

UNIVERSITÉ TOULOUSE III-PAUL SABATIER  
FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2015

2015 TOU3 1067

2015 TOU3 1068

**THESE**  
**POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**  
**SPECIALITE MEDECINE GENERALE**

Présentée et soutenue publiquement le 24 Septembre 2015

Par

Chloé RIEU et Marie SIBEL

**L'ACCES AU DIU COMME MODE DE CONTRACEPTION**  
**POUR LES NULLIPARES :**  
**UN PARCOURS DU COMBATTANT ?**

Etude qualitative par entretiens semi-dirigés

DIRECTRICE DE THESE : Docteur Anne FREYENS

JURY :

Monsieur le Professeur Olivier PARANT	Président
Monsieur le Professeur Pierre MESTHE	Assesseur
Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU	Assesseur
Madame le Docteur Anne FREYENS	Assesseur
Monsieur le Docteur Mickaël ALLOUCHE	Assesseur

**TABLEAU du PERSONNEL HU**  
**des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier**  
**au 1<sup>er</sup> septembre 2014**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Doyen Honoraire	M. LAZORTES Y.	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. CLAUX	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. LAZORTES F.
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURS	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.
Professeur Honoraire	M. GOUZI		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU		
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER		
Professeur Honoraire	M. PASCAL		

**Professeurs Émérites**

Professeur LARROUY	Professeur JL. ADER
Professeur ALBAREDE	Professeur Y. LAZORTES
Professeur CONTE	Professeur L. LARENG
Professeur MURAT	Professeur F. JOFFRE
Professeur MANELFE	Professeur J. CORBERAND
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUALI
	Professeur J. SIMON

**P.U. - P.H.**  
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR J.	Thérapeutique
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVIALLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT D.	Neurologie
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUGAT R. (C.E)	<i>Cancérologie</i>
M. CARRIE D.	Cardiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DEGUINE O.	O. R. L.
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale
M. LANGIN D.	Nutrition
M. LAUQUE D. (C.E)	Médecine Interne
M. LIBLAU R. (C.E)	Immunologie
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie
M. MALAUAUD B.	Urologie
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
Mme MOYAL E.	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PERRET B (C.E)	Biochimie
M. PRADERE B. (C.E)	Chirurgie générale
M. RASCOL O.	Pharmacologie
M. RECHER Ch.	Hématologie
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile
M. SALLES J.P.	Pédiatrie
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON N.	Médecine Légale
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie

**P.U. - P.H.**  
2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BUREAU Ch	Hépto-Gastro-Entéro
M. CALVAS P.	Génétique
M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. CHAIX Y.	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. GAME X.	Urologie
M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. LAUWERS F.	Anatomie
M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. OLIVOT J-M	Neurologie
M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE J.	Neurologie
M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. PAUL C.	Dermatologie
M. PAYOUX P.	Biophysique
M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. PERON J.M.	Hépto-Gastro-Entérologie
M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. SANS N.	Radiologie
Mme SAVAGNER F.	Biochimie et biologie moléculaire
Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie

**P.U.**

M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
---------------	-------------------

**P.U. - P.H.**

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Ph.	Pédiatrie
M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mme BERRY I.	Biophysique
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BUSCAIL L.	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie
M. DELABESSE E.	Hématologie
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GRAND A. (C.E)	Epidémiol. Eco. de la Santé et Prévention
Mme HANAIRE H. (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LARRUE V.	Neurologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie
M. LEVADE T.	Biochimie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses
M. PLANTE P.	Urologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile
M. RITZ P.	Nutrition
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie
M. ROSTAING L. (C.E).	Néphrologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Radiologie
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD J.M.	Pharmacologie
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.
M. SOULIE M.	Urologie
M. SUC B.	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie

