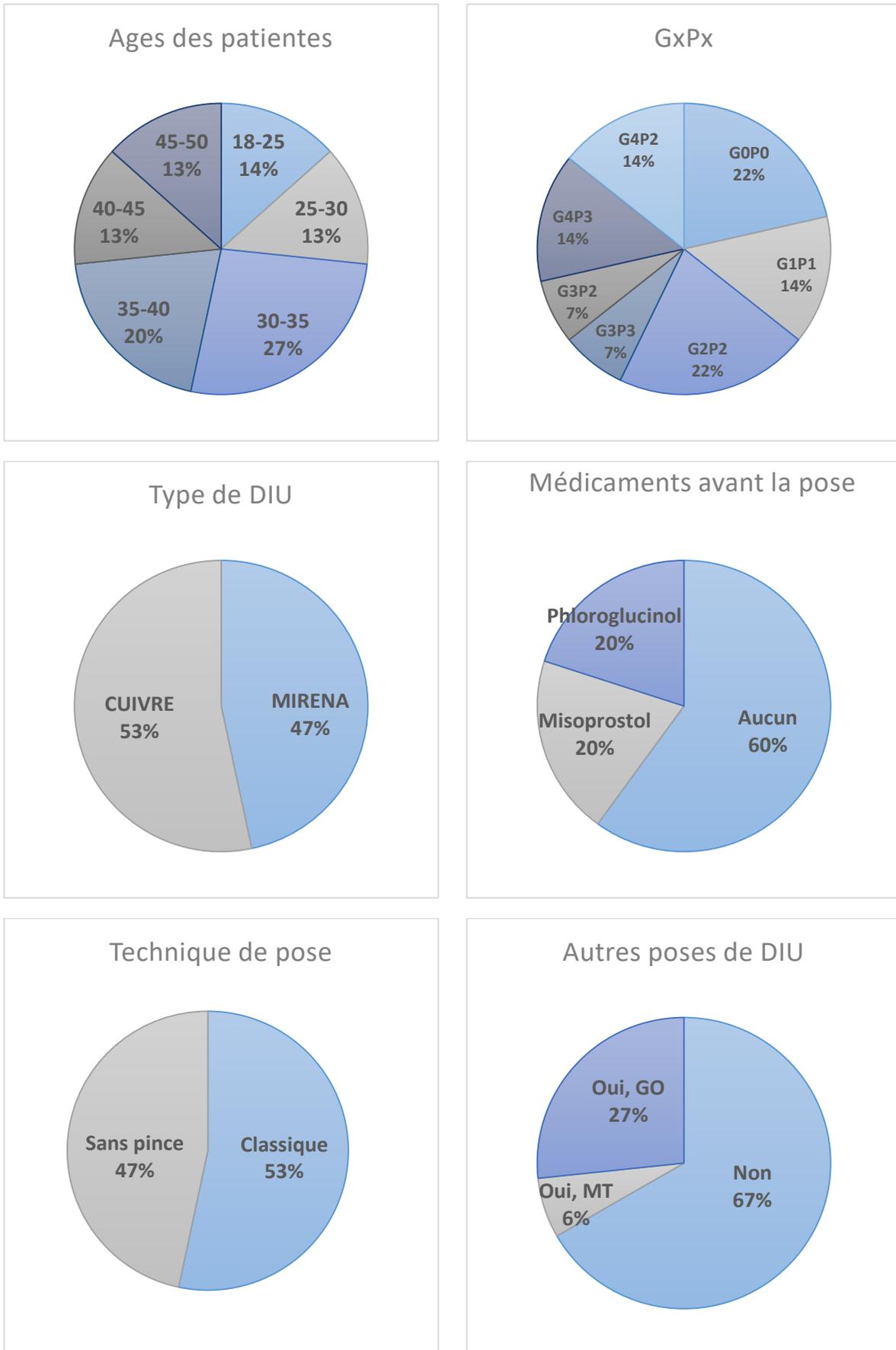
Légende (tableau 1 et figure 1) :

**P** : Patiente. **GxPx** : x Gestité, x Parité. **IVG** : Interruption Volontaire de grossesse.

**FCS** : Fausse Couche Spontanée. **E** : Enfant. **DIU** : Dispositif Intra-Utérin. **HPV** : Papilloma Virus Humain.

**MT** : Médecin traitant. **GO** : Gynécologue.

Les techniques de pose : classiques et sans pince sont décrites en ANNEXE 2.

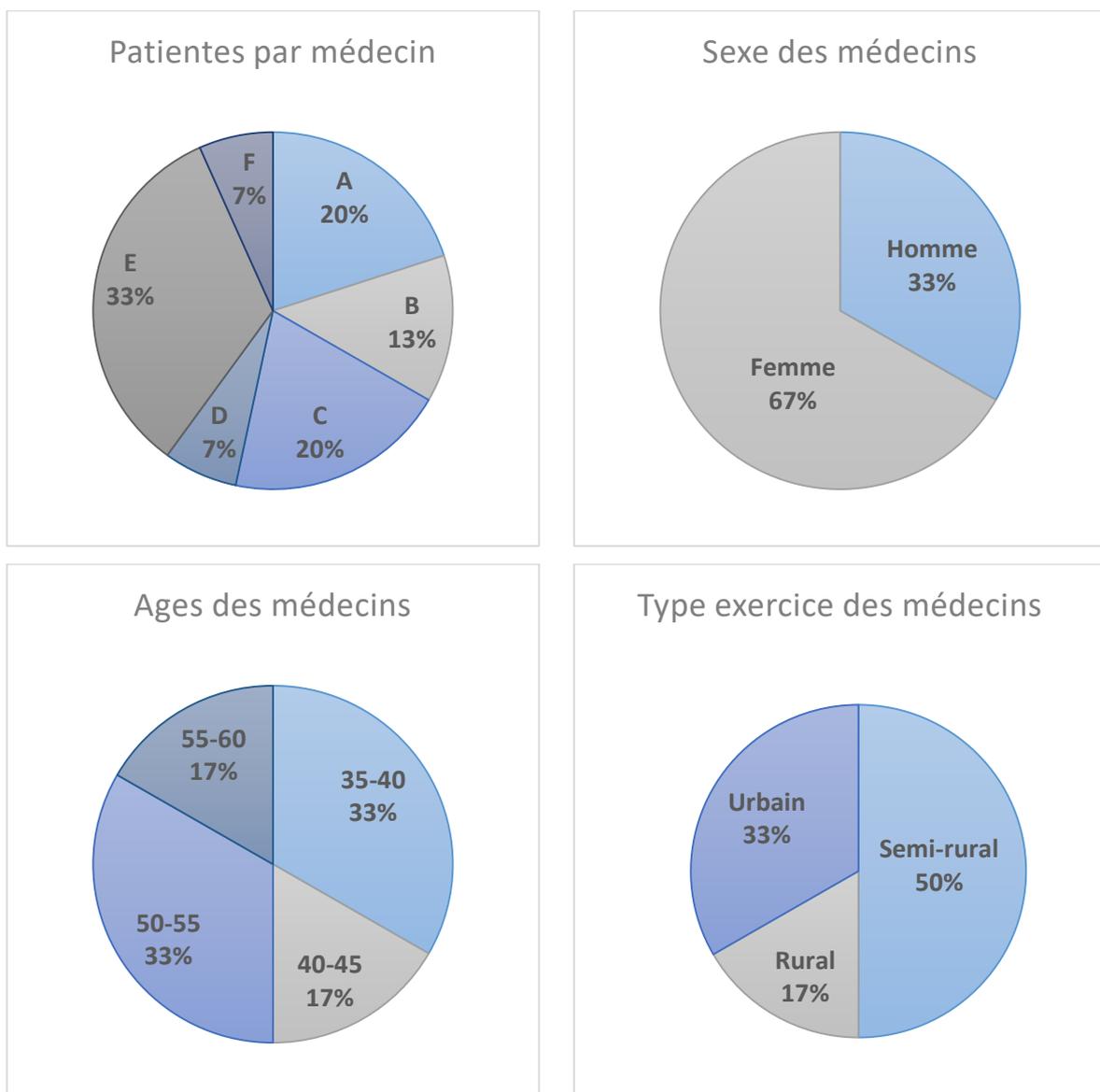


**Figure 1 : caractéristiques des patientes**

### 3.1.2. Caractéristiques des médecins poseurs

Médecin	Exercice	Tranche d'âge	Sexe	Patientes
Docteur A	Semi-rural	50-55	Femme	3
Docteur B	Urbain	50-55	Homme	2
Docteur C	Rural	40-45	Femme	2
Docteur D	Semi-rural	55-60	Femme	1
Docteur E	Urbain	35-40	Homme	5
Docteur F	Semi-rural	35-40	Femme	1

**Tableau 2 : caractéristiques des médecins**



**Figure 2 : caractéristiques des médecins**

### 3.2. Cartes heuristiques

Des cartes heuristiques ont permis de schématiser les résultats retrouvés lors de l'analyse transversale. Cette synthèse permet d'améliorer la clarté et la compréhension des résultats.

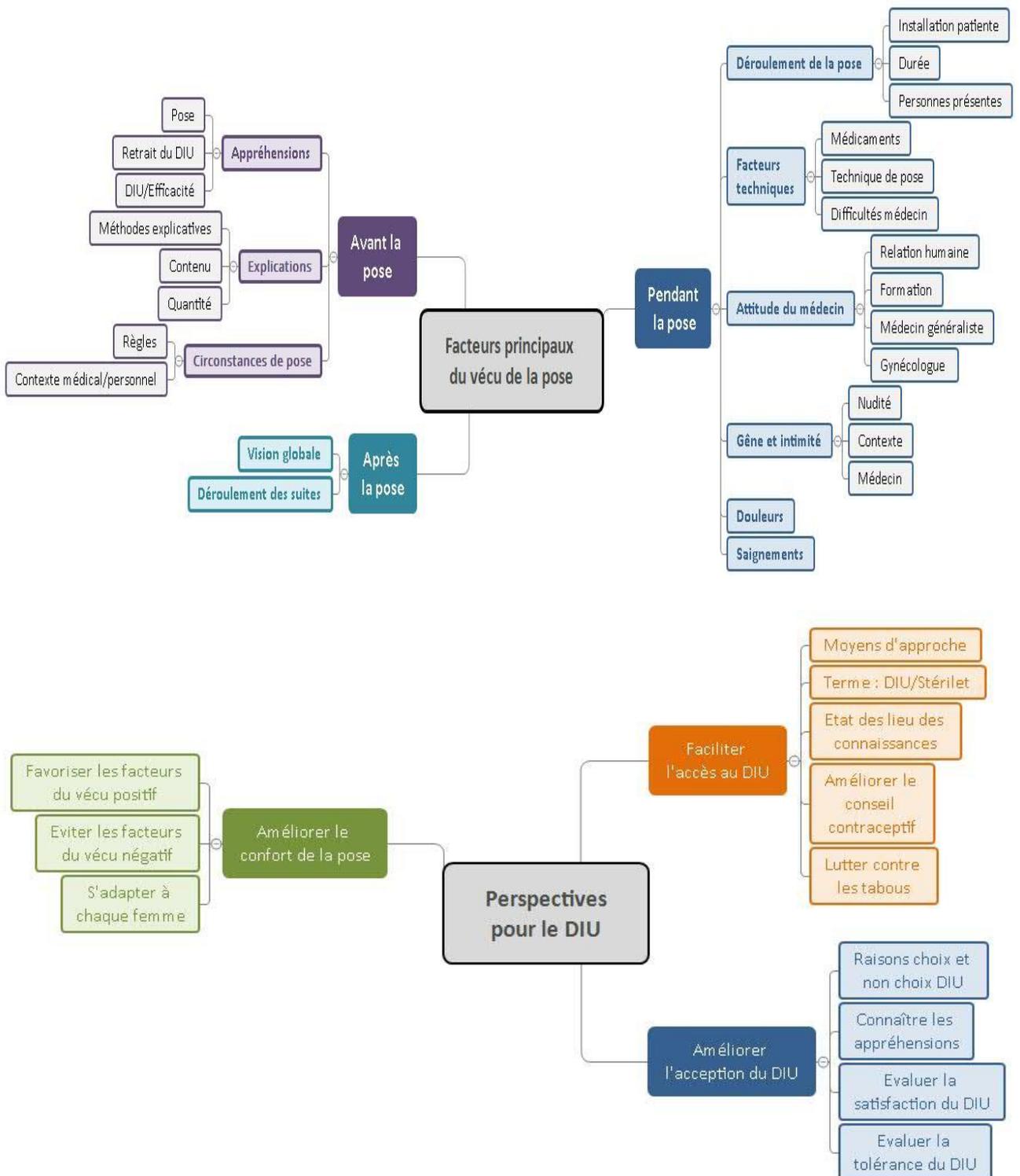


Figure 3 : cartes heuristiques

### 3.3. Facteurs interférents avec le vécu de la pose

#### 3.3.1. Facteurs intervenant avant la pose

##### 3.3.1.1. Appréhensions du geste et de ses suites

Les appréhensions des patientes ont surtout favorisé une vision négative. Cependant certaines patientes ont relativisé ces appréhensions afin de mieux aborder la pose.

##### 3.3.1.1.1. Appréhension du geste

La principale appréhension pour la majorité des patientes était **la douleur** : P1 et P3 : « j'avais peur que ça fasse mal » P5 : « j'appréhendais beaucoup la douleur, pas la séance »

La peur de **l'inconnu** a aussi été mentionnée par des patientes n'ayant jamais eu de pose de DIU : P10 : « on en fait tout un truc, parce qu'on connaît pas » P13 : « On appréhende toujours le fait de pas savoir comment ça va se passer »

L'appréhension liée à des **caractéristiques propres au DIU** a été signalée, par :

-le fait d'un **DIU différent** des autres poses : P2 : « malgré que ça soit pas le même, je me suis dit ça reste toujours la même chose »

-le fait de la **taille de la boîte et du DIU** : P1 : « la boîte du stérilet qui est énorme » « à l'intérieur c'est tout petit en fait (rires) » P4 : « on se demande un petit peu la taille que ça fait »

Parmi les appréhensions retrouvées, certaines ont été **propres aux patientes** :

-Raisons **anatomiques** : la **localisation** et la peur d'un **col fermé**. P5 : « un point du corps qui me fait beaucoup souffrir » P8 : « j'étais en stress je me disais, je saigne plus depuis 3 jours, le col va pas être ouvert »

-Les patientes ont décrit leur **état d'inquiétude**, comme de **l'angoisse** : P4 : « un petit peu stressée bien-sûr, parce que j'appréhendais » P14 : « un peu angoissant »

-Le fait de ne **pas se sentir rassurée** : P11 : « quand on va grattouiller par là c'est pas (rires), on est jamais trop rassurée. » P14 : « j'étais un peu inquiète »

##### 3.3.1.1.2. Appréhension des suites de la pose

La peur concernant **l'efficacité** du DIU a été signalée : P2 : « ce doute de savoir est-ce que c'est bon, est ce que c'est pas bon » P9 : « est-ce que c'était efficace tout de suite »

La peur des **complications dans les suites** a également été mentionnée :

P4 : « avec les sensations et les **douleurs** à se poser des questions » « on pense tout de suite au pire » « est ce que je vais faire une **hémorragie** dans la nuit »

### 3.3.1.1.3. Appréhension du retrait du DIU

Plusieurs patientes ont appréhendé le **retrait du DIU** : P4 : « *si le retrait serait aussi douloureux que la pose* » P5 : « *j'appréhende juste déjà le jour où on va me l'enlever* »

### 3.3.1.1.4. Appréhensions relativisées

Certaines patientes ont **relativisé leurs inquiétudes** :

P4 : « *je m'étais pas dit que ça allait faire mal* » P14 : « *c'était pas non plus le gros stress* »

Certaines patientes ont **comparé leurs propres expériences** :

De **pose** : P8 : « *j'ai pas eu d'appréhension* » **D'accouchement** : P2 : « *étant passée par l'accouchement, juste avant, mine de rien c'est (rires), c'est pas pareil !* »

### 3.3.1.2. Circonstances de la pose

#### 3.3.1.2.1. Le contexte

Le contexte **personnel et médical** a influencé le vécu de manière positive, comme le fait d'insérer le DIU **quelques semaines après un accouchement** :

P2 : « *je venais d'accoucher il y a pas bien longtemps* » « *le col était encore ouvert* »

Et le fait de comparer avec les **autres poses de DIU** : P2 : « *j'en avais déjà fait mettre quand même quelques-uns* » P8 : « *les autres poses, se sont toujours bien passées* »

Mais aussi de manière négative, comme le fait d'avoir des **problèmes de santé** :

P8 : « *j'ai eu beaucoup de, de problèmes gynécologiques depuis 6 mois* » « *j'étais fragilisée* »

Et le fait d'avoir une **variation anatomique** : P1 : « *mon utérus est placé à l'arrière* »

#### 3.3.1.2.2. Le moment

Le fait de mettre le DIU dans un **moment de repos** a favorisé un vécu positif :

P14 : « *pendant ma pause de midi du travail* » P15 : « *en vacances donc heureusement (rires)* »

Comme le fait **d'espacer le retrait** du DIU du nouveau geste : P15 : « *elle me l'a retiré et j'y suis retournée* » « *tout faire dans le même temps c'est pas forcément euh très agréable ...* »

A l'inverse certains moments ont été vécu de façon négative, comme le fait de devoir **décaler la pose** : P8 : « *on a dû en fait décaler la date* » « *j'avais dépassé déjà de 6-7 mois la date* »

Le fait aussi que ça n'était **pas attendu** : P3 : « *je m'attendais pas qu'elle me le pose* »

Dans un **état d'esprit différent** : P8 : « *les autres fois j'allais changer mon stérilet point.* »

### 3.3.1.2.3. Double contraception

Plusieurs patientes, ont signalé avoir au départ utilisé une **autre contraception** en plus du DIU : P8 : « des préservatifs » P11 : « de garder la pilule euh je crois que je l'ai gardée deux mois »

### 3.3.1.2.4. Insertion du DIU par rapport aux règles

La pose a eu lieu de manière différente selon les patientes au **début, à la fin ou en dehors des règles**: P2 : « j'avais pas mes règles » P8 : « pendant les règles » P9 : « à la fin des règles »

Certaines patientes ont ressenti une **gêne liée aux règles** : P7 : « mal à l'aise » P14 : « il faut mettre le stérilet quand on a ses règles » « c'est horrible » « je trouvais ça, sale »

### 3.3.1.3. Explications reçues

Les explications reçues ont permis d'apaiser les angoisses liées à leurs appréhensions et d'instaurer une ambiance rassurante pour le geste.

