



Année 2017

N°

Thèse

Pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
Diplôme d'État
par

Vanessa LHEBRARD

Née le 09/09/1988 à Corbeil-Essonnes (91)

**QUE PENSENT LES NULLIPARES DU DISPOSITIF INTRA-UTERIN
EN INDRE-ET-LOIRE ?
UNE ENQUÊTE QUALITATIVE**

Présentée et soutenue publiquement le **28/02/2017** devant un jury composé de :

Président du Jury :

Professeur Franck PERROTIN, Gynécologie-obstétrique, PU-PH, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Professeur Emmanuel RUSCH, Épidémiologie, Économie de la santé et prévention, PU-PH, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Nathalie TRIGNOL-VIGUIER, Orthogénie, Centre de Planification et d'IVG, CHU-Tours

Docteur Nathalie JAN, Médecine Générale - Loches

Directrice de thèse : Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, Médecine Générale – Tours

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Pr. Patrice DIOT

VICE-DOYEN
Pr. Henri MARRET

ASSESEURS
Pr. Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr. Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr. Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr. Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*
Pr. François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr. Patrick VOURE'H, *Recherche*

SECRETAIRE GENERALE
Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES
Pr. Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr. Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972
Pr. André GOUAZE - 1972-1994
Pr. Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr. Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES
Pr. Catherine BARTHELEMY
Pr. Philippe BOUGNOUX
Pr. Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr. Loïc DE LA LANDE DE CALAN
Pr. Noël HUTEN
Pr. Olivier LE FLOCH
Pr. Yvon LEBRANCHU
Pr. Elisabeth LECA
Pr. Gérard LORETTE
Pr. Roland QUENTIN
Pr. Alain ROBIER

PROFESSEURS HONORAIRES
P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – G. BALLON – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – J.C. BESNARD – P. BEUTTER – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – J. LANSAC – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELORD – E. LEMARIE – G. LEROY – Y. LHUINTRE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – M. ROBERT – J.C. ROLLAND – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ALISON Daniel	Radiologie et imagerie médicale
ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie clinique
ARBEILLE Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BODY Gilles	Gynécologie et obstétrique
BONNARD Christian	Chirurgie infantile
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques	Parasitologie, mycologie
CHANTEPIE Alain.....	Pédiatrie
COLOMBAT Philippe	Hématologie, transfusion
CONSTANS Thierry.....	Médecine interne, gériatrie
CORCIA Philippe	Neurologie
COSNAY Pierre.....	Cardiologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
COUET Charles	Nutrition
DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan.....	Réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUQUET Bernard	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GOUDEAU Alain	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GRUEL Yves	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier	Urologie
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier.....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
LABARTHE François.....	Pédiatrie
LAFFON Marc.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude.....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent.....	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François.....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie
MARRET Henri.....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel.....	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa.....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi.....	Chirurgie digestive
PAGES Jean-Christophe.....	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric.....	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique.....	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck.....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophthalmologie
QUENTIN Roland.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
ROYERE Dominique.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SALIBA Elie.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....	Biophysique et médecine nucléaire
SIRINELLI Dominique.....	Radiologie et imagerie médicale
THOMAS-CASTELNAU Pierre.....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VAILLANT Loïc.....	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane.....	Anatomie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé.....	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

LEBEAU Jean-Pierre
LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien..... Soins palliatifs
POTIER Alain..... Médecine Générale
ROBERT Jean..... Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BAKHOS David..... Physiologie
BARBIER Louise..... Chirurgie digestive
BERNARD-BRUNET Anne..... Cardiologie
BERTRAND Philippe..... Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
BLANCHARD Emmanuelle..... Biologie cellulaire
BLASCO Hélène..... Biochimie et biologie moléculaire
CAILLE Agnès..... Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
DESOUBEAUX Guillaume..... Parasitologie et mycologie
DOMELIER Anne-Sophie..... Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière

DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
GUILLOIN Antoine	Réanimation
GUILLOIN-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille	Immunologie
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
PLANTIER Laurent	Physiologie
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénérologie
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
DIBAO-DINA Clarisse	Médecine Générale
LEMOINE Maël	Philosophie
MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - orthophonie
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
ESCOFFRE Jean-Michel	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
GILOT Philippe	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
MAZURIER Frédéric	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
PAGET Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
MONDON Karl	Praticien Hospitalier
PERRIER Danièle	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
------------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition 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 donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, merci d'avoir accepté de diriger ce travail. Je vous remercie pour votre disponibilité, votre écoute et votre patience. Soyez assurée de ma profonde gratitude pour votre bienveillance.

A Monsieur le Professeur Franck PERROTIN, merci de me faire l'honneur de présider et de juger ma thèse. Veuillez trouver l'expression de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH, merci de me faire l'honneur de juger mon travail. Je vous remercie pour l'intérêt que vous y accordez. Soyez assuré de ma respectueuse considération.

A Madame le Docteur Nathalie JAN, merci de me faire l'honneur de juger mon travail. Je te remercie pour ton enseignement, ta bonne humeur et ta grande humanité.

A Madame le Docteur Nathalie TRIGNOL-VIGUIER, merci de me faire l'honneur de juger mon travail. Merci pour ton enseignement : ton enthousiasme est une source d'inspiration.

A mes maîtres de stage universitaire, Françoise, Philippe et Alain, qui m'ont permis de prendre confiance en moi. Vous êtes pour moi des exemples dans les domaines médical et humain, et j'espère être à la hauteur de votre formation.

A Louise, merci de participer à mon bonheur quotidien (et merci Pierre de m'avoir soufflée la réplique idéale). Votre amitié compte beaucoup pour moi. Vous avez toujours été là pour moi, et vous êtes essentiels à mon épanouissement personnel.

A Charline, merci de m'avoir supportée pendant toutes ces années d'études où j'ai eu mes hauts et mes bas. Tu as été d'un grand soutien.

A Valérie, merci de me permettre d'avoir une réflexion plus approfondie sur ma vie, ton amitié m'est précieuse.

A Julie, merci pour tous ces beaux moments partagés depuis que nous avons été voisines d'internat !

A Estelle, merci pour ces moments de danse, de révision et d'écoute qui m'ont permis d'apprécier ces longues années d'étude.

A Perrine et Capucine, on a bien rigolé à Montargis! (Perrine, merci pour ton aide).

Aux tourangeaux, merci pour votre amitié: Toon, Shigounet, Soso, Nono, Juju d'pomme, Audrey, Blaisounours et à Manue.

Aux autres proches: Delphine, Parrain, Marraine, la famille Palvadeau et la famille Bruneau.

A Denis, mon sensei, qui me permet de me défouler au judo. Merci de ton écoute, de ton grand cœur, et de t'être soucié de moi durant toutes ces années.

A mes parents, merci de l'amour et du soutien que vous m'apportez. Merci pour votre éducation, votre générosité et surtout votre patience dans les moments difficiles.

A mon frère adoré, Xavier, merci pour ton amour et notre complicité. Tu as toujours été un modèle pour moi! Merci de savoir me faire rire aussi facilement. (Et c'est en couleur!).

A mi familia en España que estan lejos de mis ojos pero cerca de mi corazón.

A ma belle famille Testu.

A Louis, qui est le bonheur de ma vie, merci d'être à mon écoute et de me soutenir au quotidien. Merci pour tous ces précieux instants de partage. Tu me permets plus que quiconque d'avancer dans la vie et de m'épanouir.

A notre fille qui sera bientôt parmi nous.

TABLE DES MATIERES

RESUME	9
ABSTRACT	10
INTRODUCTION	11
MATERIEL ET METHODES	13
RESULTATS	15
DISCUSSION	22
BIBLIOGRAPHIE	27
ANNEXE 1 : AFFICHE DE RECRUTEMENT	30
ANNEXE 2 : TRAME D'ENTRETIEN	31
ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE ANONYME	32
ANNEXE 4 : AVIS DU COMITE D'ETHIQUE	33

RESUME

Introduction. Le dispositif intra-utérin (DIU) est un moyen de contraception recommandé en première intention à toutes les femmes quelle que soit leur parité. Il existe un nombre important de grossesses non désirées sous contraception. Les méthodes réversibles de longue durée d'action (LDA), tel que le DIU, semblent être une stratégie envisageable face à cet échec contraceptif. Toutefois, le DIU est sous-utilisé par les nullipares. L'objectif de cette étude était d'étudier les représentations du DIU chez les nullipares.