**P.U. - P.H.**

2ème classe

M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique
M. COURBON	Biophysique
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DELOIRD J.P.	Cancérologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STOWHAS I.	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. HUYGHE E.	Urologie
M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX B.	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREUEW J.	Dermatologie
M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. OTAL Ph.	Radiologie
M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. TACK I.	Physiologie
M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. VERGEZ S.	O.R.L.
Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique

**M.C.U. - P.H.**

M. APOIL P. A	Immunologie
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie
M. BIETH E.	Génétique
Mme BONGARD V.	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition
Mme CASSAING S.	Parasitologie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY N.	Immunologie
Mme COURBON	Pharmacologie
Mme DAMASE C.	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DE-MAS V.	Hématologie
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale
M. DUPUI Ph.	Physiologie
Mme FILLAUX J.	Parasitologie
M. GANTET P.	Biophysique
Mme GENNERO I.	Biochimie
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI S.	Biochimie
Mme HITZEL A.	Biophysique
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale
M. KIRZIN S	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail
M. LOPEZ R.	Anatomie
M. MONTOYA R.	Physiologie
Mme MOREAU M.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD F.	Physiologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY F.	Biochimie
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES S.	Réanimation
M. SOLER V.	Ophthalmologie
M. TAFANI J.A.	Biophysique
M. TREINER E.	Immunologie
Mme TREMOLLIERES F.	Biologie du développement
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire

**M.C.U. - P.H**

Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
M. CMBUS J.P.	Hématologie
Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CASSOL E.	Biophysique
Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CHASSAING N	Génétique
Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN L.	Cytologie
M. CORRE J.	Hématologie
M. DEDOUIT F.	Médecine Légale
M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
M. DESPAS F.	Pharmacologie
M. EDOUARD T	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
M. GASQ D.	Physiologie
Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET S.	Nutrition
Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. LAIREZ O.	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE B.	Biosatistique
Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme NASR N.	Neurologie
Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET A.	Pharmacologie
M. TKACZUK J.	Immunologie
M. VALLET P.	Physiologie
Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie

**M.C.U.**

M. BISMUTH S.	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale
Mme ESCOURROU B.	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.  
Dr BRILLAC Th.  
Dr ABITTEBOUL Y.  
Dr CHICOULAA B.

Dr BISMUTH M  
Dr BOYER P.  
Dr ANE S.

## **REMERCIEMENTS AUX MEMBRES DU JURY**

### **Monsieur le Professeur Olivier PARANT**

Professeurs des Universités

Praticien Hospitalier en Gynécologie Obstétrique

Vous nous faites le grand honneur d'accepter de présider ce jury et ce malgré votre emploi du temps surchargé.

Votre travail est un exemple pour nous et vous avez marqué notre passage dans le service de gynécologie obstétrique.

Veillez recevoir tous nos remerciements et l'expression de notre plus grand respect.

### **Monsieur le Professeur Pierre MESTHE**

Professeur Associé de Médecine Générale

Médecin Généraliste

Nous vous remercions d'avoir accepté de siéger à notre jury et de votre intérêt porté à notre sujet de thèse.

En espérant que notre travail vous ait encouragé sur le chemin de la recherche qualitative, soyez assuré de notre profond respect.

### **Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU**

Maitre de Conférence Universitaire de Médecine Générale

Médecin Généraliste

Nous vous sommes reconnaissantes de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail.

Merci pour votre implication dans la formation des internes notamment en gynécologie obstétrique, mais également pour votre investissement dans le domaine de la recherche qualitative.

**Monsieur le Docteur Mickaël ALLOUCHE**

Praticien Hospitalier en Gynécologie Obstétrique

Nous vous remercions d'avoir accepté de faire partie de notre jury de thèse.

Merci de nous avoir accompagnées tout au long de notre travail que ce soit par vos appels ou vos mails et merci de l'intérêt que vous avez porté à notre sujet.

Votre aide nous a été très précieuse.

**Madame le Docteur Anne FREYENS**

Médecin Généraliste

Directrice de Thèse

Nous vous remercions d'avoir accepté de diriger notre travail et de nous avoir guidées dans le domaine de la recherche qualitative alors que nous étions novices.