#### 3.3.1.3.1. Méthodes explicatives

Le **moment des explications** a principalement été le **jour du geste**, mais parfois les explications ont pu être données lors d'une **précédente consultation**. P1 : « les explications étaient faites le jour de la pose. » P14 : « il m'avait montré ça trois semaines avant »

Le fait de **montrer le DIU avec une maquette** a été un élément rassurant :

P10 : « une sorte de maquette » « il me montrait exactement avec un stérilet euh comment il allait poser » P14 : « une petite plaquette qui, de la taille d'un utérus tout ça et puis il avait tout expliqué donc ça c'était vachement bien »

Donner les explications **à mesure du geste** : P6 : « elle m'avait expliqué ce qu'elle faisait au fur et à mesure » « les différentes étapes » P9 : « ce qu'il allait faire et même dans ses actes »

Les patientes ont noté l'importance de la **verbalisation** afin de **visualiser** le geste : P6 : « en me verbalisant voilà les différentes étapes » « mentaliser le geste » P11 : « je verbalise tout ça va, vous allez sentir exactement ce que je fais » « ça va pas être une douleur inexplicquée »

Les explications ont pu être données de **manière indirecte** à travers une tierce personne.

P2 : « Docteur A expliquait plus à l'interne » « j'avais accompagné ma fille »

Le fait de pouvoir **poser ses questions** et obtenir des réponses était important. P7 : « on a pas forcément la question qui nous vient tout de suite » P8 : « elle répond bien aux questions »

#### 3.3.1.3.2. Explications propres au DIU

Des renseignements sur les **différents types de DIU**, ainsi que des **conseils sur le choix du DIU** ont été donnés. P1 : « *elles (le médecin et l'interne) conseillaient plus justement celui aux hormones pour les jeunes que celui en cuivre* » P5 : « *les deux fonctions, les deux stérilets* »

Plusieurs patientes ont eu besoin de connaître le **fonctionnement du DIU** dont **sa durée d'action** : P6 : « *que la durée de vie est de 5 ans* » P7 : « *m'expliquer exactement le cuivre, l'efficacité* » P10 : « *j'avais besoin de savoir comment ça fonctionnait* »

Afin de faire le choix du DIU, **les avantages et inconvénients** sont rentrés en compte :

P12 : « *les avantages euh les inconvénients* » « *on a même rediscuté de manière plus approfondie euh des inconvénients parce que je lui ai posé des questions là-dessus.* »

Des explications **complètes et rassurantes** étaient un point important : P7 : « *repartie, confiante* » « *rassurée dans mon choix* » P 15 : « *j'ai l'impression d'être bien informée* »

#### 3.3.1.3.3. Explications propres au geste

Le **matériel utilisé** a été expliqué : P7 : « *2-3 choses à préparer avant de se lancer, ouvrir tout ce qui avait à ouvrir, pour me rassurer* » P11 : « *avec quels instruments* »

**Le déroulement** a été décrit : P9 : « *il m'a expliqué ben comment ça allait se passer comment il allait le mettre* » P13 : « *tout était vraiment très bien expliqué voilà quelles étapes il fallait* »

Les explications données concernant la **douleur** étaient un point important : P3 : « *elle m'a rassurée en me disant que ça faisait des petites douleurs* » « *comme des contractions mais en 10 fois moins pires (rires)* » P9 : « *il m'avait expliqué que c'était plus une sensation de frottement* » P11 : « *quand on explique pourquoi on a mal, ça va mieux quoi. (Rires).* »

#### 3.3.1.3.4. Explications propres aux suites

L'intérêt d'une **consultation de suivi** a été expliqué :

P9 : « *l'échographie pour éviter pour être sûr qu'il est bien en place* »

Des conseils sur les **médicaments à prendre** ont été données : P9 : « *avec les médicaments anti douleurs ça passe.* » P12 : « *il y avait des médicaments, enfin décontractants à prendre* »

#### 3.3.1.3.5. Points positifs des explications

L'importance d'explications **complètes et claires** : P5 : « très complet » P12 : « très bien renseignée. » P13 : « c'était très clair avec des mots simples ».

Mais aussi **rassurantes** : P10 : « il essayait de me rassurer justement en me disant que si on connaissait les enfin ce qui se passait réellement on avait moins peur »

Les explications ont été perçues comme un **élément important** pour le vécu global :

P9 : « les explications du médecin. Voilà ce que j'ai apprécié. » P14 : « le fait qu'il m'explique tout ça j'avais trouvé ça vraiment bien »

#### 3.3.1.3.6. Points négatifs des explications

Parfois il n'y avait **pas assez d'explications** : P6 : « j'aurais plus aimé qu'elle m'explique exactement (...) qu'est-ce qu'elle était en train de faire et quand au moment de la pose »

Une patiente a noté à l'inverse qu'il y avait **trop d'explications** : P13 : « Peut-être en savoir moins, qu'il le fasse plus, mais voilà du coup ça avait ses avantages... »

Certaines patientes étaient **peu demandeuses** d'explications : P6 : « j'avais des informations qui me convenaient. » P13 : « j'étais pas non plus euh très curieuse »

Ces explications ont parfois été **oubliées** : P2 : « Euh quelles instructions ? Je m'en rappelle même plus ! (rires). » P14 : « j'ai déjà oublié »

## SYNTHESE DES FACTEURS INTERVENANT AVANT LA POSE

### 1) Appréhension du geste et ses suites

-La principale des appréhensions était la peur de **la douleur**. Cette appréhension a été majorée par la peur de **l'inconnu**, d'un **DIU différent** des autres poses ou d'un **col fermé**. La **taille de la boîte et du DIU** était impressionnante.

Leur **état d'inquiétude** et d'**angoisse** a été propre à chacune. **Relativiser leurs inquiétudes** et **comparer avec leurs expériences** a permis de diminuer les appréhensions.

-Les appréhensions des suites ont été marquées par le doute de **l'efficacité** ainsi que la peur des **complications immédiates** mais aussi le **futur retrait du DIU**.

### 2) Les circonstances

-Le contexte : **d'autres poses**, des **accouchements** ont permis un vécu positif.

Une **variation anatomique** ou des **problèmes de santé** ont influencé négativement le vécu.

-Un **moment de repos**, à **distance du retrait du DIU** a été rassurant. Une **pose décalée** et **non attendue** a été source d'angoisse.

-Avoir une **double contraception** était rassurant.

-Insérer le DIU **pendant les règles** a été vécu comme **gênant**.

### 3) Les explications reçues

-Des méthodes explicatives ont été appréciées : **expliquer à mesure** et **verbaliser les actes**. **Montrer le DIU avec une maquette** a été rassurant, ainsi que de pouvoir **poser ses questions**. Les explications ont parfois été données de **manière indirecte**, **le jour du geste** ou lors d'une **précédente consultation**.

-Des explications **complètes et rassurantes** sur les **types de DIU**, leurs **fonctionnements**, leurs **durées d'action**, ainsi que leurs **avantages et inconvénients** ont été appréciées.

-Les explications concernant le **déroulement**, le **matériel utilisé** et les **douleurs potentielles** ont permis aux patientes de visualiser le geste.

-Le **déroulement des suites** de la pose, les **médicaments** possibles et la **consultation de suivi** ont été expliqués, ce qui a rassuré les patientes.

-Des **explications complètes, claires et rassurantes sur le geste** ont été un élément important pour le vécu positif de la pose. Certaines patientes étaient **peu demandeuses**.

### 3.3.2. Facteurs intervenant pendant la pose

#### 3.3.2.1. Déroulement du geste

##### 3.3.2.1.1. Installation de la patiente

Se sentir **accueillie et détendue** a été important :

*P8 : « on essaie de se détendre » P12 : « il m'a accueillie »*

Concernant **l'organisation de la pièce** : la **pièce à part**, a été appréciée : *P2 : « la pièce est à côté déjà, c'est sympa » P14 : « petit paravent qui sépare la pièce en deux »*

**L'installation** avec la présence ou non **d'étriers** ont été relevées :

*P2 : « elle aime pas mettre les étriers et ça je j'approuve totalement » « on se sent moins mal à l'aise » P3 : « elle utilise pas l'étrier pour mettre les pieds dessus »*

Le respect des **règles d'hygiène** a été important : *P8 : « le petit papier propre » « se désinfecte les mains, tout ça, ou elle met les gants » « elle désinfecte les outils » P9 : « il a mis un champ, il a utilisé des gants, un masque » « ses protocoles d'hygiène »*

Tout comme le temps de préparation du **matériel** : *P8 : « elle prépare tout son matériel » « son petit plateau » « une pince ou, les trucs un peu longs » P12 : « tout sortir, il a tout préparé »*

##### 3.3.2.1.2. Déroulement de la consultation

Il y a parfois eu une **pré-consultation**, avec **un examen** :

*P1 : « une pré-consultation » P14 : « un premier rendez-vous où on a fait que parler » « il m'avait fait un frottis » « voir si j'avais pas une petite maladie »*

Le **motif de la venue** a parfois été redemandé et la **patiente examinée** :

*P4 : « il m'a examinée » P8 : « j'explique pourquoi je viens, (rires), déjà ! »*

##### 3.3.2.1.3. Personnes présentes

Les personnes présentes lors de la pose, ont permis de rassurer la patiente, que cela soit la présence d'une **tierce personne** : *P2 : « il y avait **une interne** » P5 : « il y avait bien une stagiaire » P3 : « il y avait **ma mère** avec moi »*

Le fait que cela soit **« entre femmes »** : *P5 : « On était entre filles alors honnêtement ça été très bien ». Ce qui a même rendu **le moment sympathique** : P5 : « le moment où on papote le plus c'est sympa » « c'était pas sympathique mais le moment a été rendu sympathique »*

#### 3.3.2.1.4. Durée du geste

La **durée rapide** a été un élément important : P5 : « *c'est rapide, Dieu merci c'est rapide.* » P6 : « *apprécié, que ça soit vite fait (rires)* » P14 : « *cinq minutes [...] c'est très rapide.* »

Un geste **trop long** a été vécu négativement : P12 : « *il prenait son temps j'avais d'autant plus euh la tension focalisée sur euh la lenteur de l'acte et donc sur ce que je ressentais* »

Le **temps de repos après l'insertion** a été important :

P3 : « *elles m'ont laissée allongée 5 minutes* » « *pour pouvoir me reprendre* »

#### 3.3.2.1.5. Vécu de l'examen de façon générale

L'insertion du DIU a parfois été vécue comme **un examen classique**

P6 : « *je vis ça pas très différemment d'un frottis* » « *c'est une consultation gynéco classique* »

L'impression de **facilité** de mise en place a été ressentie, parfois sans **s'en rendre compte**.

P1 : « *facile à installer* » P2 : « *vous me le mettez quand ? Elle m'a dit non, mais ça y est* »

#### 3.3.2.2. Facteurs techniques : médicaments, techniques de pose

##### 3.3.2.2.1. Médicaments

Les patientes ont insisté sur **les médicaments** pris avant le geste :

-Des **antispasmodiques**. P10 : « *une heure avant le Spasfon®* »

-Des **anti-inflammatoires non stéroïdiens**. P3 : « *J'ai pris un NUROFEN®* »

-Le **MISOPROSTOL** P5 : « *CYTOTEC®* » P15 : « *ça aide le col à se dilater* »

-Les **médicaments ont été oubliés ou non pris** : P7 : « *J'avais rien pris* » P12 : « *j'avais oublié* »

**L'absence d'anesthésie a été notée** P1 : « *pas d'anesthésie* » P5 : « *on endort pas* »

Elles ont aussi insisté sur les **médicaments** pris dans les **suites** :

-Des **anti-inflammatoires non stéroïdiens** : P9 : « *un anti stéroïdien* » « *genre ibuprofène* »

-Des **anti spasmodiques** : P11 : « *des SPASFON®* » « *j'en ai pris après en rentrant.* »

-Du **paracétamol** : P7 : « *j'ai pris 2-3 DOLIPRANE®* »

##### 3.3.2.2.2. Technique de pose

Le **type de modèle de DIU** et notamment un **nouveau modèle** a joué dans leur vécu :

P15 : « *ils venaient juste de changer le, le mode d'emploi* »

Les patientes ont interprété ce qu'elles savaient des **méthodes de pose** :

-Certaines savaient qu'il existait **deux méthodes différentes** :

P4 : « deux méthodes pour le faire : soit on prenait le col, soit on le faisait comme il me l'avait fait en toussant et voilà, ça évitait les gros saignements »

-L'action sur le col a été ressentie négativement : P8 : « triturer un petit peu pour ouvrir le col » P14 : « attraper le col justement avec une pince » « tousser, ça j'ai pas c'était terrible »

-Des mesures (avec un hystéromètre), ont parfois été prises :

P12 : « mesuré la longueur de mon utérus »

-Le fil a été coupé : P12 : « avec le petit filament, après il a fait la pose, il a coupé »

Les difficultés à **obtenir un résultat** ont été ressenties par les patientes :

-Les difficultés du médecin :

P1 : « on va pas dire trifouillé mais un peu cherché justement le bon endroit »

-Parfois **plusieurs essais** nécessaires : P5 : « une première fois ça m'a fait grand mal, mais ça n'est pas passé (rires) » P15 : « y retourner trois fois c'est un peu (rires) embêtant »

La patiente avait un **rôle d'observation** : P12 « je regardais tout ce qu'il faisait »

### 3.3.2.3. Attitude et choix du médecin

#### 3.3.2.3.1. La relation humaine

Le fait d'un **médecin déjà connu** par les patientes était important :

- **Conseillé** : P2 : « ma belle-sœur » « Du bouche à oreille » P14 : « l'amie qui m'a conseillée »

- **Déjà rencontré** : P1 : « c'est mieux que d'être auscultée par quelqu'un qu'on ne connaît pas » P13 : « ça fait longtemps que c'est mon médecin »

- Connu **depuis enfance** : P7 : « mon médecin traitant depuis que je suis petite »

- De **confiance** : P11 : « c'est quelqu'un de confiance, » « je me sens vraiment en confiance. »

- **Personnalité** appréciée : P2 : « Docteur A elle est vraiment gentille, c'est vraiment quelqu'un »

P5 : « j'ai pas choisi le médecin généraliste, j'ai choisi Docteur C » « pour la personne »

-Le lien de **proximité** mentionné par plusieurs patientes : P6 : « proximité du médecin traitant » P8 : « ce rapport quand même plus amical » P11 : « il connaît tout quoi, pas forcément que l'aspect gynéco donc c'est complet »

De nombreuses **qualités humaines** ont été attribuées au médecin par les patientes :

-Médecin **rassurant** : P5 : « elle rassure, elle me dit vous inquiétez pas »

-Médecin **mettant à l'aise** : P8 : « à l'aise avec son médecin quoi c'est ça la différence »

-Médecin **entourant** : P7 : « cocoonée » P11 : « c'était entourant. »

-Médecin **humain** : P5 : « le contact humain qu'on a eu » P6 : « c'est humain, c'est bien ! »

-Médecin **attentif** : P9 : « à l'écoute » P12 : « très attentionné »

-Médecin qui **prend son temps** : P2 : « Elle prend le temps d'écouter » « c'est pas expédié »

-Médecin **flatteur, valorisant** : P2 : « elle me dit que mon col est beau » P7 : « elle m'a examinée, elle m'a dit, ah ton col est parfait »

-Médecin **sûr de lui** : P5 : « elle était sûre d'elle »

- Un médecin **communiquant et de bon conseil** :

P2 : « elle conseille bien » P4 : « c'est plus facile déjà même pour communiquer »

Plusieurs patientes ont évoqué le **choix d'un médecin homme ou femme** :

-Certaines n'ont pas ressenti de gêne du fait que le **médecin était un homme**

P1 : « les gynécologues en général c'est, en général c'est des hommes donc non. » P4 : « Ca me pose pas de problème. (...) les hommes sont plus délicats souvent »

-Alors que d'autres préfèrent un **médecin femme** :

P9 : « c'est des a priori qu'on a forcément on se dit ouais on préfère une femme en gynéco »

#### 3.3.2.3.2. La facilité pratique

**La proximité géographique, pratique**, a été importante :

P1 : « il est à côté de la maison » « le côté pratique » P2 « ça m'arrange c'est plus près déjà »

La **rapidité des rendez-vous** a été prise en compte : P1 : « rapidité justement de mon médecin traitant » P8 : « on a un rendez-vous rapidement »

Le choix de la **simplicité** : P12 : « j'y vais, je fais par lui parce que c'est beaucoup plus simple »

Les **honoraires de la consultation** ont été importants : P14 : « la consultation d'avant qui m'a coûté le prix du médecin de d'habitude mais qui est remboursée, donc ça c'est un avantage »

Le **côté non hospitalier** a été rassurant : P1 : « pas être obligée d'aller à l'hôpital »

**Pas d'inconvénient** à choisir un médecin généraliste ou gynécologue :

P15 : « le généraliste ou le gynécologue euh c'est pareil, moi j'avais pas de craintes »

#### 3.3.2.3.3. L'intérêt d'un suivi global

Certaines patientes ont apprécié avoir recours à **un unique médecin** pour leur suivi :

P3 : « c'est un suivi » « elle a le dossier elle sait tout » P7 : « ça m'évite d'aller voir un autre professionnel » P14 : « connaître la personne dans sa globalité »

Le médecin assure le **suivi gynécologique complet** : P6 : « c'est elle qui a suivi mes **grossesses** » P11 : « c'est lui aussi qui a fait l'**IVG** » « mon suivi gynéco il est nickel quoi enfin voilà il fait **les frottis** » P13 : « c'est elle qui me suit pour tout ce qui est **contraception** »

Certaines patientes ont préféré garder **deux médecins différents** : P2 : « J'allais toujours la voir elle en tant que « gynéco » en fait mais par contre c'était pas mon médecin traitant »

#### 3.3.2.3.4. La formation du médecin

La formation concernant **la technique de pose : nouvelle méthode**

P5 : « quelque chose qu'elle a développé elle » « je suis allée voir Docteur C pour sa méthode »

La **compétence** du médecin :

-**Habilité** pour l'insertion des DIU : P1 : « c'est un médecin s'il en fait la pose bah voilà ils connaissent leur métier » P12 : « Je me suis demandée s'il savait faire (rires) j'avoue »

-Rôle du médecin généraliste, le **suivi non compliqué** : P2 : « du moment où y a pas de souci »

-La **spécialisation** du médecin généraliste : **omnipraticien et sur-spécialisation**

P6 : « c'est ma pédiatre, enfin on fait, on consulte pas de spécialiste au quotidien » P9 : « il avait travaillé aussi avec des femmes enceintes euh donc il connaissait un peu le tout ce qui est grossesse et dispositif de contraception »

Plusieurs médecins étaient **maitres de stage pour les internes**, un élément **rassurant** :

P5 : « elle est maître de stage » « je trouve ça rassurant » « elle continue également à se former et que, elle reste pas à dormir sur ses lauriers »

Cet **apprentissage** a été considéré comme **nécessaire** : P2 : « il faut bien que ça se fasse » P3 : « elle est interne c'est peut-être qui faut qu'elle apprenne aussi »

Le **professionnalisme du médecin** a été relevé :

P9 : « de manière très professionnelle » P12 : « très médical d'un point de vu pour le domaine on va dire sexualité, intimité » « très protocolaire »

#### 3.3.2.3.5. Le choix du gynécologue : un suivi particulier

Le gynécologue faisait parfois le **suivi initial** :