Méthode. Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés, retranscrits et analysés par théorisation ancrée, auprès de quatorze femmes âgées de 16 à 30 ans dans le département de l'Indre-Et-Loire.

Résultats. Les participantes ont perçu le DIU comme une contraception de LDA, efficace, non hormonale, peu coûteuse et possible chez la nullipare. Toutefois, sa pose et ses effets indésirables mal connus étaient source d'inquiétude. Il provoquait un sentiment de manque d'autocontrôle et était mal accepté dans l'arsenal contraceptif de la nullipare. Les connaissances du DIU étaient approximatives voire erronées et provenaient principalement de leur entourage. Le compagnon avait un rôle de soutien sans intervenir dans le choix contraceptif.

Conclusion. La méconnaissance du DIU engendre de nombreuses inquiétudes limitant son recours, malgré des avantages reconnus. Les médecins généralistes ont une place importante pour délivrer une information claire et loyale. Ils ont le pouvoir de dédramatiser les expériences négatives de l'entourage, et de promouvoir le DIU chez la nullipare.

Mots-clefs: dispositif intra-utérin, nullipare

What are nulliparous women's beliefs about intrauterine devices in Indre-Et-Loire ?

A qualitative study

ABSTRACT

Introduction. The intrauterine device (IUD) is a contraceptive method that is recommended in first intention for all women regardless of their parity. It exists an important number of unintended pregnancies despite contraception's use. The long-acting reversible contraceptives (LARCs), such as IUD, have the potential to reduce this contraception failure. However, the IUD is underused among nulliparous women. The objective of this study was to explore the IUD's representations among nulliparous women.

Method. We undertook a qualitative analysis of semi-structured interviews of fourteen nulliparous women aged 16 to 30 years in Indre-Et-Loire. Interviews were transcribed and analyzed using modified grounded theory.

Results. Participants perceived the IUD as a long acting contraceptive, effective, hormone-free, low cost and possible for nulliparous women. However, misconceptions of the side effects and IUD's insertion were source of concerns. Women felt a lack of personal control and found it difficult to accept the IUD as a contraceptive option. IUD's knowledge was approximate or wrong and was principally supplied by their friend or family circle. The partner had a supporting role and didn't interfere in the contraceptive choice.

Conclusion. IUD's misconceptions generate some concerns limiting its use despite recognized advantages. General practitioners have a central role in order to deliver loyal information. They can temper family and friend's negative experiences and promote IUD for nulliparous women.

Key words: intrauterine device, nulliparous women

INTRODUCTION

Selon l'Organisation Mondiale de Santé (OMS), le Dispositif Intra-Utérin (DIU) est un des moyens de contraception le plus efficace et le plus durable avec un indice de Pearl à 0,6 pour le DIU au cuivre et à 0,2 pour le Système Intra Utérin au lévonorgestrel (SIU). L'OMS considère également qu'avant 20 ans et chez les nullipares, les avantages de cette méthode l'emportent sur les risques théoriques ou avérés. (1) (2) Le DIU est recommandé par la Haute Autorité de Santé (HAS) comme contraceptif de 1^{ère} intention, à toutes les femmes et quelle que soit la parité. (3)

La contraception en France a connu des évolutions notables et ne cesse d'être un enjeu de santé publique. Le droit à la contraception est apparu en 1967. La loi n° 2001 – 588 du 4 juillet 2001 a facilité l'accès à la contraception chez les mineurs en leur permettant de recourir au médecin de leur choix sans autorisation parentale, et a mis en place une obligation légale d'information et d'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires. Par la suite, la loi du 9 août 2004 a fixé l'objectif n°97 qui est d' « assurer l'accès à une contraception adaptée, à une contraception d'urgence et à l'interruption volontaire de grossesse dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours ».

En 2013, en France 97% des femmes de 15 à 49 ans à risque de grossesse non prévue utilisaient une méthode de contraception. Le débat médiatique de 2012 sur les pilules de troisième et quatrième générations a conduit certaines femmes à changer de méthode de contraception: la contraception orale étant la méthode la plus utilisée (42,7%). (4)

Et pourtant, il existe en France un paradoxe entre ce recours élevé à la contraception et un nombre important d'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG). Bien que le nombre d'IVG soit stable au cours du temps, il a été compté 203 463 IVG en France Métropolitaine en 2015 (soit un taux de recours de 14,4 IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans). (5) Deux tiers des grossesses déclarées « non prévues » surviennent sous contraception : 23% des femmes prenaient la pilule. Ce constat s'explique notamment par l'écart qui existe entre l'efficacité théorique d'une méthode contraceptive et son efficacité pratique dans les conditions d'utilisation courante. (6) (7) (8)

Pour rappel l'indice de Pearl représente l'efficacité théorique d'une méthode contraceptive, il est égal au pourcentage de grossesses apparues sur un an d'utilisation optimale de la méthode. En comparaison, l'efficacité en pratique courante est calculée sur l'ensemble de l'échantillon y compris chez les couples n'ayant pas respecté la méthode (par exemple : oubli de la pilule). La pilule a un indice de Pearl à 0,3 et une efficacité en utilisation courante de 9.

Face à ce problème, les méthodes réversibles de longue durée d'action, tel que le DIU, semblent être une stratégie envisageable pour réduire le nombre de grossesses non désirées. (9) (10) (11) (12)

En France, le DIU apparaît comme le deuxième moyen de contraception utilisé (25,4%) mais principalement chez des femmes ayant déjà eu un enfant. Selon l'enquête FECOND 2010, seulement 1.3% des femmes nullipares de 15 à 49 ans utilisent un DIU. Plusieurs études ont mis en relation ce faible recours au DIU avec les habitudes de pratique des médecins. Malgré des données de la littérature rassurantes, ils sont nombreux à craindre un plus grand nombre de complications. (13) (14) (15) (16) (17)

Depuis 2013, plusieurs travaux explorent les connaissances et représentations des femmes sur le DIU et ont montré que ce moyen de contraception est encore mal connu, perçu comme fiable, mais faisant l'objet de nombreuses craintes : lieu d'insertion vague, mécanisme d'action flou, vision de contraception définitive sans possibilité d'ablation et méconnaissances des indications, contre-indications et effets indésirables. (18)(19) (20) (21) (22) (23)

La particularité française par rapport aux autres pays du monde est l'utilisation intensive de la pilule. En 2011, dans le monde, la contraception la plus utilisée est la stérilisation (18,9%) puis le DIU (13,9%) ; seulement 8,9% de la population mondiale prend la pilule (World Contraceptive Patterns 2013). Le parcours contraceptif français semble stéréotypé avec un recours au préservatif en début de vie sexuelle, l'utilisation de la pilule dès que la vie sexuelle se régularise et le recours au DIU après avoir eu un enfant. (24)

En France, selon le baromètre santé de 1998, l'âge médian du premier rapport sexuel est de 17,6 ans pour les filles. Parmi les jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans, 79% utilisent la pilule, 18,2% le préservatif, 2,8% les patch/anneau/implant/injection, et aucune n'a déclaré se servir d'un DIU (baromètre santé de 2010). Cette surconsommation de pilule et le taux d'IVG de 7,6 pour 1000 femmes âgées de 15 à 17 ans renforcent l'idée de l'échec contraceptif dans cette tranche d'âge. (5) Face à ce constat, il est important de compléter les études préalablement réalisées sur les représentations du DIU en incluant les mineures et en ciblant les nullipares.

L'objectif de ce travail est d'étudier les représentations du DIU chez les nullipares de 16 à 30 ans en Indre-Et-Loire.