Nous vous sommes reconnaissantes de nous avoir fait confiance et de nous avoir accordé du temps afin que nous puissions construire notre thèse en même temps que nos familles.

Nous espérons avoir été à la hauteur du travail que vous nous avez confié.

Avec tout notre respect.

## REMERCIEMENTS PERSONNELS de Chloé

**A mes parents**, sans qui rien de tout cela n'aurait été possible. Merci d'avoir cru en moi et en mes rêves, merci de m'avoir soutenue dans mes projets aussi bien professionnels que personnels... Je sais que cela n'a pas été facile tous les jours pour vous, pour toi Papa quand je racontais mes dissections pendant nos repas et mes débriefs de garde,... ou pour toi Maman quand tu me faisais réciter mes cours sans comprendre la moitié des mots ou quand tu venais me chercher à des heures impossibles après les cours. Vous avez toujours été là pour moi et je ne pourrais jamais assez vous remercier.

**A Rédoine**, cela fait huit ans que tu as transformé ma vie et que tu me soutiens et me supportes au quotidien. Tu sais trouver les mots pour me redonner le sourire quand je doute de moi (et si tu n'y arrives pas tu improvises une petite danse ou une chanson). Tu rends chaque épreuve de la vie beaucoup plus facile à surmonter et tu as ce don précieux de voir toujours le bon côté chez les gens et dans la vie en générale, ne le perds surtout pas... Tu es l'amour de ma vie, n'brick habibi.

**A Noam**, mon trésor. Tu as participé à ma thèse de l'intérieur puis tu as continué en interrompant maman à chaque fois qu'elle travaillait sur l'ordinateur. Tu es un petit garçon merveilleux et tellement éveillé que j'ai parfois peur de ne pas être à la hauteur pour t'accompagner là où tu souhaiteras aller. Merci d'avoir transformé ma vie comme jamais je ne l'aurais imaginé, merci de me faire rire et de me faire oublier tous mes soucis dès que je pose les yeux sur toi et que je vois ton sourire de canaille. J'espère que l'on pourra t'aider à réaliser tous tes rêves même les plus fous. Et surtout, habibou, n'arrêtes jamais de danser !

**A toi qui n'es pas encore là**, mais qui es déjà tellement présent dans nos cœurs. Tu auras vécu le stress de la soutenance de l'intérieur mais promis après je vais me détendre !

**A Simon, Jane et Lucie.** Simon, je n'oublierais jamais ce jour de P1 où tu as su trouver les mots pour me remonter le moral alors que j'étais au plus bas. Tu as toujours été là pour moi sans que je m'en rende vraiment compte pour me protéger au cas où je trébucherais. Merci grand frère.

Jane, merci de rendre mon frère aussi heureux, et merci pour ta bonne humeur au quotidien et lors de nos repas de famille. Tu as toujours le bon mot pour faire sourire tout le monde et en plus grâce à toi, j'ai une deuxième sœur.

Lucie, merci d'être une petite fille si facile, intelligente, drôle et belle. Tu fais notre bonheur.

**A Camille et Olivier.** Camille, tu as toujours été là pour moi, quoi qu'il arrive. Tu es la première personne que j'appelle dès qu'il se passe quelque chose dans ma vie et ça à n'importe quelle heure. J'espère que notre projet va se concrétiser comme ça j'aurais moins de frais de téléphone puisque je te verrais tous les jours ! Merci d'être toi petite sœur.

Olivier, merci d'être entré dans sa vie et dans la nôtre. Je n'aurais pas pu rêver d'un meilleur homme pour ma sœur, qui partage sa passion pour les disneys... Je vous souhaite le meilleur.

**A mes grands-parents, Patrice, Geneviève, Serge et Céline.** Merci pour votre soutien. Merci de m'avoir hébergée avec Audrey lors de notre formation en gynécologie à Bordeaux. Papi, je suis très heureuse que tu sois là pour assister à ma thèse.