P12 : « mon suivi c'est vraiment mon gynécologue qui est autre chose que mon médecin où je parle de tous mes maux de tous les jours mais sauf ça. »

Le suivi par le gynécologue a été associé aux **grossesses** : P2 : « j'ai jamais été voir un gynécologue mis à part pour les grossesses » P8 : « mon gynéco il m'avait connu pour mes deux grossesses donc je le connaissais très bien, j'étais très à l'aise avec lui »

Ou lorsqu'il y a des **problèmes médicaux** : P8 : « le laser j'ai pas eu le choix que d'aller voir un gynéco à l'hôpital » P12 : « j'irai voir le gynécologue si j'ai un suivi particulier »

L'intérêt d'un **matériel plus spécialisé, l'échographie** : P8 : « c'est moins moderne, y a pas la table, avec pour bien lever les jambes » P14 : « c'est pas lui qui me fasse l'échographie, (...) il est médecin généraliste et qu'il a pas la machine » « un gynécologue il doit avoir ça »

**L'accessibilité du gynécologue** : P12 : « en ville on a la quand on a l'accès aux gynécologues »

#### 3.3.2.3.6. Éléments négatifs concernant le suivi médical

**Un médecin débordé** : P1 : « ils sont débordés » P8 : « elle oublie ce que je lui ai dit un mois avant, enfin bon, en même temps ils voient beaucoup de patients »

**Une consultation rapide** :

P2 : « On a même pas le temps que on s'en rappelle même plus pourquoi on y va »

**L'appréhension d'un médecin non spécialiste** :

P9 : « on préfère aller voir un spécialiste surtout pour des questions très intimes » P10 : « c'est bizarre d'être amenée à voir un médecin généraliste pour justement cette spécialité »

**La difficulté à trouver un gynécologue** :

P8 : « personne à me proposer, il m'a dit de toute façon bientôt plus personne ira au gynéco à part dans les hôpitaux » P9 : « les gynécologues à (cite sa ville) c'est difficile d'en trouver »

#### 3.3.2.4. Gêne liée à l'intimité

##### 3.3.2.4.1. La gêne liée à la nudité

Cette gêne a été liée en partie à la **position de la patiente** lors de la pose :

P1 : « le sentiment de gêne parce que être une demi-heure sur la table c'est jamais une position très agréable » P10 : « les jambes écartées » « c'est vraiment pas le meilleur (rires) moment du monde » P12 : « je me suis dit il voit mon entre-jambe ! (rires) »

Le fait de devoir **se déshabiller, d'être nue** : P3 : « c'est jamais évident de se déshabiller, devant quelqu'un (rires gênés) » P5 : « on se dépouille, on se met sur la table, c'est jamais le passage super génial » P14 : « au moment où il faut enlever ses vêtements, et que lui il est encore à son bureau, c'est un peu bizarre »

Certaines patientes ont été gênées par l'absence d'un lieu isolé pour se déshabiller

P7 : « ce que je regrette c'est que dans la salle où elle examine, il y ait pas un paravent pour pouvoir se déshabiller tranquillement » P14 : « il y a pas de cabine »

#### 3.3.2.4.2. La gêne liée au contexte

La gêne liée aux règles en fait partie, comme précédemment décrite.

La gêne ressentie a été augmentée par la crispation des patientes lors de la pose :

P12 : « comme j'étais crispée j'avais du mal à me détendre »

La gêne ressentie a été atténuée par l'expérience des femmes ou majorée par l'inexpérience :

P7 : « j'avais jamais eu trop d'examen gynécologique (...) c'est toujours gênant » P8 : « Une fois qu'on a eu des enfants, on a moins de... c'est moins violent (rires). »

#### 3.3.2.4.3. La gêne liée au médecin

Une patiente s'est sentie ignorée :

P2 : « elles discutaient toutes les deux qu'on se sent un petit peu, un petit peu seule »

Une gêne liée au médecin généraliste a été notée :

P12 : « j'ai pas trop l'habitude de finalement parler contraception avec mon médecin » « il rentre d'un seul coup dans mon intimité »

Le fait également qu'il y ait plusieurs soignants a été parfois gênant :

P3 : « le fait que déjà elles soient deux » « j'aurai préféré être seule »

#### 3.3.2.5. Douleurs

##### 3.3.2.5.1. La description générale des douleurs

Le type de douleur :

P4 : « comme une **décharge électrique** au niveau des ovaires »

P2 : « mais on sent toujours un **petit picotement** ou un petit truc »

P9 : « sorte **de frottement** sur la paroi qui pouvait être douloureux comme si on grattait »

P3 : « des **crampes**, des bah comme des **contractions** quoi »

P10 : « la même douleur que, qu'on fait ressentir **pendant les règles** »

P4 : « on sent la douleur arriver, bah moi **je me bloque** complètement »

P6 : « la présence de quelque chose qui n'est pas normal » « c'est **plus une gêne** »

P8 : « ça été un peu **sensible**, j'ai eu quelques douleurs »

P4 : « il a inséré le stérilet et là ça été une sensation **terrible** » P5 : « complètement dingue »

P5 : « très vif sur le moment » P10 : « elle était **aigue** » « un pic de douleur »

P11 : « C'était juste un truc un peu **dérangeant** »

P1 : « la pose y a **rien d'agréable** »

**Le moment**, variable : P1 : « quand il a **serré le fils** » P4 : « voilà qui fait **tousser** et qu'on sent cette douleur » P10 : « **il a mesuré**, oui enfin ça m'a touché, euh au fond et ça m'a vraiment fait une douleur » P14 : « un espèce de **coude à passer** et que c'est là que ça fait mal »

**La localisation** de la douleur, variable : P1 : « au niveau de **l'utérus** » P4 : « douleur qui appuyait **sur l'ovaire** » P5 : « au niveau **du col** » P8 : « une **douleur profonde**, quoi c'est vrai que de l'intérieur du ventre, l'utérus, le vagin »

#### 3.3.2.5.2. L'intensité de la douleur

La douleur a été ressentie comme **intense** par sept patientes, qu'elles ont notée entre 0 et 10 (0 aucune douleur et 10 douleur extrême) : P1 : « très intense » « 8 ; 8-8,5 » P3 : « **vachement fait mal** » « sur une échelle de 1 à 10 je dirais 9 ! » P5 : « **extrêmement douloureux** » « 7-8 »

Pour d'autres la douleur a été **plus modérée** : P12 : « légère » « ça serait plus cinq, six » P8 : « supportable » « on va dire 4 » P9 : « j'avais un peu mal » « j'ai dû dire euh deux »

Parfois **aucune douleur** ressentie : P2 : « sans douleur » « je vous dirai 0 ! »

L'intensité a été **cachée** au médecin : P12 : « j'ai pas osé dire que j'avais beaucoup senti »

#### 3.3.2.5.3. La douleur comparée à l'expérience

**Aux autres poses** : P8 : « d'habitude j'ai pas mal » « y a juste eu c'te fois où j'ai eu mal un peu »

**A l'accouchement** : P1 : « par rapport à un accouchement c'est rien du tout »

Comparée **au frottis** : P11 : « au niveau du ressenti ça ressemblait au frottis »

**A l'IVG** : P8 : « j'ai déjà eu euh donc des IVG donc euh c'est peut-être aussi pour ça que je suis pas, j'ai pas trop envie euh de ce genre de manipulation trop souvent »

#### 3.3.2.5.4. La douleur comparée aux attentes

La douleur était **inattendue** : P3 : « je savais pas que ça faisait aussi mal » P8 : « surprise d'avoir mal » ou **attendue** : P9 : « je m'étais préparée à ce que ça puisse faire mal »

La douleur a parfois été **moins intense que prévue** : P10 : « on amplifie le phénomène douloureux » P14 : « je pensais que ça allait être bien pire »

#### 3.3.2.5.5. La douleur, expliquée par le contexte

La **nulliparité** : P3 : « *j'ai jamais eu d'enfant ni rien avant* »

Un **col fermé** : P8 : « *mon col était bien fermé* » « *c'est pour ça que j'ai eu plus mal* »

Certaines femmes ont ressenti un **sentiment d'exception** : P5 : « *je dois être très particulière* »

D'autres ont reconnu que **chaque femme était différente** : P5 : « *une douleur assez importante chez certaines femmes en fait, sûrement pas sur toutes* » P14 : « *j'avais plusieurs sons de cloche donc euh je me disais bien que moi ça allait être encore un ressenti différent* »

#### 3.3.2.6. Les saignements, autre facteur négatif

Ils ont parfois été **importants** : P1 : « *j'ai beaucoup saigné* » P12 : « *il le cachait en fait il mettait une sorte de petit réceptacle* » Ou **peu remarqués** voir **absents** : P5 : « *je n'ai pas eu de saignements* » P13 : « *pas pendant la pose de toute façon on doit avoir, oui on a ses règles.* »

## SYNTHESE DES FACTEURS INTERVENANT PENDANT LA POSE

### 1) Déroulement du geste

Une **bonne installation** dans une **pièce isolée, sans étrier** a permis de respecter l'intimité. Le respect de la **préparation du matériel** et de l'**hygiène** a montré le professionnalisme du médecin. La présence d'une **tierce personne** a été rassurante : un moment « **entre femmes** » rendu **sympathique**, mais parfois **intimidant**. Une **pose rapide et facile** et un **temps de repos à la suite** ont été appréciés.

### 2) Facteurs techniques

Les patientes ont été rassurées d'avoir des **antalgiques avant et après le geste**. L'aspect **technique de pose** a été perçu. Un **nouveau modèle de DIU** a été perturbant. La perception de **deux méthodes de pose et des différentes étapes** ont été rassurantes. Les **difficultés du médecin** ont été ressenties par les patientes.

### 3) Attitude du médecin

La **relation humaine** a été importante : le **lien de proximité** d'un **médecin déjà connu** a permis d'établir une **relation de confiance**. Les **qualités humaines et de communications** du médecin ont été importantes. Un **médecin débordé et rapide** était perçu négativement. Le **genre du médecin** n'était pas gênant, même si certaines préféraient un médecin femme. La **facilité pratique d'accès du médecin et le coût** ont été un avantage pour les patientes. L'intérêt du **médecin généraliste pour un suivi global** a été relevé. Certaines patientes ont cependant préféré garder **deux médecins distincts**. Les patientes ont insisté sur la **formation du médecin généraliste** : un médecin compétent pour un suivi non compliqué. Le rôle de **formateur pour les internes** était un point positif. Un **gynécologue** était nécessaire en cas de **grossesse, de pathologie, ou d'échographie**.

### 4) Gêne liée à l'intimité

La **gêne a été liée à la nudité**, incluant la **position**, le fait de **se déshabiller** devant le médecin. La gêne a été influencée par le **contexte** : avoir **ses règles, être crispée, être face à son médecin, être nullipare**. Cette gêne a été **diminuée par l'expérience des femmes**.

### 5) Douleurs : grand point négatif

Les **douleurs ont été** décrites selon leur **type, le moment et la localisation**. L'**intensité était variable**. La **douleur a été comparée** à leurs **expériences** mais aussi à **leurs attentes**.

**6) Saignements** ils ont été importants ou absents, mais toujours mal vécu.

### 3.3.3. Facteurs intervenant après la pose

#### 3.3.3.1. Vécu et déroulement des suites

Le vécu des suites (dans les semaines suivant le geste) a influencé la vision globale de la pose.

##### 3.3.3.1.1. Consultation de suivi

Des **conseils téléphoniques** ou **par le pharmacien** ont été rassurants :

P9 : « (le) pharmacien je lui ai demandé conseil » P15 : « je l'avais rappelée (le médecin) pour lui dire que j'avais encore mal »

La consultation a permis **un frottis de dépistage** : P7 : « un frottis de contrôle », la vérification des **films** : P8 : « le fil, puis finalement on l'a pas recoupé (...) elle m'a dit on les voit bien »

Le **contrôle du DIU** a été effectué :

-**Par échographie**, rassurant : P5 : « j'ai vraiment préféré l'échographie » P11 : « très rassurant, parce que on sait que au moins c'est bien placé »

-Une patiente a été rassurée par une **contre visite chez le gynécologue** : P5 : « je suis allée me faire vérifier par ma gynéco, qui elle a donc un système euh d'échographie »

-Le contrôle, **un mois après**, permettait de **répondre aux inquiétudes** : P2 : « j'y suis retournée un mois après (...) elle a regardé, elle m'a dit que tout allait bien, tout était bien, tant mieux ! »

-Le contrôle a été **négligé** par les patientes peu inquiètes : P5 : « j'avais un contrôle à faire » « j'aurai même été prête à l'annuler » P13 : « il faut que je trouve cinq minutes pour y aller. »

##### 3.3.3.1.2. Douleurs dans les suites

###### Description des douleurs :

-**Type** de douleur : P9 : « un peu comme des **contractions** euh qui étaient assez douloureuses » P7 : « comme des **règles douloureuses** » P4 : « j'avais l'impression que **ça appuyait** »

-**Localisation**, variable : P4 : « les douleurs au niveau **des ovaires** » P5 : « **au col** lui-même » P13 : « très très mal **au dos** j'ai commencé à avoir mal **aux jambes** » P14 : « ça m'a un peu tirée quand même **dans le ventre** » « un peu derrière **dans les reins** »

-**Durée** : quelques jours à un mois : P5 : « des douleurs ont duré 2 jours » « j'ai eu mal de façon intense pendant une semaine » « une gêne pendant bien un mois »

###### Intensité variable des douleurs :

-**Très intense** : P5 : « le mal s'est vraiment intensifié » P8 : « j'ai dégusté » P9 : « je me tordais de douleur c'était très très douloureux »

-Plus que l'insertion : P9 : « surtout douloureux après la pose »

-Supportable : P7 : « je sentais mais sans, sans plus » P13 : « pas non plus insupportable »

-Moins que prévue : P10 : « j'ai vraiment été surprise du fait que ça fasse vraiment pas non plus mal atrocement »

-Parfois aucune douleur : P1 : « je suis rentrée chez moi, aucune douleur »

**Retentissement des douleurs** : sur la vie quotidienne des patientes

-Sur l'activité : P8 : « J'ai passé une mauvaise journée » P10 : « je pouvais même pas me concentrer tellement j'avais mal »

-Nécessité de repos : P4 : « le soir j'étais vraiment hors service, ça a pris toute mon énergie »  
P15 : « il a fallu que je me couche »

#### 3.3.3.1.3. Saignements dans les suites

Parfois **intenses et inquiétants** : P1 : « très très intenses » P4 : « entre les douleurs et le sang je me suis dit ... au mon dieu, est ce que ça été bien posé ? » P9 : « c'était plus les saignements qui m'inquiétaient. » Ou comme des **règles** : P1 : « semblable à des règles »

**Quelques jours** : P3 : « 2 semaines » P8 : « un jour et demi » P9 : « les saignements 5 jours. »

#### 3.3.3.1.4. Complications dans les suites

**Descente avec nécessité de changement ou expulsion** :

P3 : « il était redescendu, qu'il était juste à l'entrée du col » « elle me l'a enlevé et après elle m'a remis le nouveau » P6 : « j'ai expulsé le stérilet »

**Malaise vagal** : P4 : « les jambes qui vacillaient » « l'impression qu'on va partir » « très froid et très chaud » P5 : « ça m'a donné le tournis »

Les patientes ont insisté sur **l'importance de l'absence de complication** :

-Pas de complication générale : P7 : « il y a pas eu plus de complication »

-Pas de malaise : P1 : « je suis ressortie sans avoir de malaise, sans avoir à être hospitalisée »

-DIU en place : P2 : « ce qui est important c'est de savoir qu'il soit bien en place après ! »

#### 3.3.3.2. Vision globale de la pose a posteriori

##### 3.3.3.2.1. Dénomination du geste

Le terme utilisé pour désigner le geste, par les patientes révèle un point de vu péjoratif :

**épreuve et intervention** : P1 : « comme toute intervention » P4 : « une grande épreuve ! »

### 3.3.3.2.2. Vécu globalement positif

Le **choix du DIU** a été **conforté** et **conforme aux attentes** :

P7 : « rassurée dans mon choix, je me suis dit c'est bon tu t'embarques pas dans un truc encore... où ça va te créer plus de soucis » P9 : « conforme à ce que j'attendais »

La pose a été **plutôt bien vécue** :

-**Bien vécue** : P5 : « la séance en elle-même s'est très bien passée » « je suis une belle réussite »

P12 : « je suis ravie de la pose euh du contact »

-**Pas mieux** : P14 : « je pense ça aurait pas pu mieux se passer enfin tout s'est bien déroulé »

-**Soulagement, enfin finie** : P1 : « je suis rentrée chez moi euh soulagée ! (rires) » P8 : « je suis contente que ça soit fait, et puis qu'on me foute la paix ! (rires) »

-**Surprenante** : P4 : « je m'attendais pas du tout à avoir un ressenti pareil »

-**Souvenir : bon ou mauvais** : P3 : « c'est pas un bon souvenir ! (rires). » P6 : « pas quelque chose de très positif mais rien de négatif » P8 : « j'ai pas un mauvais souvenir de ma pose »

La pose n'a **pas été un moment insurmontable** : P7 : « pas insurmontable » P8 : « c'est rien du tout par rapport aux femmes qui avaient pas de contraception »

Les patientes se sont **surpassées** : P1 : « la santé est plus importante avant tout, je l'ai mis dans la poche, la fierté aussi et en avant ! » P7 : « fallait y aller, après on se pose plus trop de questions »

#### **SYNTHESE DES FACTEURS INTERVENANT APRES LA POSE**

**Vécu et déroulement des suites** : La **consultation de suivi** et les **conseils donnés** ont permis de rassurer les patientes. **Les fils ont été vérifiés** et **un frottis** a pu être fait. **L'échographie de contrôle** a été le principal élément rassurant. Les **douleurs ressenties, leur type, leur localisation, leur intensité et leur durée** était variables selon avec parfois un **retentissement sur la vie quotidienne**. Les **saignements** ont été **inquiétants** pour la plupart des patientes. Les patientes ont insisté sur **l'absence de complication** pour le vécu positif. Certaines ont ressenti un **malaise vagal** et d'autres ont eu une **expulsion du DIU**.

**Vision globale de la pose** : Le **terme utilisé** par certaines patientes était **négatif** : une **épreuve** ou une **intervention**. Le **choix** des patientes a été **conforté**, la **pose plutôt bien vécue**. Le **moment de la pose n'a pas été insurmontable**, certaines se sont **surpassées** et ont été **soulagées** que cela soit fini.