MATERIEL ET METHODES

Une étude qualitative a été réalisée à partir d'entretiens individuels semi-dirigés.

Les critères d'inclusion étaient le sexe féminin, la nulliparité, et l'âge compris entre 16 et 30 ans. Le critère de non-inclusion était l'antécédent d'IVG.

L'enquête qualitative a été choisie car elle permet de détailler les représentations des nullipares en restituant leurs expériences. Il n'y avait pas lieu, ici, de quantifier mais d'explicitier la réponse à la question de recherche.

Le recrutement reposait sur le réseau professionnel de l'investigatrice via une affiche (annexe 1) disposée dans les salles d'attente de cabinets de médecine générale d'Indre-Et-Loire ainsi que sur les recommandations des participantes (méthode boule de neige).

Les affiches de recrutement se situaient en zone urbaine (Tours, Montbazou) et rurale (Loches, Château-Renault), ainsi qu'au centre d'orthogénie de Tours.

Les femmes intéressées prenaient rendez-vous auprès de l'investigatrice sur la base du volontariat en envoyant un « short message service » (SMS) sur un téléphone dédié à l'étude. Suite au SMS, l'investigatrice fixait rendez-vous au domicile des patientes puis effaçait leur numéro de téléphone et adresse après l'entretien afin de garantir l'anonymat.

Les patientes participaient à un entretien individuel semi-dirigé en face-à-face. Le sujet de la contraception étant personnel, les entretiens individuels ont été choisis plutôt que les focus-groups (entretiens collectifs). L'entretien individuel permet d'éviter les mécanismes d'influence et de désirabilité sociale qui pourraient empêcher les jeunes femmes de dire réellement ce qu'elles pensent. Il crée également un cadre intime favorisant l'expression. Les entretiens ont été conduits par l'investigatrice, médecin généraliste remplaçante.

Il s'agissait de sa première expérience dans la réalisation d'entretiens semi-dirigés.

Deux entretiens test ont été effectués avant la réalisation de l'étude.

Un guide d'entretien (annexe 2) a été élaboré à partir des données bibliographiques, et s'est enrichi au fil des entretiens pour explorer les points suivants : les critères de choix de la contraception actuelle, les connaissances sur le DIU et leurs sources, les avantages et inconvénients du DIU, l'influence de l'entourage (famille, ami, compagnon), l'acceptation du DIU dans leur choix contraceptif.

Afin d'assurer une bonne compréhension du sujet par toutes les patientes interrogées, le terme « stérilet » a été préféré au terme « DIU » lors des entretiens.

La rencontre en face-à-face se déroulait en trois parties.

L'investigatrice présentait l'étude: information donnée sur l'anonymisation et la gratuité de l'étude, valorisation du témoignage personnel, absence de jugement et enregistrement via dictaphone. Ensuite, les patientes remplissaient un questionnaire pour le recueil des données sociodémographiques (annexe 3). Enfin, l'entretien était enregistré via l'application dictaphone d'un Smartphone.

L'investigatrice a réalisé la retranscription intégrale du verbatim sous logiciel Word®. Afin de garantir l'anonymat, les fichiers numériques audio retranscrits étaient nommés par « P » suivi de leur ordre chronologique (de P1 à P14), auxquels se rattachait un questionnaire. Chaque enregistrement audio était supprimé après sa retranscription. L'intégralité des retranscriptions est disponible sur un compact disc-read only memory (CD-ROM). Une analyse thématique puis une schématisation selon la méthode de théorisation ancrée a été utilisée. L'investigatrice et le second auteur ont analysé séparément le verbatim puis une mise en commun consensuelle a été effectuée permettant ainsi une triangulation des données. (25)
L'étude a été menée jusqu'à suffisance des données.

Une déclaration simplifiée à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) a été enregistrée sous le numéro 1984812 le 08/08/2016. Un avis favorable a été délivré le 04/11/2016 par l'espace de réflexion éthique de la région Centre sous le numéro de projet 2016 055.

RESULTATS

14 entretiens ont été menés. Leur durée variait de 26 à 54 minutes. Les patientes étaient âgées de 16 à 30 ans (moyenne de 22 ans).

Le tableau 1 récapitule les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon.

Entretien	Age	Situation familiale	Zone de vie	Profession	Contraception actuelle	IV G	Durée (minutes)
P1	26	En couple	Ville	Cadre	DIU*	Non	26
P2	23	Célibataire	Ville	Etudiante	SIU**	Non	54
P3	17	En couple	Campagne	Lycéenne	pilule	Non	31
P4	19	En couple	Campagne	Etudiante	pilule	Non	36
P5	17	En couple	Ville	Lycéenne	pilule	Non	47
P6	26	En couple	Ville	Bibliothécaire	pilule	Non	31
P7	18	En couple	Ville	Etudiante	pilule	Non	28
P8	30	En couple	Ville	Bibliothécaire	pilule	Non	33
P9	28	En couple	Ville	Professeur	pilule	Non	31
P10	19	Célibataire	Ville	Etudiante	pilule	Non	26
P11	28	En couple	Campagne	Etudiante	pilule	Non	50
P12	19	En couple	Ville	Etudiante	pilule	Non	30
P13	16	En couple	Campagne	Lycéenne	pilule	Non	26
P14	21	En couple	Campagne	Etudiante	pilule	Non	37

Tableau 1: caractéristiques des patientes et entretiens

* Dispositif Intra Utérin au cuivre

** Système Intra Utérin au lévonorgestrel

1. Comportement contraceptif

1.1. Connaissances

Les jeunes femmes utilisaient un moyen de contraception dont elles avaient suffisamment de connaissance: « *c'est ce qu'on connaît le mieux* » (P3), « *le plus connu* » (P4). Dans ce besoin d'information, il y avait la nécessité d'avoir une information objective et claire sur la méthode contraceptive. Les patientes évoquaient comme sources d'information objective: leur médecin généraliste, leur gynécologue, les interventions scolaires, le planning familial, le centre d'orthogénie et également internet.

1.2. Pouvoir du médecin

La place du médecin dans le choix de la contraception était primordiale : il était associé à une personne de confiance (« *elle m'a rassurée* » P1), donneur d'une information loyale (« *avis éclairé* » P11). Parfois les patientes étaient déçues par le manque d'information médicale donnée de façon spontanée sur la contraception (« *Il ne m'a pas proposée autre chose spécialement* » P3), ainsi que par la prise de conscience d'informations erronées ou des croyances démodées de la part des médecins (« *l'information médicale n'était pas la bonne* » P2 ; « *il m'a dit non, il faut au moins avoir eu un premier enfant* » P9). Lors de la première consultation de contraception, le médecin se montrait soit simple prescripteur de pilule (« *il me l'a prescrit directement* » P10), soit il prenait le temps de détailler plusieurs méthodes contraceptives avant de laisser le choix à la patiente (« *il avait passé du temps à m'expliquer* » P11). Lorsqu'elles manquaient d'information sur le DIU, elles étaient désireuses d'avoir l'avis de leurs médecins : « *je demanderai à mon médecin d'abord* » P12.

1.3. Réseau social

De plus, les participantes cherchaient à obtenir des informations subjectives, des expériences que ce soient par le biais de leurs amies : « *Je pense aussi que je demanderais autour de moi. Je ne ferais pas ça qu'avec ma gynéco qui me dit oui c'est bien.* » (P7) ; ou par internet: « *je regarderais peut-être plutôt des blogs. (...) sur les forums* » (P12).

1.4. Soutien familial

La mère tenait un rôle majeur dans la décision contraceptive : elle pouvait être présente à la consultation, donnait son opinion sur la méthode contraceptive utilisée, partageait sa propre expérience (« *avec les conseils de ma mère* » P6, « *le rôle de la maman est important* » P5). Dans certains cas, les patientes recherchaient un soutien de la part de leur mère dans leur choix contraceptif : « *elle ne serait pas contre* » (P5), « *elle a accepté l'idée* » (P6). Dans d'autres cas, la mère était absente du projet contraceptif, la patiente n'ayant pas abordé le sujet de conversation avec sa mère.