**A ma famille du Nord et tout particulièrement à Mémé, Parrain, tata Lysiane, tata Karine et tonton Jean-Philippe,** merci pour votre soutien pendant toutes ces années, et ceux malgré la distance, que ce soit dans les études ou dans ma vie personnelle.

Parrain, tu es un homme admirable, toujours prêt à rendre service et en plus avec le sourire. Je vais te rebaptiser McGyver !

A tonton Didier, parti trop tôt.

**A mon filleul Matis,** merci pour tes coups de fil où tu me changes les idées avec les derniers potins du Nord. J'ai presque l'impression de vivre à côté de chez vous avec tous les détails que tu me donnes ! J'espère faire un peu plus partie de ta vie dans les prochaines années.

**A Audrey, Christophe, Gabriel et Léonie.** Audrey, merci de m'avoir accompagnée dans tous nos stages, cours, examens, DU,... tu es la « maman » du groupe, toujours de bon conseil ! J'espère que l'on pourra faire ce voyage ; maintenant que tu soudoies les agents des douanes, ça promet !

**A Stéphanie**, merci pour ces soirées galères inoubliables! Merci pour toutes ces après-midi soirées débrief à parler des heures. Sans toi, je ne serais plus au courant des derniers potins du CHU...

Les filles, il faut vraiment qu'on programme une soirée girly par mois minimum et que l'on réserve ce voyage, la vie est trop courte !!!

**A Marie-Charlotte, Julien et Marie-Caroline.** Marie-Charlotte, merci pour tous ces appels et révisions en P1, puis toutes ces soirées qui ont suivies. Nous avons toujours gardé le contact malgré les années et j'ai toujours l'impression qu'on s'est vu la veille ! En espérant que Marie-Ca et Noam grandissent ensemble, bon courage pour l'internat ma boulette !

**A Sarah**, je suis allée me perdre à Saint-Affrique pour ces premiers mois d'internat et j'y ai trouvé une amie. Tu m'as aidée et soutenue dans mes premiers pas de « grande », merci pour ces longues discussions à n'importe quelle heure et ses soirées piscine et cacahuètes !

**A Laurence**, merci de m'avoir aidée à surmonter ces 6 mois à Auch grâce à tous ces fous rires et à ta bonne humeur. Je n'avais qu'à traverser le couloir pour retrouver le sourire. Je te souhaite le meilleur ma belle !

**A Gabrielle**, merci pour ton amitié, toutes ces discussions pendant les stages et les cours, les soirées que l'on a partagé, merci d'avoir gardé le contact. On ne se voit vraiment pas assez !

**A Aude**, on est parti sur un voilier pendant 3 semaines sans se connaître et ça a de suite collé ! Merci pour ces supers vacances et nos folles soirées, on repart quand sur un bateau ???

**A Morad**, tu as déménagé à 1500 km et je n'ai pas retrouvé de partenaire de footing pour partager nos discussions sur la vie et l'amour ou pour faire des soirées séries ou nos brunchs du dimanche. Tu nous manques, on espère que l'on pourra repartir en voyage bientôt à l'autre bout du monde et avec une bichette !

**A Claire et Vincent, Marion, Bertrand et Jules,** merci pour tous ces repas où j'ai des crampes aux zygomatiques. Tous les moments que nous passons avec vous sont remplis de joie et de fous rires. En espérant que nous fêtions toutes les nouvelles années avec vous !

Claire et Vincent, je vous souhaite de voir s'agrandir votre famille, vos enfants auront beaucoup de chance, vous serez des parents formidables (mais attention à la petite boulette) !

Marion, Bertrand et Jules, à quand le deuxième pour que vous nous racontiez vos nouveaux essais couches ou comment faire la danse du caca.

**A la famille El Yassaa,** vous m'avez accueillie dans votre famille à bras ouverts et ce malgré nos différences. Vous m'avez ouvert l'esprit en me faisant découvrir une autre culture, une autre façon de voir le monde. Merci pour votre soutien.