### 3.4. Objectifs secondaires

#### 3.4.1. Améliorer le confort

La question « *comment améliorer le confort de la pose ?* » a été posée aux patientes

##### 3.4.1.1. Diminuer les appréhensions

- Ne pas appréhender** : P2 : « *arrêter d'appréhender* » « *plus on est stressé et pire c'est !* »
- Expliquer **le ressenti** : P4 : « *qu'est-ce qu'on va ressentir, qu'est-ce qu'on peut ressentir* »
- Expliquer **le déroulement** : P4 : « *savoir vraiment euh voilà comment ça va se passer* »
- Expliquer **la méthode de pose** : P4 : « *quelle est la méthode utilisée du coup par le praticien* »
- Expliquer **ce qui doit amener à reconsulter** : P5 : « *qu'on soit bien consciente que si on a la moindre chose il faut revenir chez le médecin* » « *que la personne soit vigilante* »

##### 3.4.1.2. Diminuer la douleur

- Réussir du premier coup la pose** : P15 : « *peut-être si elle avait réussi du premier coup déjà* »
- Antalgiques** P1 : « *en ayant des antidouleurs ou après c'est difficile à gérer* »

##### 3.4.1.3. S'adapter à chaque femme

P1 : « *il faut les adapter à chacun* » P4 : « *on est tous différents et on aura pas les mêmes sensations forcément* »

#### **SYNTHESE : AMELIORER LE CONFORT**

**Améliorer le confort** revient à **favoriser les facteurs amenant à un vécu positif**, comme les explications et **diminuer les facteurs amenant à un vécu négatif**, comme les appréhensions, les douleurs. **Tout en s'adaptant à chaque femme.**

#### 3.4.2. Améliorer l'acceptation du DIU

##### 3.4.2.1. Connaître les appréhensions propres au DIU

Appréhensions liées à la **nature du DIU** :

- La notion de **corps étranger** : P1 : « *j'aimais pas avoir l'idée d'avoir quelque chose d'extérieur* » P2 : « *un truc étranger à l'intérieur de moi* » P14 : « *un corps étranger* »
- Un moyen **non contrôlable** : P10 : « *pas pouvoir contrôler en fait, son, sa contraception* »
- Efficacité ?** : P7 : « *savoir si c'est bien fiable* » P11 : « *on me dit 99% sur pour moi ça l'est pas* »

Appréhensions liées aux **effets secondaires possibles** du DIU :

- Les **interactions médicamenteuses** : P9 : « *j'ai pas le droit aux trucs anti-inflammatoires* »
- Le **retentissement sur la sexualité** : P1 : « *peur aussi d'avoir mal pendant les rapports* »
- La **dépression** : P5 : « *mon amie qui avait eu sa déprime [...] si moi ça faisait pareil ?* »
- L'**action sur les règles** : P3 : « *ça arrête nos règles, jme suis dit est ce que c'est vraiment bon ou pas* » P9 : « *ça me gênait un peu d'avoir plus de règles* »
- Peur de **ne pas supporter le DIU** : P3 : « *si vraiment ça marche pas que je dois reprendre la pilule ça m'embêtait* » P4 : « *peur de pas le supporter* »

Appréhensions par rapport aux **complications possibles du DIU**

- Le **déplacement** : P4 : « *peur que ça se déplace* » « *chaque fois que je tousse il bouge ou pas ?* »
- L' **expulsion** : P14 : « *j'avais une inquiétude, c'est qu'il tombe* »
- La **grossesse intra et extra utérine** : P1 : « *peur de tomber enceinte* » P14 : « *on parle stérilet, on se dit qu'il peut y avoir des grossesses extra-utérines* »
- Une **infection** : P4 : « *j'avais peur de faire des infections* »
- Une **allergie** : P4 : « *de faire une allergie* »
- La **stérilité** : P7 : « *si ça peut faire des complications après tu peux plus avoir d'enfants* »

Appréhensions liée au fait de **changer de contraception** : P7 : « *changer complètement de moyen de contraception [...] ça va encore compliquer des choses* » « *changer mon train-train* »

### **Interrogations**

- Complications à long terme** : P8 : « *j'espère que le cuivre ça me fragilise pas au fur et à mesure des années* » « *c'est des hormones, ça c'est peut-être pas très bon à long terme* »
- Action abortive** : P5 : « *ok l'avortement c'est une chose, ça s'en est quand même une autre, il ne faut pas non plus exagérer* » « *qu'est-ce que j'ai fait, j'ai fait une erreur ?* »
- Pourquoi pas plus de pose ?** P7 : « *pourquoi y en a pas peut être plus qui le font ?* »
- Meilleur : cuivre ou hormone ?** P2 : « *le stérilet cuivre ou celui-là quel est le mieux ?* »

### 3.4.2.2. **Connaître les raisons du choix et du non choix du DIU**

#### 3.4.2.2.1. **Choix du DIU**

**Contraception conseillée** : P5 : « *des amies l'avaient* » P13 : « *c'est ma médecin qui m'a convaincue* »

Contraception vue comme **une solution** :

Une **obligation** : P1 : « Par obligation » P8 : « on m'a pas proposé beaucoup d'autres solutions » P15 : « j'ai pas choisi »

**Le meilleur moyen de contraception** : P4 : « je me suis dit que c'était le meilleur moyen »

Une **décision rapide** : P5 : « un coup de tête » « très vite, et juste pour pas changer d'avis »  
P9 : « je voulais tester »

Le DIU au cuivre, a été en **opposition avec une contraception hormonale** :

**Pilule : contre-indication** : P1 : « j'ai fait un infarctus et que tabac plus pilule » P4 : « à un âge où en plus je fume » P7 : « après le lupus, on m'a dit fallait que je change de pilule » P15 : « j'avais des triglycérides » **Oublis du cachet** : P9 : « un peu compliqué de prendre tous les jours un contraceptif oral » P11 : « cet oubli de médicament » « cette pilule-là pff, j'arrivais pas. »

**Hormones non supportées** : P7 : « des règles pas bien régulières » P13 : « la pilule avant du coup m'avait fait prendre pas mal de kilos » P14 : « des très grosses migraines »

**Pas l'implant** : P14 : « l'implant ça me disait pas du tout. »

**Avantages retrouvés** :

**Confort de vie, pratique** : P5 : « un mieux dans ma vie de tous les jours » « le plus pratique »

**Action mécanique, longue** : P9 : « le fait que ça soit mécanique. » « cinq ans, au moins je suis tranquille »

Choix **lié au contexte** :

**Après leurs grossesses** : P11 : « après deux enfants euh ouais je pense que c'est l'idéal »

**IVG** : P11 : « avec les IVG » « à pas prendre forcément régulièrement la pilule »

**Nouveau compagnon** : P14 : « je me suis remise avec quelqu'un »

**Après implant** : P9 : « mon implant je savais que l'échéance allait, enfin ça allait s'écouler »

**Type de DIU** :

**Cuivre** : P6 : « **plus naturel** que la pilule » P11 : « plus trop envie de prendre quelque chose de chimique »

**MIRENA : absence de règles, bon ou pas bon ?** P4 : « on a pas nos règles et qu'on évacue pas le mauvais sang [...] y a pas d'autres contraintes ? »

#### 3.4.2.2.2. Non choix du DIU

**Hésitation** : P4 : « j'étais assez mitigée, j'ai mis longtemps à me décider »

**Vision négative** : P1 : « j'aimais pas le principe » P11 : « je connaissais des choses qui étaient plutôt négatives »

**Par négligence** : P14 : « j'ai un peu laissé le truc passer là ces trois dernières années »

**Autre contraception : pilule, implant ou aucune** : P1 : « je me suis pas protégée pendant longtemps » P9 : « j'avais choisi l'implant. » P15 : « la pilule c'était bien plus pratique »

### 3.4.2.3. Evaluer la tolérance du DIU

**Règles** : P5 : « les règles ont du mal à se mettre en place » « des saignements un peu intempestifs » P11 : « le premier cycle était tellement en cafouillage »

#### **Sexualité** :

**-Patiente** : P1 : « impression qu'on me poussait un objet, enfin c'était **assez désagréable.** » P7 : « des fois je sens **une douleur** » P9 : « **obligée d'expliquer** à mon partenaire que j'avais ça »

**-Compagnon** : P6 : « je pense **un peu piquant** » P9 : « effectivement **il le sentait** »

### 3.4.2.4. Evaluer la satisfaction du DIU

#### 3.4.2.4.1. Liée à la contraception

**-Rassurée, retire un poids** : P1 : « régler ce souci de contraception » P3 : « un soulagement » P11 : « ce problème de contraception est beaucoup moins pesant »

**-Une tranquillité** : P7 : « une fois que c'est posé on est quand même tranquille »

#### 3.4.2.4.2. Lié au choix du DIU :

**Pas de regret** : P1 : « dommage de pas l'avoir fait plus tôt » P5 : « j'ai bien eu raison »

#### 3.4.2.4.3. Satisfaction globale

**Avis positif** : P1 : « c'est une renaissance ! » P2 : « génial ! » P5 : « 100% ravie » P8 : « une super invention ! » P14 : « contente d'avoir passé le cap ! »

**Efficace** : P6 : « le but étant l'efficacité, c'était voilà conforme à mes attentes »

**Conseillé** : P2 : « je l'ai conseillée à ma fille » « je dirai aux femmes allez-y ! »

### **SYNTHESE : AMELIORER L'ACCEPTATION DU DIU, POINTS IMPORTANTS**

-Connaître les **principales appréhensions concernant le DIU** afin d'adapter les explications et mieux rassurer les patientes : la notion de **corps étranger**, de **contraception non contrôlable** et le doute sur **l'action abortive** sont des éléments pouvant effrayer.

Les **effets secondaires** avec notamment le **retentissement sur la sexualité**, les **complications** et la **mauvaise tolérance** peuvent être des freins au choix du DIU. La peur de **l'inconnu, du changement** et du **geste** faisaient parties des appréhensions principales.

-La **connaissance des raisons du choix du DIU** permet de mieux orienter chaque patiente vers la contraception adaptée. Un DIU peut avoir été **conseillé**, être considéré comme une **solution**, parfois une **obligation**. Le **DIU au cuivre** paraissait **plus naturel** et le **DIU au LNG** avait l'avantage d'**agir sur les règles**. Les patientes cherchaient un **confort de vie**, une **méthode pratique**, de **longue durée**. Certaines patientes avaient besoin de **réflexion**.

-Les patientes ont été **satisfaites du DIU**, résolvant **le problème de la contraception**.

#### 3.4.3. Faciliter l'accès au DIU

##### 3.4.3.1. Terme à utiliser : stérilet ou DIU ?

###### 3.4.3.1.1. Stérilet

**Stérilet, courant, plus facile :** P5 : « le nom commun que tout le monde connaît bien. » P14 : « Stérilet. Parce que ça, c'est moins imagé que dispositif intra-utérin »

**Terme ancien :** P8 : « on est des anciens (rires), on disait peut-être plus stérilet avant »

**Utilisé par le gynécologue :** P8 : « il me disait stérilet mon gynéco il me disait pas trop DIU. »

**Péjoratif :** P6 : « cette connotation péjorative » « la racine « stérile » » « ces idées reçues de pas mettre de stérilet à une femme qui aurait pas eu d'enfant »

###### 3.4.3.1.2. DIU

**Terme médical :** P6 : « le vrai nom c'est DIU » P12 : « un jargon médical » P14 : « intra-utérin ça fait vraiment, on voit vraiment l'utérus »

**Long, pas naturel :** P5 : « ça fait un peu long » P10 : « je l'emploierai pas naturellement. »

##### 3.4.3.2. Etat des lieux des connaissances sur le DIU

###### 3.4.3.2.1. Connaissances générales

**Type de DIU : deux différents :** P7 : « une différence entre au cuivre et aux hormones »

-**Cuivre** : P6 : « un effet spermicide » P8 : « pas d'hormone » P14 : « c'est inflammatoire »  
-**MIRENA** : P1 : « hormones qu'on met à l'intérieur » P6 : « ils agissent plutôt sur la glaire cervicale »

**DIU adressé à toutes les femmes**, dont les **nullipares** : P6 : « toute femme » P8 : « même à des femmes qui ont pas eu de grossesse » P12 : « tout type d'âge »

#### Quel est son action ?

-**Contraceptive, réversible** : P1 : « ça évite d'avoir des grossesses » P3 : « on pouvait l'enlever. »

-**Abortive ?** P6 et P8 : « un dispositif qui empêche la nidation de l'œuf s'il y a eu fécondation »

-**Action sur les règles** : P1 : « un stérilet aux hormones qui a priori ne donne plus de règle »

**Complications connues** : P4 : « il y a eu des **grossesses** » « euh voilà **l'utérus perforé** »

#### Caractéristiques propres du DIU

-**Localisation anatomique mal connue** : P4 : « au niveau de... des ovaires, du vagin » P10 : « ce qui est justement appareil endocrinien donc on le voit enfin très rapidement enfin au lycée »

-**Durée action bien connue** P2, P3, P8 et P9 : « C'est tous les 5 ans »

-**Efficacité** : P7 : « aussi fiable qu'une pilule bien prise » P12 : « sûr à 99% sans être à 100% »

-**Forme** : P9 : « une forme de T » P8 : « différentes tailles » P10 : « objet en forme de parapluie »

-**Non senti mais suivi nécessaire** : P6 : « indolore » P7 : « bien faire les contrôles quand même »

-**Fonctionnement mal connu** : P11 : « je savais pas trop comment ça fonctionnait »

#### 3.4.3.2.2. Inconvénients du DIU

**Pose douloureuse** : P9 : « Les aspects négatifs c'est la pose qui peut être un peu douloureuse »

**Effets MIRENA®** : P12 : « y a des **hormones** changement d'humeur, baisse de libido, boutons »

**Effets cuivre** : P8 : « des **règles hémorragiques** » « règles un peu trop fortes »

#### 3.4.3.2.3. Avantages du DIU

##### Modalités d'action

-**Rien à prendre** P7 : « moins contraignant [...] pas une pilule à prendre tous les jours »

-**Pas de manipulation** : P8 : « pas de chose à mettre dans le vagin, avant chaque rapport »

-**Longue action** : P3 : « pas repasser par-là trop souvent » P13 : « 5 ans de tranquillité »

**Bonne tolérance** : P8 : « **sans effet indésirable** » P14 : « sans encombre quoi une fois que c'est mis et posé. » P1 : « un **confort de vie** qui n'est pas négligeable. »

### 3.4.3.3. Moyens d'approche du DIU

**Moyens médicaux :** P2 : « **le médecin traitant** que j'avais » P5 : « c'est moi qui suis venue en parler donc d'abord à ma **gynécologue** » P10 : « une copine qui est **sage-femme** » « un **problème de pilule** et donc du coup elle m'avait dit ben écoute au pire tu poses un stérilet»

**Moyens personnels :** P3 : « **ma mère** en avait déjà eu un » « **ma belle-sœur** ouais, elle m'en a parlé » P4 : « **les amies**, qui m'ont aidée à prendre une décision. »

**Moyens culturels :** P4 : « des **forums aussi sur internet** » P6 : « **Martin Winckler** qui a un blog » « sur **France Inter** » P8 : « des **émissions médicales** » P10 : « un **site internet du gouvernement** » « le **collège** » P12 : « les **magazines** » « **connaissances générales.** »

### 3.4.3.4. Moyens d'améliorer le conseil contraceptif du DIU

#### 3.4.3.4.1. Explications

**Schéma anatomique :** P4 : « un schéma qui montre où il est situé »

**Dédramatiser la douleur :** P14 : « dédramatiser un peu » « ça fait pas si mal. »

**Explications sur le DIU :** P3 : « les avantages comme les inconvénients, » P5 : « les effets secondaires en parler un petit peu » P8 : « comment ça fonctionne » P9 : « c'est pendant cinq ans » P10 : « la distinction entre celui qui est en cuivre et celui avec des hormones »

**Explications sur toutes les contraceptions :** P1 : « être informée sur les différentes choses qui existent et euh la facilité aussi de pouvoir les installer les utiliser correctement. »

**Sur la satisfaction :** P9 : « le nombre de femmes qui ont déjà un stérilet et qui sont satisfaites »

#### 3.4.3.4.2. Moyens pédagogiques

P4 : « **la notice** ils peuvent faire peur » P5 : « Ça peut faire des compléments »

P1 : « plus d'information au niveau national ou dans **les magazines** »

P14 : « en parler euh vraiment quand on est gamine euh **au lycée** »

P6 : « **plaquettes en salle d'attente** avec tous les moyens de contraception »

P11 : « **par les médecins traitants** et pas forcément les gynécologues » « l'explication, enfin ça j'imagine que tout le monde est capable de le faire sans forcément poser. Mais informer. »

#### 3.4.3.4.3. Lutter contre les tabous

**Nulliparité et DIU :** P6 : « en France visiblement c'était plus posé chez les femmes ayant eu des enfants » P7 : « avant une grossesse ça se fait pas »

**Sujet tabou :** P1 : « c'est peut-être un sujet tabou » « c'était moi qui demandais la pilule mais à aucun moment ils m'ont dit « mais vous pourriez avoir le stérilet » »

**Déjouer les idées préconçues :** P1 : « pas mal d'idées préconçues sur le stérilet » P6 : « c'est quand même plus attribué au stérilet ces grossesses non désirées » P13 : « des a priori »

**France en retard :** P6 : « en France c'est très peu développé tout ça, »

#### **SYNTHESE : FACILITER L'ACCES AU DIU, ELEMENTS A PRENDRE EN COMPTE**

-La majorité des patientes a utilisé **le terme stérilet, plus courant** malgré la **connotation péjorative** de la racine « stérile ». **Le DIU** a été considéré comme un **terme très médical**.

-**Adapter les explications aux connaissances** : les **types de DIU, leurs actions, leurs caractéristiques, leurs effets secondaires, leur tolérance** et leurs **avantages** étaient connus. **La localisation anatomique** et le fonctionnement du DIU étaient mal connus. La majorité des patientes savaient que le **DIU était possible chez les nullipares**.

-**Faciliter les moyens d'approche** : qui leur en a parlé ? Des **approches médicales, personnelles** et **approches culturelles** ont été retrouvées.

-Pour **améliorer le conseil contraceptif sur le DIU**, les patientes ont insisté sur les **explications** et les différents **moyens pédagogiques**. **Lutter contre les tabous**, concernant la **nulliparité**, et le **rôle informatif du médecin traitant** étaient essentiels.

## 4. DISCUSSION

### 4.1. Résultats principaux

Les résultats principaux répondant à la question de recherche ont été présentés précédemment en trois parties chronologiques (avant, pendant et après la pose) afin d'obtenir une vision globale du vécu. Les facteurs principaux permettant un vécu positif ou négatif de la pose ont ainsi été mis en évidence.

Facteurs amenant un <b>vécu positif</b>	Facteurs amenant un <b>vécu négatif</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Des explications claires</li><li>- Les éléments du contexte</li><li>- Une patiente bien installée</li><li>- Un médecin bienveillant, accessible et compétent</li><li>- Une technique de pose la moins douloureuse possible</li><li>- Une prescription d'antalgiques réfléchie</li><li>- Une consultation de suivi rassurante</li><li>- L'absence de complication</li><li>- Une satisfaction globale du DIU et sa pose</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Les appréhensions</li><li>- La gêne liée à l'intimité</li><li>- Les douleurs</li><li>- Les saignements</li></ul>

Tableau 3 : résultats principaux

### 4.2. Discussion des résultats

Les principaux thèmes abordés dans les résultats sont analysés ici et comparés à d'autres études afin de souligner leur pertinence ou de les réfuter. Il existe peu de données de la littérature concernant le vécu spécifique de la pose des DIU. Nous avons comparé nos résultats à ceux retrouvés dans des études s'intéressant aussi au vécu de l'examen gynécologique en général.