1.5. Caractéristiques propres au contraceptif

A ces influences externes, s'ajoutaient des critères inhérents au moyen contraceptif : son efficacité, sa facilité d'utilisation (« *simple* » P2, « *pratique* » P5, « *habitude* » P9), sa bonne tolérance (« *être bien avec* » P2), son moindre coût, sa discrétion, son indication secondaire (acné, dysménorrhée, régularisation des cycles et anémie), l'éviction d'hormones et la préservation d'une activité sexuelle. Le choix de contraception était parfois fait par défaut (« *je n'ai pas d'autres solutions* » P1).

2. Représentations du DIU

2.1. Longue durée d'action

Le DIU permettait une bonne observance contraceptive car il avait une longue durée d'action (« *cinq ans* » P4, « *plusieurs mois* » P8). Cela engendrait une idée de tranquillité et limitait les préoccupations dans leur vie socio-professionnelle. Elles pensaient parfois que le DIU ne pouvait pas s'enlever avant la fin de durée d'action. Cet « *engagement* » (P9) leur faisait peur et elles ne voulaient pas se projeter dans le futur (« *c'est long* » P4).

2.2. Contraception efficace

Les patientes avaient conscience qu'aucune méthode de contraception n'est efficace à 100%. Toutefois, elles étaient confiantes dans l'efficacité contraceptive du DIU qui apparaissait comme équivalent ou supérieur à la pilule. Néanmoins, il ressortait une insouciance vis-à-vis des échecs contraceptifs de la pilule suite aux oublis ou aux vomissements. De plus, certaines patientes se méfiaient du DIU: le corps pouvait le rejeter (« *s'il tombe* » P3) et son efficacité pouvait s'atténuer avec le temps (« *si jamais un jour il arrête d'agir* » P4).

2.3. Moindre coût

Le DIU était moins coûteux pour les patientes : il engendrait moins de consultations médicales, un achat unique pour plusieurs années, et était gratuit pour les mineures (à l'exception de P3 : « *ça m'étonnerait que ce soit gratuit* »).

2.4. Effets indésirables mal connus et sources d'inquiétude

Le DIU était responsable de « *douleurs* », de « *céphalées* », de « *malaise* », d'« *infection* » et pouvait se compliquer de « *rejet* », de « *grossesse extra-utérine* » ou se déplacer lors des rapports sexuels. Les douleurs étaient soit associées à la pose, soit aux règles, soit aux rapports sexuels. Le DIU était considéré comme un « *corps étranger* », et nommé de « *chose* », « *truc* », « *objet* ». Il pouvait être ressenti et provoquer un inconfort (« *cela me fait penser à un tampon que l'on aurait mal mis et qui serait gênant* » P10). Il pouvait également être « *intrusif* » et « *néfaste* », pouvant porter atteinte à la fertilité (responsable de « *lésions* », « *plaies* » P3, « *pas pouvoir avoir d'enfant* » P4). Cependant, certaines patientes considéraient le DIU comme une méthode contraceptive réversible, sans atteinte de la fertilité. Elles étaient rassurées par l'expérience d'amies qui avaient réussi à être enceinte rapidement après le retrait de leur DIU.

2.5. Possible chez la nullipare

Les patientes savaient que le DIU pouvait se poser chez les nullipares. Sa taille était adaptable selon l'âge et la parité des femmes (« *plus petits pour les plus jeunes* » P9). La contre-indication du DIU chez les nullipares était associée à une croyance démodée de la part d'amies, de mères, ou même de médecins. Néanmoins, pour certaines, le fait de n'avoir pas eu d'enfant rendait la pose plus difficile (« *col trop fermé* » P1, « *Comme je suis nullipare ça n'a pas réussi* » P2).

2.6. Peur de la pose

La pose était mal connue et redoutée. Elle était considérée comme un geste compliqué qui pouvait nécessiter de consulter un spécialiste ou d'être hospitalisée. Les patientes, les amies ou les mères ayant utilisé un DIU, avaient eu une expérience de pose désagréable ou douloureuse. La pose était également associée à un problème d'« *intimité* » (P4) et de vulnérabilité (« *on ne peut pas se défendre, on ne peut pas se cacher* » P5). Certaines patientes trouvaient les démarches pour avoir un DIU contraignantes: prendre rendez-vous chez un spécialiste qui peut avoir un délai d'attente long, attendre plusieurs consultations avant d'avoir le DIU, devoir être hospitalisée pour se le faire poser. De plus, si la patiente pensait au projet de grossesse, la démarche du retrait lui semblait tout aussi contraignante.

2.7. Manque d'autocontrôle

Les patientes ressentaient un manque de contrôle dans l'efficacité (« *il y a moins l'idée d'être protégée* » P5) et sur les saignements. Ainsi, le DIU apparaissait comme facteur aggravant les menstruations que ce soit sur leur durée, leur douleur, ou leur apparition non contrôlée (« *aléatoire* » P5). De ce fait, il était à l'opposé de la pilule qui permettait d'anticiper et de contrôler les saignements. Le DIU pouvait aussi diminuer la quantité des saignements voire les arrêter complètement et permettre ainsi de moins recourir à l'usage de matériels hygiéniques. L'aménorrhée pouvait aussi être une source d'inquiétude (« *J'ai peur que ça me détraque* » P4).

2.8. Contraception sans hormone

Le mécanisme d'action du DIU était mal connu. Elles imaginaient le DIU comme empêchant l'ovulation ou le passage des spermatozoïdes. Les patientes étaient attirées par le DIU car il ne possédait pas d'hormones et était donc assimilé à une méthode contraceptive plus saine et naturelle (« *c'est la seule contraception sans hormone* » P1). A contrario, il existait une confusion chez certaines femmes qui pensaient que tous les stérilets diffusaient des hormones (même ceux au cuivre).

2.9. Connaissances floues du DIU

Le DIU était source de peur due à un manque d'information (*« je pense que c'est le manque d'information qui fait que c'est déplaisant (...) souvent on a peur de ce qu'on ne connaît pas »* P14). Elles avaient une connaissance vague voire fautive quant à la forme (*« crochet »*), la taille, le lieu de pose (*« vagin »*), la durée d'action (*« quelques mois »*), le mécanisme d'action (*« bloque »* les spermatozoïdes), les complications (*« il tombe »*), les effets indésirables et sa non gratuité pour les mineures. Leurs sources d'information objective étaient leur médecin généraliste, leur gynécologue, internet et les interventions à l'école.

Les participantes avaient peu de souvenir de leur cours d'éducation sexuelle du collège et du lycée. Ces cours avaient pour objectifs la prévention des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) avec le rôle prédominant du préservatif et la présentation d'un seul moyen de contraception: la pilule. Elles n'avaient reçu aucune information sur le DIU.

Parfois, les médecins ne donnaient aucune information sur le DIU et se contentaient de prescrire la pilule. Les patientes reconnaissaient être déçues par ce manque de données médicales objectives (*« je pense qu'on n'est pas assez informé (...) elle n'est pas entrée dans les détails (...) on ne nous informe pas »* P9).

Les interventions à l'école n'informaient pas sur le DIU : soit juste listé, soit non abordé (*« je trouve ça vraiment dommage qu'il n'y ait pas d'intervenant qui en parle »* P7).

Une information claire était donnée par le centre d'orthogénie : la patiente se souvenait de sa forme, son lieu de pose, et la possibilité de le mettre chez une nullipare.

La principale source d'information subjective était leur réseau social (*« bouche à oreille »*). Les patientes accordaient une grande importance à ce que leurs amies avaient vécu. Et pour celles qui n'avaient aucune amie ayant un DIU, elles iraient se renseigner sur internet pour trouver des expériences (*« forum »*). En plus d'être pourvoyeur de réassurance ou d'inquiétude, le réseau d'amie influençait également en imposant une norme contraceptive : préservatif, pilule, puis DIU (schéma contraceptif français).