Anissa, accroche-toi, tu vas y arriver !

**Au Dr Jacques Lagarde,** merci de m'avoir fait confiance pour prendre la relève auprès de vos patients et de m'accompagner dans mes premiers pas de médecin.

**Aux médecins, collègues, paramédicaux, secrétaires et patients,** notamment Drs Bekhazi et Cherradi, Dr Magna, Drs Alric et Omez, Elodie, Agnès, Clémence, Emilie, et tous ceux que j'aurais oublié de citer, merci de m'avoir aidé à grandir et à me former. Et surtout merci de me faire aimer mon métier.

**Et enfin à Marie, Tuan et Léo.** Marie, ce travail n'aurait pas pu se faire sans toi. Merci de m'avoir fait confiance. On a appris à se connaître au fur et à mesure de nos sessions thèse, nous avons partagé nos premières expériences dans la recherche qualitative mais également nos premières grossesses et nos premiers pas en tant que mères. Nous partageons la même vision de la vie et aujourd'hui vous faites tous les trois partis de ma famille. Cousins Léo et Noam vont pouvoir grandir ensemble ainsi que nos futures filles (oui oui ce seront des filles on se l'est promis !).

## **REMERCIEMENTS PERSONNELS de Marie**

**A ma maman,**

Pour ton amour, pour ce que tu as fait afin que je puisse me consacrer à mes études et m'avoir soutenue, pour ce que tu m'as transmis et pour m'avoir laissée libre de mes choix. Tu m'as permis d'être ce que je suis, sans toi rien n'aurait été possible. Ta fierté serait aujourd'hui ma plus belle récompense. Il est temps de te dire tout mon amour, toute ma tendresse et toute mon affection.

**A mon papa,**

Tu es présent dans mes pensées dans cette étape importante, je pense que tu aurais été heureux de voir la femme que je suis devenue.

**A Tuan,**

Pour tout ce que tu m'apportes et tout ce que tu es, pour ton soutien et ta présence dans toutes les épreuves traversées. Nous avons partagé de beaux moments loin d'ici, maintenant nous vivons le plus merveilleux : construire notre famille. Em yêu anh.

**A Léo,**

Mon petit garçon, comme tes sourires me comblent de bonheur. Tu es si joyeux, si pétillant, si énergique... Tu m'apprends chaque jour à être maman. J'ai tellement de choses à t'apprendre à mon tour. Que ta soif de vivre et de découvrir ne s'altère jamais. Je suis si fière de toi, je t'aime tellement !

**A mes grands-parents et ma famille,**

Pour tous les moments partagés depuis mon enfance, pour vos encouragements pendant ces longues années d'études. Merci d'avoir cru en moi et de m'avoir soutenue comme vous l'avez fait.

**A mes amis,**

**A Alexia,** pour ton soutien et ton amitié depuis nos contrées couserannaises, je t'ai vu agrandir ta famille et je suis heureuse d'en faire désormais un peu partie.

**A Nathalie**, pour ton amitié et ta présence malgré la distance, pour nos journées discussions sans fin qui me font tellement de bien, je te souhaite de devenir très vite maman.

**A Béatrice**, pour notre longue amitié, il me tarde de voir Charlie et Léo jouer ensemble et pourquoi pas les emmener faire le tour de Saint-Girons en souvenir de nos interminables tours de la ville.

**A Vanessa**, pour ton amitié et tes questionnements auxquels je me fais un plaisir de répondre, tu as une très jolie famille et il me tarde déjà de venir partager avec vous le barbecue dont on avait parlé.

**A Elodie**, pour le meilleur des stages que j'ai passé, pour nos fous rires, nos arrivées « claquantes » chaque matin et notre technique personnelle de diagnostic de toux surinfectée... On va enfin arriver à se voir plus souvent ?

**A Pierre**, pour notre « pause » chaque matin pendant 6 mois si productive et à l'astuce infailible du verre d'eau du fameux anesthésiste.... Et sinon c'est quand que tu deviens docteur ?