#### 4.2.1. Analyse des résultats répondant à la question de recherche :

### **Quelles sont les conditions favorables pour qu'une pose de dispositif intra-utérin en cabinet de médecine générale soit bien vécue par les patientes ?**

#### 4.2.1.1. Facteurs amenant à un vécu positif de la pose

##### 4.2.1.1.1. Des explications claires

Les données de la littérature concernant les explications s'intéressent surtout aux conseils contraceptifs concernant le DIU, peu d'études s'intéressent aux explications propres à la pose.

- Mieux expliquer facilite une meilleure compréhension

Une pré-consultation permet d'expliquer le geste sans précipitation, afin que les patientes puissent avoir le temps de poser leurs questions. Selon l'étude de Rosenberg, les échecs contraceptifs étaient moins fréquents lorsque le médecin prenait le temps de parler et de conseiller la femme en répondant aux questions et aux doutes.(22)

Des explications données de manières claires et complètes, la verbalisation au fur et à mesure du geste sont des éléments rassurants. Gemzell-Danielsson a qualifié cette verbalisation « d'anesthésie verbale ». (23) Une revue de la littérature de conseils pratiques pour la pose du DIU chez les adolescentes a précisé qu'il fallait maintenir une voix apaisante et un flux continu de la conversation qui comprenait l'avertissement du patient avant toute manipulation du col ou des instruments. (24)

Une maquette ou un schéma explicatif du positionnement du DIU et de l'anatomie féminine est nécessaire, afin que les patientes puissent mieux comprendre le fonctionnement de leur contraception. A. Fournier dans son étude qualitative portant sur le regard des femmes en demande de contraception sur le DIU, a souligné qu'il y avait parfois un défaut de connaissance de l'anatomie et du lieu d'action du DIU. Elle a proposé afin d'améliorer les connaissances et de dédramatiser la douleur, une information « in vivo ». Cette information consistait à montrer aux femmes un modèle d'exposition de DIU avant l'insertion leur permettant de le voir et de le toucher. (20) Cet intérêt d'une manipulation du DIU par les patientes a été retrouvé dans une étude qualitative californienne de 2013 auprès de patientes nullipares sur leurs besoins en matière de conseils contraceptifs. (25)

- Choisir le contenu et la quantité des explications : rassurer sans effrayer

Des explications propres au DIU, sur le type, le fonctionnement, la durée d'action ainsi que les avantages et inconvénients permettent à chaque patiente d'avoir les éléments essentiels pour faire le choix éclairé de cette contraception et ainsi mieux appréhender leurs futurs cycles. (26) Dans certaines études, un défaut d'information avait été retrouvé chez des femmes qui n'avaient jamais eu de DIU. (27)

Des explications propres au matériel utilisé, au geste et à son déroulement, ainsi que sur la douleur ressentie permettent de mieux appréhender et tolérer la pose. (24) Des recommandations américaines sur les contraceptifs de longue durée d'action ont précisé qu'il fallait informer les patientes que l'insertion d'un DIU pouvait causer de la douleur et de l'inconfort pendant quelques heures et des saignements pendant quelques jours. (28)

Expliquer les complications possibles, les médicaments à prendre ainsi que l'intérêt d'une consultation de suivi permet de rassurer les patientes. Elles peuvent ainsi comprendre les éléments physiologiques ou pathologiques devant les alerter et les faire consulter. Ces explications ont permis un bon taux de continuation du DIU selon une cohorte prospective évaluant les barrières au choix d'un contraceptif de longue durée d'action publiée en 2010. (29)

#### 4.2.1.1.2. Les éléments du contexte

- Pour une majorité de patientes l'insertion s'effectue au moment de leurs règles.

Ce moment faciliterait la mise en place grâce à un col plus ouvert, afin d'en diminuer les douleurs. Dans un article de la revue *Prescrire*, le moment idéal se situait dans les derniers jours des règles. Le col était en principe plus souple et le risque de grossesse quasi nul. (30) Un guide de pratique clinique canadien a évoqué une augmentation du risque d'expulsion du DIU en cas d'insertion lors des règles. (31) Une revue de la littérature de 2012 incluant huit articles a étudié les différents moments possibles. Cette revue a suggéré que le moment de la pose du DIU au cuivre avait eu peu d'effet sur les résultats à plus long terme (taux de poursuite, le retrait du DIU, l'expulsion ou la grossesse) ou sur les résultats à plus court terme (de la douleur et des saignements lors de l'insertion, les expulsions immédiates). Cependant cette revue n'avait pas retrouvé d'étude concernant le DIU au LNG. (32)

Insérer le DIU pendant les règles est source de gêne pour les patientes. Une étude qualitative publiée en 2006 au Royaume Uni a retrouvé que ce moment pouvait rebuter les patientes et participer à l'anxiété liée à la mise en place du DIU. (27)

Une étude récente a montré que d'exiger d'une femme d'avoir ses menstruations pour ce geste, nécessitait deux consultations, ce qui pouvait constituer un obstacle à sa réalisation. (33)

Mettre le DIU pendant les règles permet de s'assurer de l'absence de grossesse. Chez les patientes pour qui le risque de grossesse est nul, le geste peut se faire en dehors des règles permettant de diminuer la gêne et le nombre de consultations.

- La pose d'un DIU chez une patiente nullipare a fait l'objet de nombreuses publications. Les recommandations de l'ANAES en 2004 ont précisé qu'il n'y avait pas de contre-indication à effectuer ce geste. (4,28) Les complications et contre-indications étaient les mêmes que chez les patientes multipares. (5,34) Certaines études ont retrouvé que d'un point de vue technique, l'insertion semblait plus difficile et plus douloureuse chez les adolescentes et les femmes nullipares. (35,36) Selon un article récent du collège américain des gynécologues obstétriciens, plus de la moitié des patientes rapportait un inconfort ou une douleur pendant cet acte. Malgré tout, la plupart des DIU étaient mis sans complication. (37) Cependant il persiste une réticence à utiliser cette contraception chez ces patientes. Pour ces patientes, le fait de percevoir une hésitation de la part de certains médecins à effectuer la pose n'est pas un élément rassurant. L'appréhension peut être augmentée ce qui ne favorise pas cette contraception. La revue de la littérature de Black sur des articles publiés de 1990 à 2012 a souligné qu'il existait des réticences à la fois des professionnels de santé et des patientes à l'utilisation du DIU chez les patientes nullipares. Selon cette revue, il fallait veiller à ce que le DIU pour les patientes nullipares ne soit pas négligé par les professionnels de santé. (38) Ces réticences ont également été retrouvées pour les médecins français. (8)

- Certains moments sont propices à la réalisation du geste dans de bonnes conditions. Ce moment peut être un moment de repos, chez une patiente avec un état d'esprit libre et détendu. L'insertion dans un contexte d'accouchement quelques semaines avant est bien vécue, en comparaison avec les circonstances de l'accouchement.

Une anomalie anatomique peut rendre difficile la mise en place. Harrison-Woolrych a retrouvé dans son étude des difficultés d'insertion dans 1.3% des cas et elles étaient 17 fois plus fréquentes en cas de rétroversion utérine. (39)

#### 4.2.1.1.3. Une patiente confortablement installée

- Un geste réalisé dans de bonnes conditions.

Accueillir la patiente permet qu'elle soit détendue et en confiance. La présence d'un endroit isolé ou d'un espace séparé pour l'examen permet de respecter son intimité. Cet élément a également été retrouvé par A. Yvon, lors du vécu du premier examen gynécologique. (10) Dans la thèse de A. Grange Cabane, (14) le fait de pratiquer l'examen gynécologique dans une pièce fermée et d'être attentif au vécu et au bien-être de la patiente étaient considérés comme des pistes permettant d'améliorer le confort des patientes.

La position adoptée pour l'examen est importante pour le vécu de l'examen. Une thèse a récemment évalué en étude qualitative le ressenti des patientes concernant l'examen gynécologique en décubitus latéral. A. Guillon (13) a noté surtout l'importance de laisser le choix à la femme de la position d'examen. Dans cette étude, le respect de la pudeur était un élément déterminant dans l'appréciation du décubitus latéral.

A. Grange Cabane dans son étude descriptive non interventionnelle (14) a évalué le décubitus latéral et les perspectives pour l'examen gynécologique du point de vue des patientes. Le respect de la pudeur lors de l'examen en décubitus latéral était rapporté par la quasi-totalité des patientes (96%). Pour 96% des examens en décubitus latéral effectués chez des femmes ayant déjà été examinées en position « classique », le confort était considéré comme identique (18%) ou meilleur (78%). Proposer un oreiller ou recouvrir la patiente d'un drap a aussi été évoqué dans ces deux thèses.

L'absence d'étrier interfère positivement lors de la pose du DIU. Cet élément a été retrouvé à ce sujet dans une étude publiée en 2006 lors de l'examen gynécologique. Cette étude a montré que l'absence d'étrier diminuait le sentiment de vulnérabilité et l'inconfort des patientes sans altérer la qualité des frottis. (40) Il n'y a cependant pas eu d'étude concernant la qualité de la mise en place du DIU sans étrier.

- Le déroulement de la consultation de façon protocolaire est vécu comme rassurant.

La préparation du matériel, le respect de l'hygiène et le fait d'examiner la patiente avant l'examen montrent le professionnalisme du médecin. Les patientes sont ainsi rassurées concernant l'habileté du médecin à effectuer le geste. L'insertion méthodique d'un DIU est rappelée dans un article de la revue Prescrire. (30)

- Une pose rapide synonyme de facilité.

La rapidité de l'acte contraste avec le besoin des patientes d'avoir un temps de repos dans ses suites. Respecter chaque étape et être rapide étaient aussi important dans le contexte du premier examen gynécologique. (10)

#### 4.2.1.1.4. Un médecin bienveillant, accessible et formé

- La relation humaine : essentielle pour un vécu positif

Dans la relation médecin-patiente, la notion de relation de confiance avec son médecin est essentielle, d'autant plus lorsque l'examen en question relève de la sphère intime. Cette relation de confiance se construit grâce à un lien de proximité, un médecin connu depuis l'enfance ou conseillé. A. Guillon dans sa thèse qualitative sur le ressenti de l'examen gynécologique en décubitus latéral, a retrouvé qu'un examinateur inconnu engendrait une moindre confiance de la part de la patiente. (13) Elle a également retrouvé que la relation médecin-patiente prédominait sur la méthode d'examen : la confiance en l'examineur et la qualité du contact étaient des conditions indispensables au bon déroulement de l'examen.

Un médecin rassurant, attentif, délicat, sûr de lui et mettant à l'aise est reconnu comme ayant les qualités humaines importantes. Des qualités de communications sont aussi reconnues : un médecin qui prend son temps pour conseiller et valoriser la patiente. Ces qualités ont aussi fait partie des pistes proposées par A. Grange Cabane dans sa thèse visant à améliorer le ressenti de l'examen gynécologique : demander à la patiente si elle se sentait confortablement installée, être attentif à son vécu, accompagner l'examen de commentaires et d'informations, demander à la patiente si elle est prête pour l'examen et le pratiquer avec douceur. (14)

Le genre du médecin n'engendre pas de gêne importante même si certaines patientes préfèrent être suivies par une femme.

Ces éléments de confiance, de qualités humaines du médecin généraliste ont aussi été retrouvées dans le cas du suivi gynécologique avec réalisation de frottis cervico-utérin dans la thèse de L. Leroy. (11) Dans cette thèse, la notion de genre du médecin a été évoquée avec des conclusions similaires à celles retrouvées dans notre étude.

- Un accès facile et pratique au médecin

Un accès simple au médecin proposant le DIU favorise l'accès à cette contraception. Cette facilité d'accès peut rentrer dans le critère de choix d'un DIU : des rendez-vous rapides et la proximité géographique. Une structure libérale, non hospitalière est parfois plus rassurante et moins impressionnante. Ces éléments ont aussi été cités par les femmes pour la réalisation du frottis cervico-utérin par le médecin généraliste : plus rapide et pratique, proximité du cabinet, facilitée pour obtenir un rendez-vous. (11) Ils sont également cités par les médecins généralistes dans les facteurs déterminants de leur pratique gynécologique. (41)

Un aspect non négligeable a été le montant des honoraires à verser pour la pose. Cet élément a été retrouvé notamment dans la littérature anglo-saxonne où les systèmes de soins et de remboursements sont différents de la France. (29)

Selon des études, en moyenne, compte tenu de sa durée d'utilisation, le DIU constituait la méthode contraceptive la moins coûteuse en terme de coût total et de reste à charge annuel pour les femmes. (1,9)

- Un suivi physiologique global et simple

Effectuer la pose du DIU par un médecin généraliste permet d'avoir un suivi global, un unique médecin pour la contraception, le dépistage et les problèmes de santé généraux. Certaines patientes préfèrent cependant ne pas mélanger les différents suivis et garder deux médecins distincts. Le suivi par un gynécologue reste important en cas de grossesse, de pathologie ou lorsqu'il est nécessaire d'avoir une échographie et du matériel plus spécialisé.

Ces avis différents concernant le choix du médecin ont aussi été retrouvés par L. Leroy. (11) Dans cette étude certaines patientes ont préféré pour la réalisation de leur frottis cervico-utérin un gynécologue car c'est un spécialiste ou par tradition. La notion de « cloisonnement de l'intime » a été évoquée. Dans cette étude d'autres patientes ont été suivies par leur médecin afin d'avoir un suivi regroupé dans l'intérêt de la relation de confiance.

- Un médecin formé au geste et un rôle de formateur pour les internes.

Selon un sondage auprès de 1030 femmes sur leur ressenti à l'égard du suivi gynécologique réalisé en 2008, seules 20% des femmes estimaient que les médecins généralistes étaient suffisamment formés pour assurer le suivi gynécologique. (42)

Une étude multicentrique prospective française avait pour objectif d'apprécier le suivi, la tolérance et l'efficacité des DIU posés dans les cabinets de médecine générale : 34 médecins généralistes ont été recrutés et 300 DIU ont été mis en place. Cette étude a montré que dans le cadre d'une population de médecins généralistes formés à la pratique de la contraception et de la gynécologie médicale, la pose et la prise en charge de DIU étaient réalisables en médecine omnipraticienne sans être délétère pour les patientes. Cette constatation a été remarquée malgré la moindre expérience des généralistes en termes de fréquence d'insertion des DIU comparés aux gynécologues. (43) La notion d'expérience des praticiens pour ce geste est importante pour diminuer les problèmes d'insertion.

Harrison-Woolrych dans son étude a retrouvé que les médecins qui avaient posé plus de 100 DIU ont rencontré moins de difficultés que ceux qui en avaient mis en place 10. (39)

La présence d'un interne permet d'évoquer le rôle de formateur du médecin généraliste. Cet aspect est vécu positivement et est même rassurant. Voir que son médecin accepte de former et donc de se former aussi montre qu'il cherche à faire évoluer sa pratique. L'instauration d'un troisième cycle et de l'internat de médecine générale permet aux jeunes générations de médecins de recevoir une formation en gynécologie. L'absence de formation initiale en contraception est reconnue comme étant un des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. (1)

La formation des jeunes médecins pour la pose des DIU s'est donc nettement améliorée ces dernières années mais des progrès restent à faire. A.L. Micaelli a étudié en 2014 auprès de 130 étudiants Lyonnais les acquisitions des médecins en fin de D.E.S. de médecine générale (44) : La majorité des répondants (plus de 80%) ne se sentaient pas compétents pour la prescription et le suivi d'une contraception par DIU. Dans son étude, 17% des répondants estimaient maîtriser l'insertion du DIU, pourtant 60% des répondants avaient effectué ce geste au moins une fois au cours de leur troisième cycle.

Dans sa thèse qui met en évidence les représentations à propos du DIU sur les forums internet, I. Laplace a relevé de la part des patientes un certain nombre de critiques envers le

corps médical en rapport avec ce sujet. Ces critiques rejoignent les résultats retrouvés dans notre étude concernant l'attitude du médecin. (45) Le manque de disponibilité, le manque d'explications et la minimisation des effets indésirables ont été critiqués. La compétence du médecin et la mise à jour des connaissances ont été jugés importants pour le bon déroulement de l'acte.

D'autres critiques ont été retrouvées dans cette thèse, mais non mentionnées dans notre étude. Le manque de tact incluant des moqueries et une froideur de la part de certains médecins a été relevé. Ainsi que le rapport à l'argent, avec des dépassements d'honoraires qui étaient considérés par les femmes comme non justifiés. Les possibles conflits d'intérêt entre médecins et laboratoires ont fait l'objet d'interrogations.

#### 4.2.1.1.5. Une prescription d'antalgiques adaptés

- Les médicaments avant et après le geste: effet placebo ou réel effet antalgique ?

Les médicaments pris ont un effet rassurant sur les patientes, que ça soit les antalgiques à type de PARACETAMOL, les antispasmodiques ou les AINS, mais aussi l'utilisation du MISOPROSTOL pour faciliter la dilatation du col. Cependant, aucun d'entre eux n'a montré son efficacité dans la littérature et certains peuvent provoquer les effets indésirables graves.

Concernant **les AINS**, un essai a proposé la prise avant l'insertion et durant les 3 jours qui suivaient. Ils n'ont pas montré d'efficacité antalgique des AINS. (46)

L'utilisation du **MISOPROSTOL** un analogue de la prostaglandine E1 pris par voie intra-vaginale ou sublinguale a été étudié dans la littérature. Des études se sont spécifiquement intéressées à l'effet de ce médicament chez les patientes nullipares. Une étude suédoise a montré que chez ces patientes le MISOPROSTOL n'avait pas eu d'efficacité ni sur les douleurs ni sur les saignements liés à la mise en place du dispositif, mais une plus grande facilité d'insertion. (47) Une autre revue de la littérature de 2014 portant sur l'utilisation du MISOPROSTOL en gynécologie a conclu que le MISOPROSTOL n'était pas indiqué pour faciliter la mise en place d'un DIU quelque-soit la parité et qu'il augmentait les crampes abdominales, les diarrhées et les nausées. (48) La revue médicale Prescrire a rappelé en janvier 2015 que l'utilisation du MISOPROSTOL en préparation à la pose d'un DIU restait hors AMM, et que ce médicament exposait à des effets indésirables cardio-vasculaires rares mais graves. (49)

Concernant l'utilisation **d'autres antalgiques** une revue de la littérature a sélectionné 17 articles pertinents sur la gestion de la douleur lors des poses de DIU, publiés sur Pubmed entre 1980 et 2012. La conclusion était qu'aucun traitement pharmacologique prophylactique (**LIDOCAINE, AINS, MISOPROSTOL, antalgiques de palier II**) n'avait été évalué de manière adéquate pour la réduction de la douleur lors de cet acte. (23) Une autre revue de la littérature d'articles plus récents (de 2010 à 2015) a conclu que la LIDOCAINE en gel 2%, le MISOPROSTOL, et la plupart des AINS n'avaient pas aidé à réduire la douleur. Certaines formulations de **LIDOCAINE**, le **TRAMADOL** et le **NAPROXENE** avaient eu un certain effet sur la réduction de la douleur liée l'insertion du DIU mais dans des groupes spécifiques. (50) Selon les données de la littérature, et du faible bénéfice apporté par ces médicaments, quand un antalgique est demandé par la patiente, mieux vaut rester sur les antalgiques simples, afin d'exposer la patiente au minimum d'effets indésirables.