Les patientes recherchaient souvent le soutien de leur mère dans leur choix contraceptif. Les freins maternels étaient que certaines n'avaient jamais expérimenté le DIU tandis que d'autres en avaient eu des effets indésirables. Certaines en étaient ravies et le conseillaient pour son observance et sa durée. Quelques mères avaient encore une croyance démodée sur la contre-indication chez les nullipares mais cela était critiqué par les patientes.

2.10. Place du compagnon

Les compagnons pouvaient aborder le sujet de la contraception mais n'avaient aucune information sur le DIU. Ils pouvaient douter de son efficacité et avoir peur de le sentir pendant les rapports sexuels (« *est-ce qu'il risque de le sentir* » P6). Malgré un soutien de la part de leur partenaire dans les démarches contraceptives, la patiente se montrait seule à décider de la contraception.

2.11. Difficulté d'acceptation du DIU dans l'arsenal contraceptif

Le DIU manquait de popularité chez les jeunes femmes qui utilisaient le schéma contraceptif stéréotypé français : préservatif, pilule puis DIU comme dernier moyen contraceptif (« *après avoir eu des enfants, si je n'en veux plus* » P9). Plusieurs patientes acceptaient l'idée de porter un DIU plus tard, sans arriver à définir de délai : il fallait qu'elles soient « *plus âgées* » ou ayant eu des enfants. Une patiente pensait que le DIU était un vieux mode de contraception, désuet et que, de nos jours, il existait de meilleures méthodes contraceptives.

Une patiente qui avait un SIU en était contente et pouvait le recommander mais pas en « *première intention* ». Elle gardait à l'idée que les jeunes de son âge devraient commencer par la pilule et adapter le moyen contraceptif en fonction des attentes de chacune.

La deuxième patiente sous DIU ne le recommandait pas particulièrement car se sentait invalidée par les effets indésirables (douleur à la pose, douleur des règles). Elle précisait que c'était un choix par défaut car elle ne voulait plus prendre d'hormones.

Les patientes utilisant déjà un autre moyen de contraception (pilule) se sentaient bien avec et ne désiraient pas changer, même si elles avouaient avoir des oublis. Certaines étaient très intéressées à l'idée de changer pour un moyen de contraception non contraignant et efficace mais étaient désireuses d'approfondir leurs connaissances du DIU (« *d'abord bien me renseigner* » P10, « *il faudrait que j'en parle plus longuement avec un gynécologue* » P11 ; « *avoir plus d'information dessus* » P12).

Certaines voulaient mettre un DIU mais repoussaient le changement contraceptif car trouvaient les démarches de prise de rendez-vous contraignantes.

3. Synthèse des résultats

L'analyse du verbatim a fait émerger deux principales catégories qui sont le *comportement contraceptif* des patientes, ainsi que leurs *représentations du DIU*. De ces deux catégories, il s'est dégagé différents sous-thèmes qui ont été abordés.

Le comportement contraceptif d'une jeune femme est dirigé par ses *connaissances* sur le contraceptif lui-même, le *pouvoir du médecin*, le *soutien de sa mère*, le *réseau social* ainsi que sur des *critères propres* à la méthode contraceptive.

Notre étude montre que le DIU apparaît comme un moyen de contraception de longue durée d'action (*LDA*), *non hormonal*, *peu coûteux* et *possible chez la nullipare*. Les participantes ont confiance en son *efficacité* contraceptive. Malgré des avantages reconnus, il est mal connu et source d'inquiétudes quant à ses effets indésirables (*EI*) et sa *pose*. Les patientes ressentent un *manque d'autocontrôle* sur ce moyen de contraception. Il a du mal à être accepté dans l'arsenal contraceptif des nullipares qui choisissent de respecter le schéma contraceptif stéréotypé français (préservatif, pilule puis DIU). Les compagnons sont peu informés sur la contraception, recherchent essentiellement l'efficacité contraceptive tout en préservant une activité sexuelle et respecte le choix contraceptif de leur partenaire sans intervenir dans la décision.

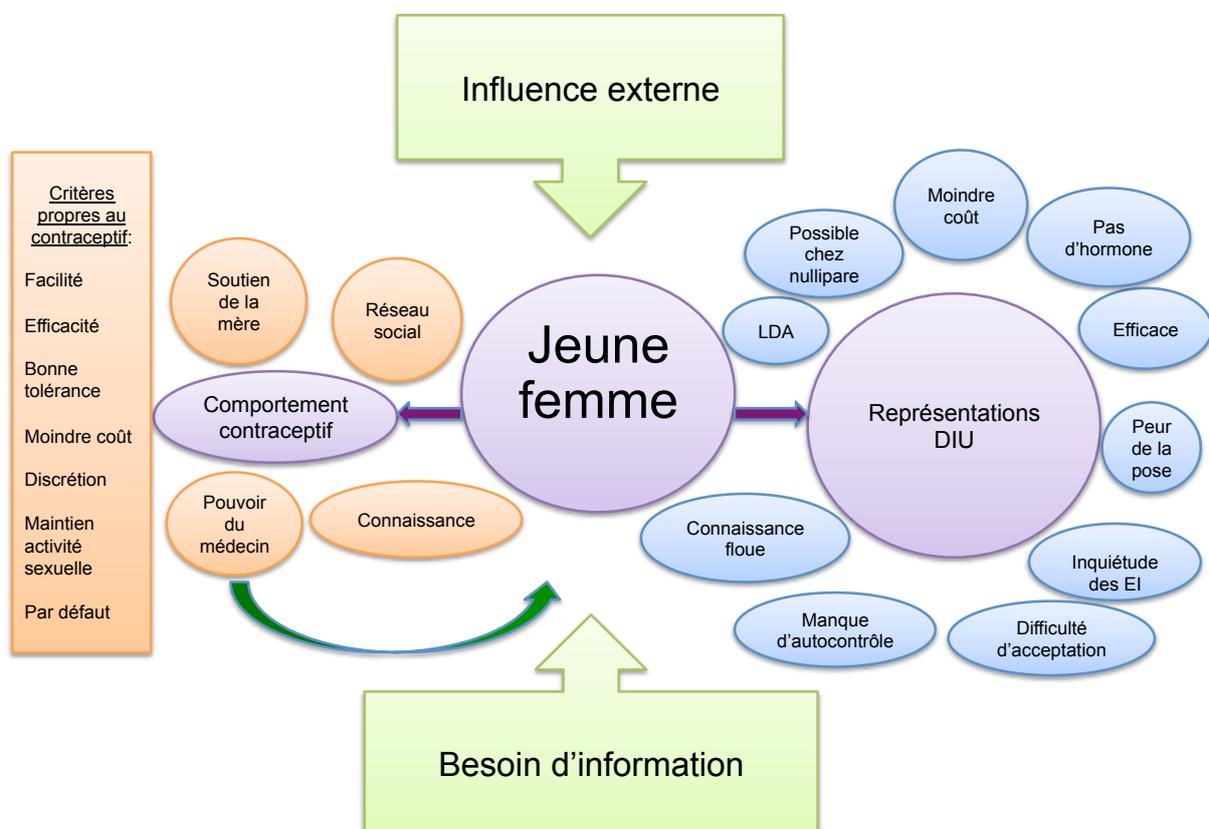


Figure 1: Modélisation de la contraception par DIU

DISCUSSION

1. Les forces et faiblesses de l'étude

1.1. Les forces

Les forces de l'étude sont d'avoir privilégié des entretiens individuels à un focus groupe permettant de garantir la spontanéité et la liberté des réponses, en évitant un comportement mimétique ou une pression sociale pour le recueil d'information.

Les entretiens semi-directifs ont permis de fixer à l'avance les thèmes à aborder grâce aux données de la littérature et de poser des questions ouvertes. L'ordre initialement prévu n'a pas forcément été respecté afin de laisser libre cours à la logique des participantes.

Un seul investigateur permettait d'assurer une reproductibilité des entretiens.

Pour compléter les études préalablement réalisées sur les représentations du DIU, des patientes mineures ont été incluses.