**A Emilie**, pour ces années passées sur les bancs de la fac, quel bonheur de les avoir partagées avec toi. Tu es maintenant exilée loin d'ici mais à chaque rencontre nous retrouvons la même complicité.

**A Anne**, pour notre aventure vietnamienne et pour ta présence pendant ces études, j'espère que nous pourrons partager encore de beaux moments.

**Aux médecins** que j'ai pu rencontrer tout au long de mon cursus et qui m'ont tant apporté, je garde un précieux souvenir de mes stages passés à vos côtés. Je pense tout particulièrement au Docteur Langlois pour votre humanité et votre savoir, aux Docteurs Boyer, Attard et Baillé qui m'ont accompagnée dans mes premiers pas de médecin avec la volonté de me transmettre leur expérience.

**A tous les patients rencontrés**, pour m'avoir appris à devenir médecin à travers vos regards.

**A tous ceux qui m'ont aidée**, directement ou indirectement, à venir à bout de ce travail de recherche.

**Et enfin à Chloé**, je te remercie d'avoir accepté de partager cette aventure avec moi.

Pendant cette thèse nous avons construit toutes les deux notre famille : une maison et un fils (magnifique) pour chacune. Parce que nous avons les mêmes valeurs et priorités, parce que nous partageons la même ouverture d'esprit, nous nous comprenons aisément et faire ce travail a été un plaisir à tes côtés. Il me restera comme souvenir nos ventres ronds en pleine réunion thèse, Noam dans sa poussette contraint d'assister à l'explication du séquençage, et

la session rédaction sur votre belle terrasse en pleine campagne entre deux beaux hamacs (au fait je ne les ai toujours pas étrennés). Je vous souhaite d'être heureux tous les trois et j'espère partager encore plein de petits et grands moments de votre vie (et au moins déguster enfin ce fameux tajine), et voir Noam et Léo jouer longtemps ensemble dans la petite maison dans votre prairie. Et maintenant on va faire quoi de nos lundi et mercredi ?

## TABLE DES MATIERES

<b>LISTE DES ABREVIATIONS .....</b>	<b>4</b>
<b>I. INTRODUCTION .....</b>	<b>5</b>
<b>II. METHODE .....</b>	<b>7</b>
A. Méthode en recherche qualitative .....	7
1. Choix de la méthode qualitative .....	7
a. Formulation de la question de recherche .....	7
b. Choix des entretiens semi-dirigés .....	7
c. Commission d'éthique .....	8
2. Constitution du guide d'entretien .....	8
3. Echantillonnage .....	8
4. Réalisation des entretiens et recueil des données .....	9
5. Retranscription et analyse des données .....	10
a. Retranscription .....	10
b. Contexte d'énonciation .....	10
c. Analyse du contenu et réalisation de la matrice .....	11
d. Saturation des données .....	11
B. Méthode de recherche bibliographique .....	12
1. Bibliographie sur le thème .....	12
2. Bibliographie sur la méthode qualitative .....	12

<b>III.</b>	<b>RESULTATS .....</b>	<b>13</b>
	A. Description de la population étudiée .....	13
	B. Résultats .....	13
	1. Choix personnel du DIU .....	13
	a. Retour au naturel .....	13
	b. Volonté de la patiente et libre choix de son mode de contraception .....	14
	2. Parcours menant à l'accès au DIU .....	15
	a. Manque d'information, discordance et préjugés .....	15
	b. Rôle du professionnel : relation de confiance, compétences et aptitudes ressenties .....	16
	c. Refus des professionnels : justifications, monopole de la pilule et lobbying des laboratoires .....	17
	d. Volonté et détermination de la patiente .....	19
	3. Le vécu avec ce mode de contraception .....	20
	a. Avantages ressentis par les patientes .....	20
	b. Le vécu en un mot .....	21
<b>IV.</b>	<b>DISCUSSION .....</b>	<b>22</b>
	A. A propos de l'étude .....	22
	1. Les forces .....	22
	2. Les limites .....	22
	a. Liées aux chercheurs .....	22
	b. Liées au recrutement des patientes .....	23
	c. Liées aux patientes interrogées .....	23