#### 4.2.1.1.6. L'utilisation d'une technique de pose la moins douloureuse possible

- Des méthodes d'insertion différentes. ANNEXE 2

Plusieurs médecins utilisent la technique sans pince à col, dite de la « torpille » ou de Cristalli et Bonneau. Cette technique est décrite afin de diminuer la douleur et les saignements lors de l'insertion, mais aussi de faciliter sa réalisation en cabinet par les médecins. Cette technique peut faire partie des facteurs permettant d'améliorer le vécu positif de cet acte. Cependant, il y a peu d'études la concernant dans la littérature. Elle a été initialement décrite par plusieurs médecins généralistes dans des articles publiés sur des sites internet grand public. (15) Cette technique s'appuie sur le fait que la recommandation d'utiliser une pince à col pour réduire le risque de perforation et faciliter le placement dans l'utérus du DIU a été attribuée à un faible niveau de preuve (Grade C). (26) Récemment un mémoire (19) et une thèse se sont intéressés à ce sujet. (17) B. Kunze s'est intéressée à l'impact d'un atelier de formation abordant les techniques alternatives de pose des DIU auprès de médecins généralistes en Rhône-Alpes. Cette formation a eu un impact positif sur les pratiques d'utilisation des DIU par les participants, les professionnels étaient plus nombreux à proposer et prescrire des DIU. Un article de la revue Exercer de 2015 a décrit les différentes méthodes d'insertion du DIU : classique et directe. (18)

Certaines études sont en cours afin d'évaluer les effets à court terme en méthode directe ainsi que l'efficacité contraceptive et la iatrogénie de cette méthode.

- Des modèles de DIU différents

Depuis 2014 un nouveau dispositif visant à faciliter l'insertion du DIU est fourni avec le DIU MIRENA® 52 mg (LNG). (51) Cependant en première utilisation ce dispositif peut créer des difficultés au médecin que les patientes perçoivent et qui peut leur paraître inquiétant.

#### 4.2.1.1.7. Une consultation de suivi avec une échographie : un élément rassurant

La consultation de suivi, permet de vérifier la bonne tolérance du DIU, de répondre aux questions des patientes, de vérifier la longueur des fils, parfois de réaliser un frottis cervico utérin. Elle doit avoir lieu 3 à 6 semaines après l'insertion. (26)

Certains médecins font pratiquer une échographie de contrôle de la position du DIU, bien que son intérêt systématique n'ait pas été démontré. (52) Une étude de 2005 avait retrouvé que 32 DIU considérés comme placés trop bas juste après leur insertion avaient été recontrôlés 2 mois après par échographie trans-vaginale : 97% des DIU étaient remontés au contrôle des 2 mois, grâce à la contractilité du myomètre. (53) Selon la FSRH, aucune étude n'a prouvé la non efficacité d'un DIU placé dans la cavité utérine et non dans le fond utérin. (26) L'intérêt d'une échographie se discute lors d'une insertion difficile, si un doute sur une grossesse existe ou si les fils ne sont pas visibles. (54) Les patientes sont rassurées par cette échographie mais aussi par les conseils et réponses du médecin à leurs questions lors de la consultation de suivi.

#### 4.2.1.1.8. L'importance de l'absence de complication immédiate

- Les douleurs et les saignements : sources d'angoisse

Les douleurs et les saignements dans les suites peuvent avoir un retentissement sur la vie quotidienne des patientes, majorant l'inquiétude. L'importance de ces symptômes est variable selon les patientes. Une étude prospective évaluant la tolérance du DIU au cuivre chez des patientes nullipares a retrouvé après l'insertion une durée moyenne de la douleur de 2,8 jours et une durée moyenne des métrorragies de 5,4 jours. (55) Ces deux symptômes

doivent rapidement s'estomper, si ce n'est pas le cas, il est recommandé de rechercher une complication. (15)

- Expulsion du DIU

La survenue d'une complication dans les suites immédiates est mal vécue. A l'inverse, son absence est un des facteurs favorisant le vécu positif de la pose. Bien que ces complications surviennent rarement, le risque d'expulsion est d'environ 1 sur 10 à 1 sur 20. L'expulsion survient en général dans les trois premiers mois après l'insertion. (26) Les expulsions surviennent légèrement plus souvent chez les femmes n'ayant jamais accouché, et aussi en cas de mise en place immédiatement après un accouchement et en cas d'antécédent d'expulsion d'un DIU. (30)

#### 4.2.1.1.9. Une vision globale positive

- Une pose bien vécue : des femmes satisfaites de leur contraception

Ce moment n'est pas insurmontable même si certaines patientes le vivent comme une épreuve voire une sorte d'intervention chirurgicale. (56) Les patientes sont soulagées de la fin du geste et du fait d'être confortée dans le choix de cette contraception. Une enquête nationale sur la contraception des femmes françaises de 15 à 45 ans, effectuée sur un échantillon représentatif de 5963 femmes a retrouvé que les femmes étaient globalement satisfaites de leur méthode de contraception. Elles ont noté leur satisfaction de 0 à 10. Le DIU a obtenu une note de 8.9/10, soit la deuxième place en termes de satisfaction, après les méthodes définitives. (57)

#### 4.2.1.2. Facteurs amenant à un vécu négatif de la pose

##### 4.2.1.2.1. Des appréhensions sources d'angoisses

- La douleur, une appréhension majeure

La principale appréhension retrouvée est la peur de souffrir pendant l'insertion. (58) A. Fournier dans son étude qualitative portant sur le regard des femmes en demande de contraception sur le DIU, a montré également une importante appréhension de la douleur. (20) Des résultats similaires ont été retrouvés dans des études s'intéressant uniquement aux

femmes nullipares, laissant supposer que leur appréhension est d'autant plus grande.

(38,59) Certaines patientes refusent parfois cette contraception à cause de cette appréhension.

- La pose, un geste inconnu

La peur de l'inconnu majore l'appréhension de la douleur. Ne pas connaître c'est parfois imaginer le pire. (20) Cette peur est majorée par la grande taille de la boîte comparée finalement à la petite taille du DIU. Montrer aux patientes l'aspect d'un DIU et les rassurer par rapport à sa taille avant l'achat permet de diminuer cette appréhension. Cette représentation erronée de l'aspect du DIU a aussi été retrouvée par D. Rocchi dans sa thèse évaluant le vécu de la pose du DIU, mais dans le contexte spécifique du post-IVG immédiat. (12)

- Les suites du geste : que va-t-il se passer après ?

L'appréhension de complications éventuelles est évoquée, surtout les complications immédiates : malaise, saignements. Ces complications sont cependant rares. Une étude Néozélandaise, (39) a retrouvé des complications immédiates à type de douleurs, saignements, malaises vagues et nausées dans seulement 1.2% des cas.

L'efficacité du DIU est remise en question par plusieurs patientes, qui ont eu le retour de mauvaises expériences de connaissances. Asker a également mentionné dans son étude, la notion d'influence des connaissances, et de retours négatifs sur le DIU par celles-ci. Son étude évaluait ce que les femmes trouvaient d'inacceptable dans le DIU. (27) Les patientes ont cependant la notion que le DIU reste une des méthodes contraceptives les plus efficaces. L'OMS a précisé en 2011 que le DIU avait un des meilleurs taux d'efficacité parmi toutes les contraceptions existantes. ANNEXE 1 (6) D. Denant dans sa thèse étudiant les freins et réticences à l'utilisation du DIU chez les patientes nullipares, a retrouvé que l'inefficacité était une des craintes des patientes. (56)

L'appréhension concernant le retrait du DIU est ressentie avec notamment la peur de la douleur et de ne pas réussir à le retirer.

- L'expérience des examens gynécologiques, un moyen de relativiser.

Les patientes ayant plus d'expériences pour les poses de DIU, les accouchements ou d'autres examens gynécologiques ont mieux relativisé. Ces expériences leurs permettent de dédramatiser l'examen gynécologique et d'en diminuer la perception de la douleur. Ces résultats ont également été retrouvés dans l'étude de A. Fournier (20) et de Moreau et Al. où l'expérience permettait de diminuer les craintes. (9)

- I. Laplace en 2014 a également retrouvé ces principales appréhensions.

Il s'agissait d'une étude qualitative avec pour objectif d'identifier les questionnements et représentations à propos du DIU sur les forums internet. Des questionnements concernant l'insertion, le retrait du DIU, les modes d'action du DIU, les complications et l'efficacité ont été retrouvés. (45)

#### 4.2.1.2.2. La gêne liée à l'intimité : un facteur principal limitant le vécu positif

- La gêne liée à la nudité.

La position lors du geste peut être gênante, le fait de devoir se déshabiller, se retrouver nue. Ces éléments ont été retrouvés dans d'autres études en rapport avec l'examen gynécologique. (11,60) Cette gêne peut majorer les symptômes ressentis par les patientes. Le contexte des règles amplifie la gêne ressentie par les patientes. L'expérience des femmes diminue cette gêne.

- La gêne liée au médecin

Le fait de se retrouver nue devant son médecin généraliste peut être gênant. Ce médecin, les patientes ont l'habitude de le consulter pour des motifs moins intimes. Cette notion a également été retrouvée pour la réalisation du frottis cervico-utérin par le médecin généraliste. (11) La HAS a publié en 2013 un rapport de synthèse sur les freins d'accès à une contraception adaptée. Un des freins retrouvé était la réticence de certaines femmes à consulter un professionnel de santé car elles redoutaient l'éventualité d'un examen gynécologique ou d'éventuelles questions de la part du professionnel de santé relevant de l'intime. (1)

- Une ou des présences rassurantes ou à l'inverse gênantes

La présence d'un interne ou de quelqu'un de leur famille peut être rassurante, afin de pouvoir passer un moment presque sympathique. Cependant la présence d'une tierce personne peut aussi être gênante. Larsen (60) a retrouvé cette notion dans son étude. Les femmes se disaient embarrassées et non à l'aise à l'idée de la présence d'une autre personne lors de l'examen gynécologique. L'examen pelvien étant une affaire entre le médecin et la patiente, elles n'avaient pas besoin d'un accompagnant. Elles n'ont pas évoqué la présence d'un étudiant. Cependant cette étude a été publiée en 1997, et les mentalités ont pu évoluer en 20 ans, notamment en ce qui concerne la formation des médecins.

Il est important de demander l'avis des patientes sur la présence ou non d'un étudiant. Une étude britannique a été publiée sur la façon d'enseigner aux futurs médecins les examens pelviens. Les auteurs ont insisté dans cette étude sur l'intérêt de recueillir le consentement des patientes et d'enseigner aux étudiants en médecine la notion de respect de leur intégrité et de leur dignité. (61)

#### 4.2.1.2.3. La douleur : le principal effet indésirable

- Une douleur très précise mais variable et mal localisée

La douleur comme symptôme principal de la pose est connu depuis longtemps, comme retrouvé dans un article datant de 1975. (62)

L'intensité varie allant d'une douleur absente à une douleur maximale. Un chiffre similaire avait été retrouvé dans une étude américaine de 2013 qui avait comparé la douleur ressentie par les patientes à l'évaluation de la douleur par les professionnels de santé. La douleur maximale moyenne de la patiente (sur 100 mm) était de 64,8 mm par rapport à 35,3 mm pour celle évaluée par le professionnel de santé. D'après cette étude les professionnels de santé sous-estimaient la douleur des patientes. (63)

La localisation décrite par les patientes est également variable : ovaires, utérus, col, vagin. Ces éléments montrent de la part des patientes des connaissances anatomiques parfois pauvres. (20)

Le moment de la douleur est également variable selon les patientes : parfois lors de la mesure avec l'hystéromètre, parfois au moment de tousser ou lors de l'insertion elle-même.

L'examen par toucher vaginal et la mesure avec l'hystéromètre sont des procédures d'insertion d'un DIU bien établies mais qui peuvent être douloureuses. Cependant, il n'y a pas de données démontrant leur valeur par rapport à la sécurité procédurale ou l'efficacité du DIU. Selon une étude prospective longitudinale le fait de ne pas réaliser ces procédures permettait de diminuer la douleur. Cependant cette étude n'avait inclus que 50 patients. (64)

- Une douleur comparée aux expériences

La douleur est comparée aux expériences : aux autres poses, à l'accouchement, au frottis et à l'IVG. Une étude récente a comparé les douleurs ressenties lors de la mise en place de trois types de DIU. Il n'y avait pas d'importantes différences dans les scores de douleur associées à l'insertion des différents DIU. Cependant le fait de n'avoir jamais accouché par voie basse était un des facteurs prédisposant à une douleur sévère. (35)

#### 4.2.1.2.4. Les saignements

Les saignements sont variables selon les patientes, mais peuvent parfois être inquiétants. Selon un article de la revue Prescrire, des symptômes à type de difficultés d'insertion, douleurs, saignements ou malaise au moment du geste étaient rares et rapportés dans moins de 1.5% des cas. (30) Une étude de cohorte portant sur 16 000 femmes a retrouvé des douleurs, saignements, malaises vagues, nausées, vomissements dans 1.2% des cas. (39)

#### 4.2.2. Perspectives pour améliorer le conseil contraceptif du DIU et sa pose

##### 4.2.2.1. Améliorer le confort des poses de DIU en cabinet de médecine générale

Améliorer le confort revient à favoriser les facteurs amenant à un vécu positif et éviter les facteurs amenant à un vécu négatif.

Un article a été publié en 2013 décrivant des conseils pratiques issus de l'expérience des différents auteurs, praticiens gynécologues (brésiliens, américains, britanniques et suédois). Le but était d'améliorer les expériences des femmes concernant les poses de DIU, et plus particulièrement le soulagement de la douleur. Cet auteur a insisté sur les conseils avant le geste et la communication pour diminuer l'anxiété. Le contexte clinique et l'installation de la patiente afin de bien visualiser le col a été décrit. Il était précisé de toujours prendre en

compte les attentes des femmes. Cependant la gêne liée à l'intimité que nous avons retrouvée dans notre étude n'était pas mentionnée. Le climat de confiance a été décrit ainsi que la formation du médecin. Il a été rappelé qu'il n'y avait pas de preuve scientifique d'un bénéfice à effectuer l'insertion pendant les règles ni à l'utilisation de moyens pharmacologiques ou de l'échographie en systématique. Il est précisé que la douleur doit être anticipée et chaque étape de l'acte expliquée de manière personnalisée à la femme. Des éléments non retrouvés dans notre étude ont été décrit : il est conseillé dans cette publication d'utiliser des instruments non jetables avec possibilité de stérilisation. Aucune patiente de notre étude n'a évoqué la connaissance de différentes sortes d'instruments. Contrairement aux résultats de notre étude évoquant la possibilité d'une technique alternative sans pince à col, L. Bahamondes préconisait l'utilisation systématique de la pince à col afin de stabiliser le col et de réduire le risque de perforation. (65)

#### 4.2.2.2. Faciliter l'acceptation et l'accès du DIU aux patientes.

- Faciliter l'acceptation du DIU

Identifier les questionnements des patientes qui peuvent être des freins à l'acceptation de cette contraception.

La notion de corps étranger et l'action abortive du DIU sont des freins au choix du DIU. (45,56,58,59) Cependant les mécanismes d'action du DIU sont multiples : le rôle principal est d'empêcher la fécondation, mécanisme donc non abortif. Des effets post-fécondation comme l'inhibition de l'implantation peuvent cependant exister. (31,38) Le cuivre ralentit les spermatozoïdes qui pénètrent ainsi plus difficilement la glaire cervicale. Il agit par action directe et par modification de l'endomètre. Le DIU au LNG permet un épaissement de la glaire cervicale ce qui gêne la pénétration des spermatozoïdes. Le développement de l'endomètre est réduit et l'ovulation parfois inhibée. (26)

Le fait que le DIU soit une contraception non contrôlable directement par la patiente avec la nécessité d'un médecin pour l'enlever, peut être gênant. (27,66)

Le retentissement du DIU sur la sexualité est une des interrogations. (12)

L'expulsion, la grossesse, l'infection, les allergies et la stérilité sont les principales complications du DIU avérées ou non, régulièrement évoquées. Ces complications doivent être expliquées aux patientes. (26)

Identifier les connaissances des patientes sur le DIU permet de les aider dans leur choix contraceptif en adaptant au mieux les explications. Le choix d'un DIU au cuivre se fait essentiellement par opposition aux méthodes hormonales, le choix d'un DIU au LNG par son absence de règles. Les patientes cherchent un confort de vie, une méthode pratique et de longue durée. (20,55) Selon une étude concernant les patientes nullipares, une bonne information préalable des patientes sur les méno-métrorragies et les dysménorrhées permettraient d'améliorer le taux de continuation de la contraception par DIU au cuivre. (55)

- Faciliter l'accès du DIU aux patientes

L'accès au DIU passe tout d'abord par le terme utilisé pour en parler. Le terme stérilet est le plus courant. Cependant, il a une connotation péjorative du fait de la racine « stérile » qui peut renvoyer à une contraception non réversible. (67) Le DIU est considéré comme un terme très médical, peu utilisé par les patientes. (66)

Faciliter les moyens d'approche permet d'en faciliter l'accès. Les patientes sont informées à propos du DIU de différentes façons : par approche médicale ( sage-femme ou un médecin), par approche personnelles (par des connaissances), par approche culturelles (internet (45), presse, scolarité, émissions). Dans une étude récente les femmes avaient plus entendu parler du DIU par leur entourage que par des professionnels de santé et aucune dans les médias. (20) Selon une autre étude, les patientes qui avaient entendu parler du DIU d'un professionnel de santé étaient 2,74 fois plus susceptibles d'avoir un intérêt à utiliser un DIU que celles qui avaient entendu parler du DIU par d'autres sources ou qui n'avaient pas entendu parler du DIU. (59)

Lutter contre les tabous est essentiel notamment concernant le DIU et la nulliparité (1).

Une étude a croisé les données issues de deux enquêtes nationales réalisées en 2010 auprès de patientes et de médecins afin d'étudier les facteurs associés à l'usage du DIU et à sa recommandation par les médecins. Cette perspective croisée des femmes et des médecins a montré des logiques complexes d'utilisation du DIU qui ont révélé à la fois des représentations de la méthode, des conditions d'accès aux soins et des modalités d'exercice et de formation médicale. (68)

Ces conclusions sont donc des pistes à explorer afin d'améliorer le vécu de la pose et l'accès au DIU.