Pour limiter les biais d'interprétation, nous avons opté pour une triangulation des données : le verbatim a été analysé séparément par l'investigatrice et le second auteur.

1.2. Les faiblesses

Le recueil de données repose sur une seule investigatrice et sa façon de mener un entretien. Elle a rencontré des difficultés pour diriger les deux premiers entretiens semi-directifs. Sa technique s'est enrichie au fil des entretiens.

Les durées des entretiens, de 26 à 54 minutes, sont comparables aux autres études menées. Toutefois, les entretiens durant moins de 30 minutes peuvent être insuffisants pour faire émerger un discours authentique sans mécanisme de méfiance ou défiance (P1 P7 P10 et P13).

Le recrutement via des affiches en salle d'attente sur la base du volontariat, de façon anonyme et gratuite, n'a pas été fructueux. La méthode boule de neige a été préférée en interrogeant les amies des participantes. Ce biais de recrutement a été limité par la consigne donnée aux participantes de ne pas révéler le contenu des thèmes abordés à leurs amies afin qu'elles n'aillent pas se renseigner sur le DIU avant leur entretien.

2. Facteurs influençant la jeune femme

2.1. Besoin d'information

Notre étude est comparable à de multiples études dans le monde qui mettent en évidence que les femmes manquent de connaissance sur le DIU, ce qui favorise des craintes malgré des bénéfices reconnus (26) (27) (28). La première crainte est la peur de la pose, geste associé à une douleur, retrouvée dans plusieurs études comme frein à l'utilisation du DIU (13) (20) (26). Dans notre étude, cette pose était relativisée par les deux participantes qui utilisaient un DIU, suggérant que l'expérience minimise les peurs. La deuxième inquiétude était les effets indésirables du DIU. Certaines participantes ont soulevé la question d'atteinte à la fertilité et ont pour idée que le DIU peut être responsable d'infection, de grossesse extra-utérine, de douleur, de rejet et de malaise. Ces deux inquiétudes étaient renforcées par des expériences négatives vécues par des amies ou mères.

2.2. Influence extérieure

Dans notre étude, nous retrouvons une place importante de la mère et des amies dans le comportement contraceptif. Les participantes gardaient en souvenir les témoignages négatifs sur le DIU. Ce constat est comparable à l'étude d'Anderson (21) qui a montré que l'information véhiculée par les amies et la famille est mieux retenue et associée à des idées négatives voire fausses. Il existe un mimétisme des comportements renforçant le schéma contraceptif français stéréotypé et positionnant le DIU comme la contraception adéquate après avoir eu des enfants.

Toutefois certaines études indiquent que les femmes semblent accorder plus d'importance à l'information délivrée par le médecin qu'à celle de leur entourage (21) (23) (27).

3. Pouvoir du médecin dans le comportement contraceptif

3.1. Freins à la prescription du DIU

Dans notre étude, certaines participantes ont signalé que les médecins refusaient la pose du DIU chez les nullipares en évoquant comme raison une contre-indication ou de plus fortes complications dans cette population.

L'étude de Gonthier (14) et l'étude de Foubert (15) ont montré que les médecins ne prescrivaient pas le DIU chez la nullipare mais le réservaient aux femmes multipares ou présentant des contre-indications à la contraception hormonale. Ils ont mis en évidence plusieurs freins à la prescription du DIU : un manque d'expérience, d'équipement, de temps et de rémunération quand à la pose et le suivi des DIU.

D'autres études ont montré que les médecins craignaient plus d'effets indésirables chez les nullipares à type de maladies inflammatoires pelviennes et le risque de stérilité qui leur est associé, ainsi qu'une pose plus difficile et plus douloureuse dans cette population (16) (17). Cette surestimation des complications est un des freins à la prescription du DIU chez la nullipare en France.

3.2. Recommandations de l'HAS

En France, l'HAS a publié une mise à jour en janvier 2015 sur la prescription de contraception. Il est mentionné qu'une femme qui consulte pour une première demande contraceptive doit bénéficier d'une consultation uniquement dédiée à ce motif. Cette consultation doit permettre de fournir une information individualisée claire et hiérarchisée sur les méthodes contraceptives disponibles et adaptées à la personne demandeuse.

L'HAS précise également qu'à chaque renouvellement, le médecin doit évaluer l'adéquation de la méthode contraceptive, l'observance, la tolérance et la satisfaction de la femme.

Or dans notre étude, la plupart des femmes n'avaient pas reçu l'information nécessaire sur toutes les méthodes contraceptives existantes : elles venaient avec une demande de pilule qui était acceptée et non discutée par leur médecin. De plus, lors des renouvellements, elles n'étaient pas informées sur les alternatives contraceptives, même quand elles avouaient oublier régulièrement leur pilule.

3.3. Délivrance d'une information loyale

L'étude de Brown (29) a montré le rôle du médecin comme source fiable pour répondre aux questions et limiter les inquiétudes sur le DIU. Il était associé à « la voix de la raison ». Il a montré que les adolescentes étaient plus intéressées par le DIU lorsqu'elles en avaient d'abord entendu parler par leur médecin que par d'autres sources d'information.

En 2016, l'étude de Hall (30) a montré que 83% des participantes nullipares sont « contentes » et « très contentes » de leur DIU. 75% d'entre elles ont trouvé que leur pose s'était « très bien » passée en dépit de la douleur jugée sévère chez 42% des patientes. Elles avaient été préalablement bien informées et leur taux de poursuite a été de 89% à 1 an. D'autres études récentes renforcent l'idée que les DIU et SIU sont des moyens de contraception bien tolérés puisqu'ils ont un fort taux de poursuite. (31) (32) (33)

3.4. DIU dans le monde

En 2015, la stérilisation et le DIU sont les deux méthodes contraceptives les plus utilisées dans le monde : 19% de femmes mariées ou en union libre ont recours à la stérilisation et 14% utilisent un DIU. Les méthodes de courtes durée d'action sont moins fréquentes : 9% des femmes utilisent la pilule. Il existe de grosses différences régionales dans l'emploi de certains contraceptifs. Les méthodes contraceptives de courtes durées d'action et réversibles, comme la pilule, sont plus courantes en Afrique et en Europe, tandis que les LDA sont plus fréquemment utilisées en Asie et Amérique du Nord. (34)

Au Royaume-Uni, en 2005, de nouvelles recommandations promouvaient les méthodes contraceptives de LDA afin de réduire le nombre de grossesses non désirées. Et pourtant, sur les données de 2010, le recours aux LDA a été plus lent que prévu. Des études ont montré que les médecins généralistes se montraient réticents à la prescription de ces méthodes chez les adolescentes. De plus, les femmes se disent mal informées et ont des peurs infondées sur ces contraceptifs. Afin d'augmenter le recours à ces méthodes, les auteurs proposent que les médecins généralistes pensent à promouvoir leurs bénéfices dès que l'occasion se présente (par exemple lors des consultations de renouvellement de pilule). Ils insistent également sur l'amélioration des cours d'éducation sexuelle afin que ces moyens contraceptifs soient abordés, détaillés et que des échantillons soit montrés. (35) (36)

Aux Etats-Unis, en 2010, le projet CHOICE (37) a été réalisé: les adolescentes étaient invitées à bénéficier d'une information médicale exhaustive sur les différents moyens de contraception et elles avaient accès à la contraception de leur choix de manière gratuite. Les contraceptions de longue durée d'action (LARC) ont été principalement choisies avec une préférence pour l'implant chez les 14-17 ans et le DIU pour les 18-20 ans. Le taux de poursuite des LARC était supérieur aux autres méthodes contraceptives: 77% pour le DIU, 77% pour le SIU et 69% pour l'implant (10) (11).

Ces constats renforcent l'idée que le médecin généraliste a le pouvoir de promouvoir le DIU en fournissant une information loyale et en dédramatisant les représentations et croyances des nullipares.