B. A propos des résultats .....	23
1. Le parcours du combattant .....	23
a. La volonté de la patiente ou la préparation mentale .....	24
b. L'information ou l'échelle de corde .....	24
c. Les préjugés et idées préconçues ou la toile d'araignée .....	25
d. La recherche d'un professionnel de santé ou la course d'orientation .....	26
e. Le refus du professionnel de santé ou le mur d'assaut .....	28
f. Le vécu du DIU ou l'arrivée .....	30
2. Améliorations et perspectives pour la mise en place du DIU chez la nullipare selon les patientes .....	30
a. L'information .....	30
b. L'évolution des mentalités et de la société .....	31
<b>V. CONCLUSION .....</b>	<b>32</b>
<b>VI. REFERENCES .....</b>	<b>33</b>
<b>VII. ANNEXES .....</b>	<b>37</b>
ANNEXE N°1 : accord de la commission d'éthique .....	37
ANNEXE N°2 : guide d'entretien .....	38
ANNEXE N°3 : guide d'entretien corrigé .....	39
ANNEXE N°4 : lettre aux médecins généralistes du DUMG .....	40
ANNEXE N°5 : talon sociologique .....	41
ANNEXE N°6 : formulaire de consentement .....	42
ANNEXE N°7 : extrait d'un entretien .....	43
ANNEXE N°8 : contexte d'énonciation d'un entretien .....	44
ANNEXE N°9 : extrait de la matrice d'analyse .....	45

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

**CHU** : centre hospitalier universitaire

**CNGOF** : collège national des gynécologues obstétriciens français

**DIU** : dispositif intra-utérin

**DU** : diplôme universitaire

**DUMG** : département universitaire de médecine générale

**GEU** : grossesse extra-utérine

**HAS** : haute autorité de santé

**HPV** : human papillomavirus

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

**INSEE** : institut national de la statistique et des études économiques

**INSERM** : institut national de la santé et de la recherche médicale

**MeSH** : medical subject headings

**MIP** : maladies inflammatoires pelviennes

**MG** : médecin généraliste

**OMS** : organisation mondiale de la santé

## **I. INTRODUCTION :**

Le dispositif intra-utérin (DIU) est la première méthode de contraception réversible dans le monde (avec plus de 180 millions d'utilisatrices en 2007<sup>[1]</sup>), suivi par la pilule puis par le préservatif masculin <sup>[2]</sup>.

Le DIU est en effet une contraception de longue durée d'action, il a l'avantage d'éviter les problèmes d'observance, et permet ainsi d'obtenir une meilleure efficacité contraceptive. En pratique, d'après l'OMS, le DIU est responsable de 0,8‰ grossesses contre 6 à 8‰ pour la contraception orale dans la 1ère année.

En France, il vient en seconde position (avec 26% d'utilisatrices), après la pilule (55,5 %) selon le Baromètre Santé de 2010 de l'INPES <sup>[3]</sup>.

Dans notre pays, les travaux de recherche semblent mettre en évidence l'existence d'une « norme contraceptive ». En début de vie sexuelle, le préservatif est majoritairement utilisé, 90 % des 15-24 ans déclarent en 2010 en avoir fait usage lors de leur premier rapport.

Avec l'âge et/ou l'installation dans une relation stable, les jeunes femmes se voient surtout prescrire la pilule (78,9 % chez les 15-19 ans, 83,4 % des 20-24 ans).

Puis, une fois le nombre d'enfants souhaité atteint, elles optent pour le stérilet <sup>[3]</sup>.