### 4.3. Critiques de l'étude

#### 4.3.1. La place de l'enquêtrice sur le sujet de l'étude

Il s'agit d'un sujet de recherche en médecine générale. En effet, les demandes de contraception dont les DIU sont des motifs fréquents de consultation dans cette discipline. Ce sujet est d'actualité avec les modifications récentes du modèle contraceptif français. En dehors de la pose de DIU, des pistes de réflexions sur la relation médecin-patient dans le cadre du suivi de la femme et de la contraception en médecine générale sont abordées.

Au cours de ses stages d'internat l'enquêtrice a appris à poser des DIU et a remarqué que cette demande était un motif récurrent de consultation, source d'appréhensions. L'enquêtrice et la directrice de thèse se sont demandées pourquoi ce geste était parfois bien ou mal vécu par les patientes. Elles ont décidé d'étudier cette question via une thèse d'exercice.

Ce travail a permis à l'enquêtrice d'améliorer sa pratique quotidienne, en matière de prise en charge de la contraception mais aussi dans la relation médecin-patient.

Afin d'évaluer les forces et faiblesses de cette étude, la grille de Côté-Turgeon a été utilisée. Il s'agit d'une grille de lecture critique d'article réalisée pour évaluer la qualité et la pertinence des études qualitatives. ANNEXE 7.

#### 4.3.2. Les forces de l'étude

L'étude de données qualitatives a été perçue comme étant la meilleure approche pour répondre aux objectifs, permettant de décrire le ressenti des patientes concernant les thèmes abordés. Aucune étude évaluant le ressenti des femmes concernant leur pose de DIU en médecine générale, hors contexte post-IVG n'a été retrouvée : c'est donc un travail original qui apporte des données nouvelles.

Les entretiens effectués ont permis d'approcher la saturation des données. La triangulation des données a permis d'affiner les thématiques évoquées par les patientes.

Les thématiques retrouvées sont cohérentes et comparables à d'autres études de la littérature ce qui permet d'en conforter la pertinence.

L'enquêtrice n'était pas le médecin poseur des DIU. Celui-ci était absent des entretiens afin de laisser aux patientes une plus grande liberté d'expression.

Les poses ont été réalisées par six médecins différents afin de s'adresser à des patientes ayant eu accès à des pratiques d'exercice différentes permettant d'enrichir et d'élargir leurs réponses.

L'échantillon de patientes n'a pas été choisi au hasard. Il a été choisi de façon réfléchie afin d'être le plus exhaustif possible.

Les propos ont été initialement enregistrés à l'aide d'un dictaphone pour être intégralement retranscrits sans risque d'oubli ou modification de l'enquêtrice. Grâce à des questions ouvertes les patientes n'ont pas pu être influencées par les tournures de phrase de l'enquêtrice.

Concernant les aspects éthiques, le consentement éclairé et la confidentialité des données ont été respectés, une déclaration simplifiée a été effectuée auprès de la CNIL.

#### 4.3.3. Les faiblesses de l'étude

- Concernant le recrutement :

L'échantillon de patientes a été limité géographiquement ce qui a pu empêcher l'émergence de certaines données. Il a été choisi par l'enquêtrice pour des raisons de proximité géographique (secteur Rhône et Nord Isère).

- Concernant la façon dont ont été menés les entretiens :

Les entretiens se sont déroulés avec une seule enquêtrice. L'enquêtrice était l'auteur de cette thèse, elle était peu expérimentée à ce type d'entretien. Les entretiens ont donc pu être trop directifs, obtenant des réponses qui ont peut-être manqué de liberté et de spontanéité.

Au cours des entretiens, le mot « stérilet » a été préféré au terme exact de dispositif intra-utérin, dans le but d'utiliser un langage courant et clair. La limite était d'orienter les femmes vers le sujet de la fertilité.

La majorité des entretiens s'est faite dans un lieu calme, en l'absence de toute distraction extérieure. Cependant une patiente a été distraite par son téléphone mais l'a rapidement éteint. Deux autres patientes ont été distraites par l'arrivée de leurs enfants, rapidement pris en charge par une autre personne. Les résultats qui en découlent peuvent être critiqués.

Les poses ont eu lieu entre un mois et demi et vingt mois avant les entretiens. Pour les patientes dont les poses étaient les plus éloignées, elles ont dû faire appel à leur mémoire, des éléments ont pu être oubliés avec le temps. A l'inverse les patientes pour qui la pose était récente ont pu manquer de recul.

- Concernant l'analyse des entretiens :

Les résultats n'ont pas été communiqués aux patientes interviewées qui auraient pu les critiquer. L'enquêtrice a pu mal interpréter certains propos. La seule perte d'information des entretiens concerne le non verbal : la gestuelle, les mimiques et certaines intonations.



## 5. CONCLUSIONS

Parmi toutes les méthodes contraceptives, le DIU est une des méthodes les plus efficaces. Il peut être prescrit à toutes les femmes quelle que soit leur parité à partir du moment où les contre-indications ont été prises en compte. Il peut être inséré par un gynécologue obstétricien ou médical, un médecin généraliste ou une sage-femme.

Cependant, des freins à sa prescription existent encore de la part de certains médecins : complexité technique de l'acte, fausses croyances par rapport à la nulliparité, peur du risque infectieux.

Des freins au choix de cette contraception existent aussi de la part des patientes avec essentiellement une forte anticipation douloureuse de la pose.

Nous avons voulu identifier les facteurs favorisant un vécu positif de la pose du DIU afin d'améliorer le choix et l'acceptation de cette contraception. Pour se faire, nous avons réalisé une enquête qualitative auprès de quinze patientes en région Rhône-Alpes.

Les patientes ont accordé peu d'importance à l'aspect technique de l'acte. A l'inverse, la qualité de la relation médecin-patiente a été un élément essentiel de leur ressenti.

Un médecin en étant attentif et accessible, en prenant en compte les appréhensions et en adaptant à chaque patiente ses explications établit une relation de confiance.

La confiance, le respect de l'intimité et un contexte favorable sont des éléments indispensables au bon déroulement de cet acte. Donner des explications claires et complètes sur le déroulement du geste et ses suites, le DIU et sa localisation anatomique permet à la patiente de se sentir rassurée et impliquée dans sa contraception. La douleur est la principale appréhension de la pose et le principal facteur négatif. La gestion de la douleur est donc un point essentiel bien qu'aucun antalgique n'ait fait preuve d'efficacité.

Cette étude qualitative permet de comprendre le vécu des patientes lors d'un acte aussi intime que la pose d'un DIU.

Continuer d'étudier les nouvelles techniques visant à faciliter l'insertion du DIU permettrait d'augmenter le nombre de médecins généralistes proposant cette contraception.

Améliorer la formation des médecins généralistes en insistant sur l'importance de la relation médecin-patiente et sur la prise en compte du ressenti de la patiente tout au long de l'acte favoriserait un vécu positif. Un travail complémentaire serait utile pour l'élaboration d'un guide pratique à destination des médecins : « Que dire et que faire lors d'une pose de DIU ? »

Favoriser des conseils adaptés ainsi que l'utilisation d'une technique d'insertion la moins douloureuse possible serait utile afin d'améliorer la gestion de la douleur lors de ce geste.

Concernant l'information des patientes, adapter la notice présente dans les boîtes des DIU à leurs principales appréhensions, l'expliquer et la proposer pourrait permettre de répondre à leurs principales interrogations. Enfin, déjouer les fausses croyances et dédramatiser la douleur du geste faciliteraient l'accès de cette contraception.

Le Président de la thèse,  
FLORI Marie  
Signature



VU,  
Le Doyen de la Faculté de Médecine  
et de Maïeutique Lyon-Sud Charles Mérieux



Professeur Carole BURILLON

Vu et permis d'imprimer  
Lyon, le 09/12/2016

## 6. BIBLIOGRAPHIE

1. HAS. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [Internet]. 2013 avr [cité 28 sept 2016]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception\\_freins\\_reco2clics-5.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf)
2. Code de la santé publique - Article R4127-318 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr>
3. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Compte-rendu de l'audition des Gynécologues médicaux. [Internet]. 2011 [cité 13 sept 2016]. Disponible sur: [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Compte-rendu\\_de\\_l\\_audition\\_des\\_Gynecologues\\_medicaux.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Compte-rendu_de_l_audition_des_Gynecologues_medicaux.pdf)
4. ANAES. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme Recommandations pour la pratique clinique [Internet]. 2004 déc [cité 28 sept 2016]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/04/dp041207.pdf>
5. Berenson AB, Tan A, Hirth JM, Wilkinson GS. Complications and continuation of intrauterine device use among commercially insured teenagers. *Obstet Gynecol.* mai 2013;121(5):951-8.
6. OMS. Efficacité des moyens contraceptifs : l'indice de Pearl - ameli-santé [Internet]. 2011 [cité 12 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.ameli-sante.fr/contraception/efficacite-des-moyens-contraceptifs.html>
7. Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? *Enquête Fecond 2010. Popul Sociétés.* sept 2012;(492).
8. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? *Popul Sociétés.* mai 2014;(511).
9. Moreau C, Bohet A, Hassoun D, Ringa V, Bajos N, FECOND group. IUD use in France: women's and physician's perspectives. *Contraception.* janv 2014;89(1):9-16.
10. Yvon A. Premier examen gynécologique: déterminants du vécu des patientes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2015.
11. Leroy L. Ressenti des femmes sur le frottis cervico-utérin et sa réalisation par le médecin généraliste: par Lucie Leroy [Thèse d'exercice]. [France]: UPEC. Faculté de médecine; 2014.
12. Rocchi D. Vécu de la pose d'un dispositif intra-utérin en post-IVG immédiat: analyse qualitative des représentations, freins et expériences des femmes au centre d'orthogénie du Kremlin-Bicêtre [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2014.
13. Guillon-Boucher A. L'examen gynécologique en décubitus latéral: exploration du ressenti des patientes par une étude qualitative [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2015.
14. Grange-Cabane A. Le décubitus latéral: perspectives pour l'examen gynécologique du point de vue des patientes [Thèse d'exercice]. [2014-....., France]: Université de Bordeaux; 2015.
15. Winckler M. La pose d'un DIU est-elle toujours douloureuse ? [Internet]. Winckler's Webzine. 2005 [cité 28 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.martinwinckler.com/spip.php?article472>

16. Winckler M. Le chœur des femmes. Paris, France: POL, impr. 2009; 2009. 602 p.
17. Kunze B. Impact d'un atelier de formation sur les pratiques d'utilisation des dispositifs intra-utérins: étude comparative, type enquête de pratiques, « avant/après » formation sur les techniques de pose (classiques et alternatives) des DIU en Rhône-Alpes [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2014.
18. Savignac-Krikorian L, Benedini E, Bezanson E, Ruelle Y. Insérer un dispositif intra-utérin : méthode classique et méthode directe. *Exerc Rev Fr Médecine Générale*. 2015;(121):229-34.
19. SAVIGNAC-KRIKORIAN L. Méthode de pose des dispositifs intra-utérins : comment ? pourquoi ? Université Paris Descartes; 2014.
20. Fournier A, Vallée J. Regard des femmes consultant pour leur contraception en médecine générale sur le dispositif intra-utérin. *Exerc Rev Fr Médecine Générale*. 2015;(121):196-204.
21. Paul Frappé. Initiation à la recherche. Association française des jeunes chercheurs en médecine générale. GM Santé, CNGE; 2011.
22. Rosenberg M, Waugh MS. Causes and consequences of oral contraceptive noncompliance. *Am J Obstet Gynecol*. févr 1999;180(2 Pt 2):276-9.
23. Gemzell-Danielsson K, Mansour D, Fiala C, Kaunitz AM, Bahamondes L. Management of pain associated with the insertion of intrauterine contraceptives. *Hum Reprod Update*. août 2013;19(4):419-27.
24. Hillard PJA. Practical Tips for Intrauterine Devices Use in Adolescents. *J Adolesc Health*. 1 avr 2013;52(4):S40-6.
25. Brown MK, Auerswald C, Eyre SL, Deardorff J, Dehlendorf C. Identifying Counseling Needs of Nulliparous Adolescent Intrauterine Contraceptive Users: A Qualitative Approach. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. mars 2013;52(3):293-300.
26. FSRH. Intrauterine Contraception Clinical Guidance. 2007 nov.
27. Asker C, Stokes-Lampard H, Wilson S, Beavan J. What is it about intrauterine devices that women find unacceptable? Factors that make women non-users: a qualitative study. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 4 janv 2006;32(2):89-94.
28. National Institute for Health and Care Excellence. Long-acting reversible contraception [Internet]. 2014 sept [cité 4 oct 2016]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg30>
29. Secura GM, Allsworth JE, Madden T, Mullersman JL, Peipert JF. The Contraceptive CHOICE Project: reducing barriers to long-acting reversible contraception. *Am J Obstet Gynecol*. août 2010;203(2):115.e1-7.
30. *Rev Prescrire*. Dispositifs intra-utérins, alias stérilets. 2009. 29(304):117.
31. Black A. « Dispositifs intra-utérins » Consensus canadien sur la contraception. *J Obstet Gynaecol Can*. 2004;26(3):289-96.
32. Whiteman MK, Tyler CP, Folger SG, Gaffield ME, Curtis KM. When can a woman have an intrauterine device inserted? A systematic review. *Contraception*. mai 2013;87(5):666-73.

33. Bergin A, Tristan S, Terplan M, Gilliam ML, Whitaker AK. A missed opportunity for care: two-visit IUD insertion protocols inhibit placement. *Contraception*. déc 2012;86(6):694-7.
34. Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N. Contraception: from accessibility to efficiency. *Hum Reprod*. 5 janv 2003;18(5):994-9.
35. Wiebe ER. A comparison of the insertion pain associated with three different types of intrauterine device. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. mai 2015;129(2):172.
36. Brown WM, Trouton K. Intrauterine device insertions: which variables matter? *J Fam Plan Reprod Health Care Fac Fam Plan Reprod Health Care R Coll Obstet Gynaecol*. avr 2014;40(2):117-21.
37. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion no. 539 : adolescents and long-acting reversible contraception: implants and intrauterine devices. *Obstet Gynecol*. oct 2012;120(4):983-8.
38. Black K, Lotke P, Buhling KJ, Zite NB, Intrauterine contraception for Nulliparous women: Translating Research into Action (INTRA) group. A review of barriers and myths preventing the more widespread use of intrauterine contraception in nulliparous women. *Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept*. oct 2012;17(5):340-50.
39. Harrison-Woolrych M, Ashton J, Coulter D. Insertion of the Multiload Cu375 intrauterine device; experience in over 16,000 New Zealand women. *Contraception*. 1 déc 2002;66(6):387-91.
40. Seehusen DA, Johnson DR, Earwood JS, Sethuraman SN, Cornali J, Gillespie K, et al. Improving women's experience during speculum examinations at routine gynaecological visits: randomised clinical trial. *BMJ*. 22 juill 2006;333(7560):171.
41. Ben Abdallah L. Quels sont les déterminants de la pratique gynécologique des médecins généralistes ? [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2013.
42. BVA - Sondages : Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique [Internet]. [cité 19 sept 2016]. Disponible sur: [http://www.bva.fr/fr/sondages/ressenti\\_des\\_femmes\\_a\\_l\\_égard\\_du\\_suivi\\_gynecologique.html](http://www.bva.fr/fr/sondages/ressenti_des_femmes_a_l_égard_du_suivi_gynecologique.html)
43. Marret H, Golfier F, Vollerin F, LeGoaziou M-F, Raudrant D. Dispositif intra-utérin en médecine générale : à propos d'une étude prospective sur 300 poses. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 9 mars 2008;31(5):465-70.
44. Micaëlli A-L. Contraception par dispositif intra-utérin: quelles sont les acquisitions des médecins en fin de D.E.S. de médecine générale ? [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2014.
45. Laplace I. Questionnements et représentations à propos du dispositif intra-utérin sur les forums internet [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2014.
46. Grimes DA, Hubacher D, Lopez LM, Schulz KF. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for heavy bleeding or pain associated with intrauterine-device use. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(4):CD006034.

47. Sääv I, Aronsson A, Marions L, Stephansson O, Gemzell-Danielsson K. Cervical priming with sublingual misoprostol prior to insertion of an intrauterine device in nulliparous women: a randomized controlled trial. *Hum Reprod Oxf Engl.* oct 2007;22(10):2647-52.
48. Lesavre M, Legendre G, Fernandez H. [Use of misoprostol in gynaecology]. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* févr 2014;43(2):190-4.
49. Rev Prescrire. Misoprostol : des accidents cardio-vasculaires graves, même après une seule prise. 2015. 35(376):108-10.
50. Lopez LM, Bernholc A, Zeng Y, Allen RH, Bartz D, O'Brien PA, et al. Interventions for pain with intrauterine device insertion. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(7):CD007373.
51. PAITRAUD D. Dispositif intra-utérin MIRENA (lévonorgestrel) : nouveau dispositif de pose [Internet]. VIDAL. 2014 [cité 28 sept 2016]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr>
52. de Kroon CD, van Houwelingen JC, Trimbos JB, Jansen FW. The value of transvaginal ultrasound to monitor the position of an intrauterine device after insertion. A technology assessment study. *Hum Reprod Oxf Engl.* nov 2003;18(11):2323-7.
53. Morales-Roselló J. Spontaneous upward movement of lowly placed T-shaped IUDs. *Contraception.* déc 2005;72(6):430-1.
54. Jamin P de vue de C, Madelenat P, Rayr R par C. DIU au cuivre : pourquoi choisir une contraception non-hormonale ? *Gynécologie Obstétrique Fertil.* janv 2010;38(1S2):H2-5.
55. Guicheteau C, Boyer L, Somé DA, Levêque J, Poulain P, Denier M, et al. Tolérance du dispositif intra-utérin au cuivre chez les patientes nullipares : étude prospective unicentrique. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* févr 2015;43(2):144-50.
56. Denant D. Freins et réticences à l'utilisation du dispositif intr-utérin chez les nullipares en médecine générale [Thèse d'exercice]. [Paris, France]: Paris Ile-de-France-Ouest; 2012.
57. Jost S, Tohic AL, Chis C, This P, Grosdemouge I, Panel P. Contraception des femmes françaises de 15 à 45 ans : enquête nationale sur un échantillon représentatif de 5963 femmes. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* juin 2014;42(6):415-21.
58. Monestiez C. Parcours contraceptif des femmes, facteurs influençant leur choix, et attentes vis-à-vis des professionnels de santé dans ce domaine: approche qualitative [Thèse d'exercice]. [France]: UPEC. Faculté de médecine; 2015.
59. Fleming KL, Sokoloff A, Raine TR. Attitudes and beliefs about the intrauterine device among teenagers and young women. *Contraception.* août 2010;82(2):178-82.
60. Larsen M, Oldeide CC, Malterud K. Not so bad after all..., Women's experiences of pelvic examinations. *Fam Pract.* avr 1997;14(2):148-52.
61. Coldicott Y, Pope C, Roberts C. The ethics of intimate examinations-teaching tomorrow's doctors. *BMJ.* 11 janv 2003;326(7380):97-101.
62. Hull FM, Henderson JM. Intra-uterine contraception in general practice. *J R Coll Gen Pract.* déc 1975;25(161):924-31.