3.5. En pratique

Ces données nous amènent à penser que le DIU pourrait être plus utilisé en France chez la nullipare grâce aux médecins généralistes. D'autant plus que l'étude du Pr Marret (38) témoigne de leur fiabilité pour poser et surveiller les DIU.

Une récente étude a permis de former des médecins généralistes sur la pose du DIU : sur un an, 89% de leur pose était réussie. Leur formation avait permis de les mettre en confiance : 96% d'entre eux se sentaient à l'aise pour poser un DIU chez une femme multipare. Malheureusement, seulement 46% des médecins ne ressentaient pas suffisamment d'assurance pour le poser chez une nullipare. (39)

Selon l'article du Dr Trignol-Viguiier (40), la meilleure contraception est celle choisie par la femme. Néanmoins afin de choisir le DIU, la femme doit en être informée par un professionnel de santé qui saura mettre en avant les bénéfices attendus au regard de la demande contraceptive. Et« pour être convaincant, il faut être convaincu ! ».

Rappelons que l'internat de médecine générale impose un semestre dans un lieu de stage agréé au titre de la gynécologie-obstétrique et/ou pédiatrie. Par conséquent, certains médecins généralistes acquièrent leur expérience gynécologique uniquement par le biais de leur maître de stage universitaire (MSU) lors de stage en médecine générale. Leur formation pratique dépendrait donc de l'intérêt que porte leur MSU en matière de contraception.

Il apparaît nécessaire de mieux former les médecins généralistes pour mettre à jour leurs connaissances quant aux contre-indications et complications du DIU ainsi que de les faire adhérer aux formations médicales continues sur la contraception.

4. Conclusion

Cette étude a mis en évidence les représentations des nullipares sur le DIU. Leur source d'informations provenait essentiellement de leur entourage. Le DIU a des avantages reconnus correspondant aux attentes des jeunes femmes en matière de contraception : efficace, moindre coût, longue durée d'action, non hormonal et est possible chez la nullipare. Toutefois, il est mal connu et ne trouve pas sa place dans l'arsenal contraceptif des nullipares du fait d'inquiétudes vis-à-vis de sa pose, de ses effets indésirables et d'un manque d'autocontrôle. Le médecin généraliste a le pouvoir d'y remédier.

Il serait intéressant d'étudier l'impact des formations médicales continues en matière de contraception sur la pratique des médecins généralistes.

Pour se faire, il faudrait analyser les freins des médecins généralistes à se former en gynécologie via un diplôme interuniversitaire. C'est en comprenant leurs réticences qu'il pourrait être trouvées des pistes pour faciliter l'accès aux formations et favoriser leur adhésion quant au suivi contraceptif de leurs patientes.

L'étude du Pr Marret pourrait être complétée en analysant les pratiques de médecins généralistes sur la pose des DIU après avoir acquis leur diplôme interuniversitaire de gynécologie en ciblant la population des nullipares.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS. École de Santé Publique Bloomberg. Planification Familiale: Manuel à L'intention Des Prestataires de Services Du Monde Entier, Mise à jour 2011, p. 131-135. Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97943/1/9780978856304_fre.pdf
2. OMS. Critères de Recevabilité Pour L'adoption et L'utilisation Continue de Méthodes Contraceptives. Cinquième édition. 2015, p. 115. Disponible sur : http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/fr/
3. HAS. Méthodes Contraceptives - Focus Sur Les Méthodes Les plus Efficaces Disponibles. Mars 2013, mise à jour septembre 2016.
4. DRESS. L'état de santé de la population en France. Edition 2015. Février 2015, p. 216-220. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/154000124/>
5. DRESS. Les Interruptions Volontaires de Grossesse En 2015. Etudes et Résultats. Juin 2016, n° 968. Disponible sur : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er968.pdf>
6. HAS. Etat Des Lieux Des Pratiques Contraceptives et Des Freins à L'accès et Au Choix D'une Contraception Adaptée. Avril 2013. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf
7. Leridon H, Bajos N, Moreau C, et al. Pourquoi Le Nombre D'avortements N'a-T-Il Pas Baissé En France Depuis 30 Ans ? Population et Sociétés. Décembre 2004, n° 407.
8. Mazuy M, Toulemon L, Baril E. Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété. Population et sociétés. Janvier 2015, n° 518. Disponible sur : http://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/22860/population.societes.2015.518.ivg.fr.pdf
9. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Increasing Access to Contraceptive Implants and Intrauterine Devices to Reduce Unintended Pregnancy. Committee Opinion. October 2015, n° 642. Disponible sur : <https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Gynecologic-Practice/co642.pdf?dmc=1&ts=20161209T1042311693>
10. Abraham M, Zhao Q, and Peipert JF. Young Age, Nulliparity, and Continuation of Long-Acting Reversible Contraceptive Methods. Obstetrics and Gynecology. 2015, n° 126.
11. O'Neil ME, Peipert JF, Zhao Q, and all. Twenty-Four-Month Continuation of Reversible Contraception. Obstetrics and Gynecology. November 2013, n° 122. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4012225/>
12. Secura GM, Madden T, McNicholas C, and all. Provision of No-Cost, Long-Acting Contraception and Teenage Pregnancy. The New England Journal of Medicine. October 2014, n° 371. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4230891/>
13. Gaillard M, Richard A. Place du dispositif intra-utérin dans l'arsenal contraceptif de la jeune femme nullipare en soins primaires. Décembre 2013. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00924414/document>
14. Gonthier R, Vallée J. Dispositif intra-utérin : Représentations des médecins généralistes qui ne l'insèrent pas. 2012.

15. Foubert C. Freins à la prescription du DIU chez la nullipare: étude qualitative auprès de 12 médecins Haut-Normands. Novembre 2014.
16. Guyomar M, Guilloteau G, Baron C. Que pensent les gynécologues et les médecins généralistes posant des dispositifs intra-utérins de ce mode de contraception chez la femme nullipare. *Exercer*. 2013, n° 110, p. 252-253. Disponible sur : [http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4690_2013_Exercer_\(suppl\)_-Gelly_et_al.pdf](http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4690_2013_Exercer_(suppl)_-Gelly_et_al.pdf)
17. Da Silva-Filho AL, Lira J, Rocha AL, Carneiro MM. Barriers and Myths That Limit the Use of Intrauterine Contraception in Nulliparous Women: A Survey of Brazilian Gynaecologists. 2016.
18. Senant MA, Simonot C. Représentations des femmes nullipares concernant la contraception par dispositif intra-utérin: analyse qualitative par entretiens semi-dirigés. Décembre 2013.
19. Payne JB, Sundstrom B, DeMaria AL. A Qualitative Study of Young Women's Beliefs About Intrauterine Devices: Fear of Infertility. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2016.
20. Fournier A, Vallée J. Regard des femmes consultant pour leur contraception en médecine générale sur le dispositif intra-utérin. *Exercer*. 2015, n° 121, p. 196-204.
21. Anderson N, Steinauer J, Valente T, and al. Women's Social Communication About IUDs: A Qualitative Analysis. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. September 2014, n° 46, p. 141-148. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4245018/>
22. Schmidt EO, James A, Curran KM, and al. Adolescent Experiences With Intrauterine Devices: A Qualitative Study. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*. October 2015, n° 57, p. 381-386. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4583802/>
23. Rubin SE, Felsher M, Korich, F and al. Urban Adolescents' and Young Adults' Decision-Making Process around Selection of Intrauterine Contraception. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. June 2016, n° 29.
24. Bajos N, Moreau C, Bohet A et al. La Contraception En France : Nouveau Contexte, Nouvelles Pratiques. *Population et Sociétés*. 2012, n° 492.
25. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer. De Boeck, 2014.
26. Chanzy Waroquet AL. Pourquoi les nullipares ne choisissent pas plus le DIU ? Enquête auprès de femmes. Septembre 2013. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00862248/document>
27. Hoopes AJ, Gilmore K, Cady J and all. A Qualitative Study of Factors That Influence Contraceptive Choice among Adolescent School-Based Health Center Patients. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. October 2015.
28. Garrett CC, Keogh LA, Kavanagh A, and all. Understanding the Low Uptake of Long-Acting Reversible Contraception by Young Women in Australia: A Qualitative Study. 2015. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4566517/>
29. Brown MK, Auerswald C, Eyre SL, and all. Identifying Counseling Needs of Nulliparous Adolescent Intrauterine Contraceptive Users: A Qualitative Approach. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*. 2013, n° 52, p. 293-300. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3580020/>