63. Maguire K, Morrell K, Westhoff C, Davis A. Accuracy of providers' assessment of pain during intrauterine device insertion. *Contraception*. janv 2014;89(1):22-4.
64. Christenson K, Lerma K, Shaw KA, Blumenthal PD. Assessment of a simplified insertion technique for intrauterine devices. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. 31 mars 2016;
65. Bahamondes L, Mansour D, Fiala C, Kaunitz AM, Gemzell-Danielsson K. Practical advice for avoidance of pain associated with insertion of intrauterine contraceptives. *J Fam Plann Reprod Health Care*. janv 2014;40(1):54-60.
66. Senant M-A, Simonot C. Représentations des femmes nullipares concernant la contraception par dispositif intra-utérin [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2013.
67. Comité Régional d'Education pour la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. Colloque régional Contraception & grossesses non désirées "Mieux connaître pour mieux gérer". In Marseille; 2011. Disponible sur: [http://www.cres-paca.org/\\_depot\\_cres/fiches/4713/4713\\_1\\_doc.pdf](http://www.cres-paca.org/_depot_cres/fiches/4713/4713_1_doc.pdf)
68. Bohet A, Bajos N, Moreau C. Regards croisés des femmes et des médecins sur le dispositif intra-utérin en France. *Rev Epidémiologie Santé Publique*. 1 oct 2013;61(S4):258.

## 7. ANNEXES

### 7.1. ANNEXE 1 : Efficacité contraceptive, OMS 2011.

# Efficacité contraceptive

## Taux de grossesses non souhaitées pour 100 femmes

Méthode de planification familiale	Taux de grossesses de la première année (Trussell <sup>a</sup> )		Taux de grossesses sur 12 mois (Cleland & Ali <sup>b</sup> )	Clé
	Utilisation correcte et régulière	Telle qu'utilisée couramment	Telle qu'utilisée couramment	
Implants	0,05	0,05		0-0,9
Vasectomie	0,1	0,15		très efficace
DIU au lévonorgestrel	0,2	0,2		
Stérilisation féminine	0,5	0,5		1-9
DIU au cuivre	0,6	0,8	2	efficace
MAMA (pendant 6 mois)	0,9 <sup>c</sup>	2 <sup>c</sup>		
Injectables mensuels	0,05	3		10-25
Injectables progestatifs	0,3	3	2	modérément efficace
Contraceptifs oraux combinés	0,3	8	7	
Pilules progestatives	0,3	8		
Patch combiné	0,3	8		26-32
Anneau vaginal combiné	0,3	8		
Préservatifs masculins	2	15	10	moins efficace
Méthode d'ovulation	3			
Méthode des Deux Jours	4			
Méthode des Jours Fixes	5			
Diaphragmes avec spermicides	6	16		
Préservatifs féminins	5	21		
Autres méthodes de connaissance de la fécondité		25	24	
Retrait	4	27	21	
Spermicides	18	29		
Capes cervicales	26 <sup>d</sup> , 9 <sup>e</sup>	32 <sup>d</sup> , 16 <sup>e</sup>		
Pas de méthode	85	85	85	

<sup>a</sup> Les taux proviennent largement des Etats-Unis. Sources : Trussell J. Contraceptive efficacy. In: Hatcher R et al., editors. Contraceptive technology, 19e version révisée édition 2007. Les taux pour les injectables mensuels et la capse cervicale proviennent de Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contraception. 2004 ;70(2) : 89-96.

<sup>b</sup> Taux des pays en développement. Source : Cleland J and Ali MM. Reproductive consequences of contraceptive failure in 19 developing countries. Obstetrics and Gynecology. 2004 ;104(2) : 314-320.

<sup>c</sup> Le taux pour l'utilisation régulière et correcte de la MAMA est une moyenne pondérée de 4 études cliniques citées dans Trussell (2007). Taux pour la MAMA telle qu'utilisée couramment provient de Kennedy KI et al. Consensus statement: Lactational amenorrhea method for family planning. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 1996 ; 54(1) : 55-57.

<sup>d</sup> Taux de grossesses pour les femmes qui ont accouché

<sup>e</sup> Taux de grossesses pour les femmes qui n'ont jamais accouché

Source : HAS, document de synthèse : Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. Mars 2013, mise à jour janvier 2015.

## 7.2. ANNEXE 2 : Rappels sur les méthodes de pose

### Principe de la méthode classique :

- ① **Désinfection** et mise en place du spéculum.
- ② Saisir le col avec une **pince à col stérile** (pince de Pozzi ou pince Museux), pour le maintenir au moment de l'insertion.
- ③ Utiliser un **hystéromètre souple** pour mesurer la profondeur utérine.
- ④ **Fixer la bague mobile** qui sert de repère sur le tube d'insertion, à la hauteur correspondant à la **profondeur utérine** mesurée.
- ⑤ Effectuer une **traction soutenue sur la pince à col** afin d'aligner **l'axe du col** et l'axe du corps de l'utérus.
- ⑥ Maintenir la traction, et **introduire le tube d'insertion avec le DIU dans sa position optimale** doucement dans le canal cervical.

### -Méthode en 1 temps (DIU en T et $\Omega$ ) :

Dans cette méthode au départ le **DIU touche le fond utérin**.

Pénétrer doucement le tube d'insertion jusqu'à ce que sa bague-repère soit au contact du col de l'utérus. Maintenir fixe le piston et tirer vers soi le tube d'insertion sur 2 cm. Retirer le piston, en maintenant le tube d'insertion, puis retirer de tube d'insertion.

### -Méthode en 2 temps (DIU en Y) :

Dans cette méthode au départ le **DIU ne touche pas le fond utérin**.

Maintenir fixe le piston et tirer vers soi le tube d'insertion jusqu'à la partie supérieure de la marque noire du piston. Les bras du DIU sont ainsi seuls libérés. Repousser l'ensemble tube d'insertion et piston jusqu'à ce que la bague vienne de nouveau au contact de l'orifice externe. A ce moment les branches du DIU sont plaquées sur le fond utérin. Retirer le piston puis le tube d'insertion.

- ⑦ Vérifier que le DIU n'est pas visible à l'orifice du canal cervical, **couper les fils à 2-3 cm** du col de l'utérus. Retirer pince et spéculum.

### Principe de la technique par méthode directe ou « torpille », sans pince à col :

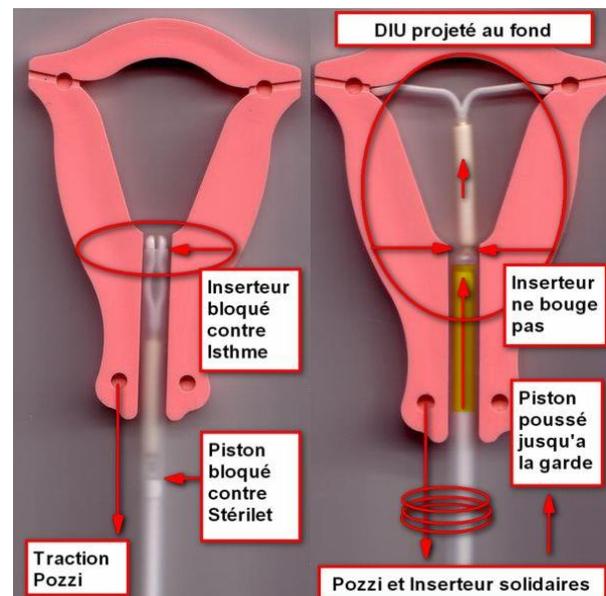
Pour les DIU en Y, idéalement UT380® et MIRENA®.

Repose sur le fait que **l'efficacité du DIU** repose sur un **mécanisme chimique** (cuivre) ou **hormonal** ( LNG MIRENA®), et donc sa position dans l'utérus n'a pas d'importance.

- ① **Désinfection** et mise en place du spéculum.
- ② Introduire si besoin, un **hystéromètre** le plus fin possible sans le pousser à fond, afin de déterminer **l'axe du col**.
- ③ **Pas de réglage de la bague**, qui sert uniquement à repérer l'axe des ailettes.
- ④ Ressortir l'hystéromètre et présenter le DIU au niveau du col, il suffit ensuite de **pousser le tube d'insertion jusqu'à l'orifice interne sans le franchir** (légère résistance à environ 2 ou 3 cm de l'entrée du col) en suivant la direction que l'on avait repérée.
- ⑤ Pousser à fond le piston. Le DIU va alors se positionner dans la cavité utérine en ouvrant ses ailettes. Le **DIU va s'ascensionner dans la cavité utérine** dans les premiers mois.
- ⑥ Retirer piston et tube d'insertion.

### Avantages de la méthode :

- Pas nécessaire d'utiliser la pince à col.
- Possibilité de ne pas utiliser d'hystéromètre.
- Pas de passage du tube d'insertion à travers l'orifice interne du col.
- Pas de butée au fond utérin par le tube d'insertion.
- Diminution des douleurs, et du risque de malaise et de spasme du col.
- Rapidité et facilité de la méthode : adaptée à la médecine générale.



Schématisme de la méthode directe

Sources : <http://bluegyn.com/spip/spip.php?article345>, [http://boree.eu/a\\_langlaise\\_bis.pdf](http://boree.eu/a_langlaise_bis.pdf)  
[http://anciensite.clge.fr/IMG/pdf/La\\_pose\\_de\\_DIU\\_methode\\_torpille.pdf](http://anciensite.clge.fr/IMG/pdf/La_pose_de_DIU_methode_torpille.pdf)

-Rev Prescrire. Dispositifs intra-utérins, alias stérilets. 2009. 29(304):117.

-Kunze B. Impact d'un atelier de formation sur les pratiques d'utilisation des dispositifs intra-utérins: étude comparative, type enquête de pratiques, « avant/après » formation sur les techniques de pose (classiques et alternatives) des DIU en Rhône-Alpes [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2014.

### 7.3. ANNEXE 3 : Fiche explicative transmise aux patientes

Madame, Mademoiselle,

Je me présente, Blandine Besnard, remplaçante en médecine générale.

Dans le cadre de ma thèse de médecine générale, j'étudie le **vécu des femmes concernant leur pose de Dispositifs Intra-Utérins (stérilets) en cabinet de médecine générale.**

Cette thèse a pour objectif par la suite d'améliorer le confort des patientes lors des poses de dispositifs intra-utérins (stérilets).

Vous avez eu une pose de dispositif intra-utérin (stérilet) dans les derniers mois.

Si vous l'acceptez, votre médecin me transmettra vos coordonnées afin que je puisse vous contacter pour convenir d'un entretien.

Cet entretien sera confidentiel, d'une durée d'une demi-heure à une heure. Il sera enregistré par un dictaphone avec votre accord afin de rester fidèle à vos propos. Il sera retranscrit dans la thèse de manière anonyme.

Puis l'enregistrement sera effacé.

Ainsi seul le médecin qui a effectué la pose et moi-même connaissons votre identité ainsi que vos coordonnées et serons soumis au secret médical.

#### 7.4. ANNEXE 4 : Fiche de consentement

Je soussignée Mme/Melle :

Nom :

Prénom :

Atteste avoir reçu une information orale et écrite sur les modalités de ma participation à cette étude.

J'autorise la publication de mon interview dans le respect de l'anonymat.

Seuls mon médecin et l'enquêtrice auront connaissance de mon identité.

Par la présente, je donne ainsi mon consentement éclairé.

Date :

Lieu :

Signature :

## 7.5. ANNEXE 5 : Guide d'entretien

DIU généralités : **Que savez-vous sur les Dispositifs intra-utérins (DIU) ou stérilet ?**

Relances : *Quel terme préférez-vous : **DIU ou stérilet** ?*

*Comment avez-vous choisi ce mode de **contraception** ? Qui vous en a parlé ?*

*Quelles incertitudes aviez-vous concernant le DIU ?*

*Quels sont pour vous les aspects positifs de cette contraception ? Négatifs ?*

Choix du médecin : **Pourquoi avez-vous choisi de venir chez un médecin généraliste ?**

Relances : *Quels avantages et inconvénients y voyez-vous ? Quelles craintes aviez-vous ?*

*Si vous on vous a déjà posé un **DIU**, était ce avec le même médecin et comment s'étaient-elles passées ?*

Consultation de dernière pose de DIU : **Pouvez-vous me décrire comment s'est passée la séance (entre le moment où vous êtes rentrée dans le cabinet et le moment où vous en êtes sortie) ?**

Relances : *Comment **appréhendiez-vous** cette pose ?*

*Quelles **explications** aviez-vous reçues avant la pose ? ou lors d'une précédente consultation ? Qu'en avez-vous pensé ?*

*Quel est votre ressenti **par rapport à cette pose** ? Quelle gêne avez-vous ressenti lors de la pose ? Quelle douleur ? Pouvez-vous la coter entre 0 et 10 ?*

*Qu'avez-vous apprécié concernant cette pose ? Pas apprécié ?*

*Comment pensez-vous que cette pose aurait pu mieux se passer ?*

*Enfinement par rapport à ce à quoi vous vous attendiez, qu'en avez-vous pensé ? Qu'est ce qui a été important pour vous ?*

Concernant les suites de la pose : **Comment ça s'est passé ?**

Relances : *Ressentez-vous une **gêne particulière** ou une sensation désagréable que vous attribueriez à votre DIU ? Comment la décririez-vous ?*

*Quelles gênes avez-vous lors des rapports ? Et votre partenaire ?*

*Avez-vous du **re-consulter un médecin** à propos de votre DIU ?*

Conclusions : **Quelle est votre satisfaction concernant ce DIU ?**

Relances : *Quels sont vos déceptions ? Pour la prochaine pose qu'envisagez-vous ?*

*Comment pensez-vous que l'on pourrait **conseiller les femmes** à propos du DIU ?*

*Voulez-vous ajouter quelque chose ?*

## 7.6. ANNEXE 6 : Questionnaire

### Informations générales :

Initiales :

Age :

Département :

Profession :

Nombre de grossesse :

Nombre d'interruption volontaire de grossesse :

Nombre de Fausse couche :

Problèmes médicaux autres (maladie chronique) :

### Concernant votre Dispositif intra-utérin (DIU) (stérilet) :

Type de dispositif intra-utérin (cuivre ou hormone) :

Date de pose :

Avez-vous pris des médicaments anti-douleurs avant la pose :

Si oui lesquels ?

Le médecin généraliste qui a effectué la pose la plus récente est-il votre médecin traitant ?

Si non, qui vous a adressé à lui ?

Avez-vous eu d'autres poses de dispositif intra utérin ?

Si oui était-ce par un gynécologue ou un médecin généraliste ?

7.7. ANNEXE 7 : Grille de Côté-Turgeon

<b>Figure 1 : Grille de lecture critique d'un article de recherche qualitative en médecine (Grille Côté-Turgeon)</b>			
	<b>Oui</b>	<b>±</b>	<b>Non</b>
<b>L'introduction</b>			
1- La problématique est bien décrite et est en lien avec l'état actuel des connaissances.	-	-	-
2- La question de recherche est clairement énoncée et est pertinente pour une recherche qualitative (ex : processus de prise de décision, relation médecin-patient, expérience de soins).	-	-	-
<b>Les méthodes</b>			
3- Le contexte de l'étude et le rôle des chercheurs sont clairement décrits (ex : milieu dans lequel se déroule l'étude, biais).	-	-	-
4- La méthode est appropriée à la question de recherche (ex : phénoménologique, théorisation ancrée, ethnographique).	-	-	-
5- La sélection des participants est justifiée (ex : informateurs-clés, cas déviants).	-	-	-
6- Le processus de recueil des informations est clair et pertinent (ex : entrevue, groupe de discussion, saturation).	-	-	-
7- L'analyse des données est crédible (ex : triangulation, vérification auprès des participants).	-	-	-
<b>Les résultats</b>			
8- Les principaux résultats sont présentés de façon claire.	-	-	-
9- Les citations favorisent la compréhension des résultats.	-	-	-
<b>La discussion</b>			
10- Les interprétations des résultats sont vraisemblables et novatrices	-	-	-
11- Les limites de l'étude sont présentées (ex : transférabilité).	-	-	-
<b>La conclusion</b>			
12- La conclusion présente une synthèse de l'étude et des pistes de recherche sont proposées.	-	-	-

Source : Côté L, Turgeon J. Grille de lecture d'un article de recherche qualitative en médecine. Pédagogie médicale 2002;3:81-90. <http://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/pdf/2002/02/pmed20023p81.pdf>

**BESNARD épouse COTTAZ Blandine**

**Comment favoriser un vécu positif de la pose du dispositif intra-utérin en cabinet de médecine générale ? Etude qualitative auprès de quinze patientes.**

nbr f.92, ill.3, tabl.3 Th. Méd. : Lyon 2017; n°15

**Introduction.** Le dispositif intra-utérin (DIU) est une contraception de longue durée d'action très efficace destinée à toutes les femmes quelle que soit leur parité. Il persiste cependant des freins au choix de cette méthode dont la forte anticipation de la douleur liée à l'insertion du DIU. Améliorer le confort des poses de DIU pourrait permettre de diminuer ce frein.

**Objectif principal.** Mettre en évidence les conditions favorables à un vécu positif de la pose du DIU dans le cabinet de médecine générale.

**Matériel et Méthodes.** Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été menée auprès de 15 patientes recrutées auprès de 6 médecins généralistes ayant inséré le DIU.

**Résultats et Discussion.** La vision globale de la mise en place d'un DIU a permis de mettre en évidence différents facteurs intervenant dans le vécu, avant, pendant et après le geste. Des explications claires, un contexte favorable, une patiente bien installée, un médecin bienveillant, accessible et compétent, une technique d'insertion et une prescription d'antalgiques réfléchie, une consultation de suivi rassurante, l'absence de complication et une satisfaction globale du DIU et de sa pose ont contribué à un vécu positif. A l'inverse les appréhensions, la gêne liée à l'intimité, les douleurs et les saignements ont contribué à un vécu négatif de la pose.

**Conclusions.** L'importance d'une relation médecin-patiente de qualité et de confiance lors de la pose du DIU prédomine sur l'acte. La prise en compte du ressenti des patientes est indispensable pour faciliter le vécu positif de ce geste.

**MOTS CLES**

- DISPOSITIF INTRA-UTERIN
- POSE
- MEDECINE GENERALE
- RESSENTI
- DOULEUR

**JURY**

Président : Madame le Professeur Marie FLORI

Membres : Monsieur le Professeur Cyril HUISSOUD  
Madame le Professeur Liliane DALIGAND  
Madame le Docteur Sonia PEYROT

**DATE DE SOUTENANCE**

Jeudi 12 janvier 2017

**ADRESSE DE L'AUTEUR**

37 rue bataille 69008 LYON  
blandine.besnard@gmail.com