30. Hall AM, Kutler BA. Intrauterine Contraception in Nulliparous Women: A Prospective Survey. *The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*. January 2016, n°42, p. 36-42. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4717389/>
31. Bateson D, Harvey c, Trinh L, and all. User Characteristics, Experiences and Continuation Rates of Copper Intrauterine Device Use in a Cohort of Australian Women. *The Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*. December 2016, n° 56, p. 655-661.
32. Jagroep SR, Pichardo MS, Arribas L, and all. A Retrospective Evaluation of the Intrauterine Device in a Patient Population in Buenos Aires, Argentina. *The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*. April 2016, n° 42, p. 88-92.
33. Wildemeersch D, Goldstuck ND, and Jackers G. Results of a 5-Year Contraceptive Trial in Parous and Nulliparous Women with a New LNG-IUS. *Journal of Gynecological Endocrinology*. 2017.
34. United Nations. Trends in Contraceptive Use Worldwide. *Economic & Social Affairs*. 2015. Disponible sur : <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/trendsContraceptiveUse2015Report.pdf>
35. Asker C, Stokes-Lampard H, Beavan J, and all. What is it about intrauterine devices that women find unacceptable ? Factors that make women non-users : a qualitative study. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*. 2006, n° 32. Disponible sur : <http://jfprhc.bmj.com/content/32/2/89.long>
36. Madden H, Eckley L, Hughes L, and all. LARC, Young women and Social Norms. March 2014. Disponible sur : http://www.cph.org.uk/wp-content/uploads/2014/04/LARC-Young-Women-and-Social-Norms_final-report.pdf
37. Secura GM, Allsworth JE, Madden T, and all. The Contraceptive CHOICE Project: Reducing Barriers to Long-Acting Reversible Contraception. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. August 2010 , n°203. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2910826/>
38. Marret H, Golfier F, Vollerin F et all. Dispositif Intra-Utérin En Médecine Générale : à Propos D'une étude Prospective Sur 300 Poses. *Journal de Gynécologie Obstétriques et biologie de la reproduction*. 2002, volume 31, n°5, p.465-470. Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/en/article/114509>
39. Stewart M, Digiusto E, Bateson D, and all. Outcomes of Intrauterine Device Insertion Training for Doctors Working in Primary Care. *Australian Family*, November 2016, volume 45. Disponible sur : <http://www.racgp.org.au/afp/2016/november/outcomes-of-intrauterine-device-insertion-training-for-doctors-working-in-primary-care/>
40. Trignol-Viguié N, Blin E, Marret H. Dispositif intra-utérin et nulliparité. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. Juin 2014, volume 42, p. 432-437

ANNEXES

Annexe 1 : Affiche de recrutement

**Pilule ? Implant ? Stérilet ?
La contraception vous pose problème ?**



VOTRE AVIS m'intéresse !

Alors participez à ma thèse !



C'est simple, gratuit et anonyme!

Vous êtes une jeune femme entre 16 et 30 ans ?

Alors contactez-moi au 06 43 56 03 33.

Et je vous donne rendez-vous pour un entretien personnalisé!

Vanessa LHEBRARD, interne de Médecine Générale

Annexe 2 : Guide d'entretien

Entretien

1) Introduction

Politesse / Remerciements

Je me présente

Je certifie de l'anonymat de cet entretien

2) Trame d'entretien

Point de vue global sur la contraception

Comment avez-vous choisi votre contraception ?

Comment choisiriez-vous votre contraception ?

Focalisation sur le DIU

Et le stérilet, qu'en pensez-vous ?

Quels types de stérilet vous connaissez ?

Les avantages

Qu'est-ce qui vous plait dans le stérilet ?

Les inconvénients

Qu'est-ce qui vous embête dans le stérilet ?

L'impact de l'entourage

En avez-vous discuté avec vos copines ? Vos parents ? Votre compagnon ?

Sources d'information

Comment avez-vous été informée sur le stérilet ?

Avis personnel

Est-ce que vous seriez partante pour en utiliser un ?

Fin de l'entretien

Avez-vous quelque chose à rajouter ?

Annexe 3 : Questionnaire

Questionnaire anonyme

Age

Profession

Contraception actuelle

Cochez la case qui vous correspond : Oui non Ne souhaite pas répondre

Etes-vous célibataire ?

Etes-vous mariée ?

Avez-vous des enfants ?

Avez-vous déjà eu une IVG ?

Habitez-vous en ville ?

Habitez-vous en campagne ?

* IVG : interruption volontaire de grossesse

Annexe 4 : Avis du comité d'éthique



**GROUPE ETHIQUE D'AIDE A LA RECHERCHE CLINIQUE POUR LES PROTOCOLES DE
RECHERCHE NON SOUMIS AU COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES
ETHICS COMMITTEE IN HUMAN RESEARCH**

AVIS

Responsable de la recherche : Dr Vanessa LHEBRARD

Titre du projet de recherche : Quelles sont les représentations du dispositif intra utérin (DIU) chez les nullipares de 16 à 30 ans dans l'Indre-et-Loire ?

N° du projet : 2016 055

Le groupe éthique d'aide à la recherche clinique donne un avis

FAVORABLE

Sous réserve d'une déclaration à la CNIL

DÉFAVORABLE

SURSIS A STATUER

DÉCLARATION D'INCOMPÉTENCE

au projet de recherche n° 2016 055

A Tours, le 4 novembre 2016

Dr Béatrice Birmelé
Directrice ERERC

Vu, la Directrice de Thèse



**Vu, le Doyen de la Faculté de Médecine de Tours,
Tours, le 31/01/2017**



**Le Doyen,
Patrice DIOT**

Lhebrard Vanessa
36 pages – 1 tableau – 1 figure – 4 annexes

Résumé

Introduction. Le dispositif intra-utérin (DIU) est un moyen de contraception recommandé en première intention à toutes les femmes quelle que soit leur parité. Il existe un nombre important de grossesses non désirées sous contraception. Les méthodes réversibles de longue durée d'action (LDA), tel que le DIU, semblent être une stratégie envisageable face à cet échec contraceptif. Toutefois, le DIU est sous-utilisé par les nullipares. L'objectif de cette étude était d'étudier les représentations du DIU chez les nullipares.

Méthode. Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés, retranscrits et analysés par théorisation ancrée, auprès de quatorze femmes âgées de 16 à 30 ans dans le département de l'Indre-Et-Loire.

Résultats. Les participantes ont perçu le DIU comme une contraception de LDA, efficace, non hormonale, peu couteuse et possible chez la nullipare. Toutefois, sa pose et ses effets indésirables mal connus étaient source d'inquiétude. Il provoquait un sentiment de manque d'autocontrôle et était mal accepté dans l'arsenal contraceptif de la nullipare. Les connaissances du DIU étaient approximatives voire erronées et provenaient principalement de leur entourage. Le compagnon avait un rôle de soutien sans intervenir dans le choix contraceptif.

Conclusion. La méconnaissance du DIU engendre de nombreuses inquiétudes limitant son recours, malgré des avantages reconnus. Les médecins généralistes ont une place importante pour délivrer une information claire et loyale. Ils ont le pouvoir de dédramatiser les expériences négatives de l'entourage, et de promouvoir le DIU chez la nullipare.

Mots-clefs: dispositif intra-utérin, nullipare

Jury

Président du Jury :	Professeur Franck PERROTIN
Directrice de thèse :	<u>Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ</u>
Membres du Jury :	Professeur Emmanuel RUSCH
	Docteur Nathalie TRIGNOL-VIGUIER
	Docteur Nathalie JAN