Les résultats de l'enquête FECOND réalisée en France en 2010 par l'Inserm et l'Institut national d'études démographiques montrent que 54 % des femmes interrogées considèrent que le DIU n'est pas indiqué pour une femme n'ayant pas eu d'enfant. Et ce pourcentage s'élève à 69 % chez les gynécologues et 84 % chez les généralistes. Il en découle que seulement 1,3 % des femmes de 15-49 ans sans enfant utilise le DIU en 2010 <sup>[4]</sup>.

La Haute Autorité de Santé (HAS), dans ses recommandations « Stratégie de choix des méthodes contraceptives chez la femme » de 2004 <sup>[5]</sup>, souligne que le DIU peut être proposé aux femmes nullipares en première intention au même titre que la contraception œstro-progestative.

En 2012, un débat a pris de l'ampleur dans l'actualité concernant les pilules de 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> générations ainsi que Diane 35<sup>®</sup> en rapport avec leurs possibles effets indésirables notamment au niveau des risques thrombo-emboliques, suite à la parution de l'étude danoise de Lidegaard reprise dans le British Medical Journal <sup>[6]</sup>.

A la même période, le Ministère de la Santé a lancé une alerte sur les pilules de 3ème et 4ème génération et annoncé leur déremboursement fin mars 2013.

Dans ce contexte, le DIU représente une alternative efficace et sûre à une contraception oestro-progestative, notamment chez les femmes n'ayant pas encore eu d'enfant.

Dans de nombreux pays européens comme l'Allemagne et le Royaume-Uni, les DIU sont posés chez les femmes nullipares depuis des années sans conséquence néfaste sur leur fertilité ultérieure <sup>[7]</sup>.

Mais qu'en est-il en France ? Les femmes peuvent-elles avoir facilement accès à ce mode de contraception ou sont-elles encore confrontées à un manque d'information et d'évolution des mentalités ?

Ont-elles le libre choix dans leur contraception ?

Nous nous sommes donc intéressées au parcours de femmes nullipares qui ont choisi ce mode de contraception afin de recueillir leur vécu par rapport à l'accès au DIU, leur tolérance et leur expérience.

Nous nous sommes tournées vers la recherche qualitative qui permet « d'explorer les émotions, les sentiments des patients, ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles » <sup>[8]</sup>.

## **II. METHODE :**

### **A. Méthode en recherche qualitative :**

#### 1- Choix de la méthode qualitative :

Nous avons choisi une méthode qualitative exploratoire.

En effet, la méthode qualitative permet « d'étudier les représentations et les comportements (et leurs déterminants) des fournisseurs et des consommateurs de soins »<sup>[9]</sup>.

Nous intéressant au domaine du vécu, du ressenti et des relations, nous ne pouvions pas utiliser une méthode de recherche traditionnelle quantitative et nous avons donc opté pour une méthode qualitative dans laquelle les résultats se présentent sous formes de mots et non de données chiffrées.

«La recherche qualitative ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative »<sup>[8]</sup>.

#### a. Formulation de la question de recherche :

La première question de recherche formulée : «Quel est le vécu des patientes nullipares optant pour une contraception par DIU ? », a finalement évolué vers : « L'accès au DIU comme mode de contraception pour les nullipares : un parcours du combattant ? ».

La question de recherche s'est précisée au fur et à mesure des entretiens du fait de la place importante du parcours dans le discours de ces femmes.

#### b. Choix des entretiens semi-dirigés :

Il existe différents types de recueil de données<sup>[8]</sup> :

- entretiens structurés (ou dirigés) : utilisation d'un guide d'entretien structuré.
- entretiens semi-structurés (ou semi-dirigés) : questions à réponses ouvertes.
- entretiens approfondis : 1 ou 2 points étudiés de façon très détaillée. Les questions sont initiées à partir de ce que dit l'interviewé.
- entretiens de groupe (focus groups) : 8 à 10 personnes rassemblées autour d'un sujet avec un animateur et un observateur.

L'enquête par entretiens individuels semi-dirigés à usage exploratoire a été choisie afin de permettre aux femmes de s'exprimer le plus librement possible sur leur vécu, en gardant une ligne directrice par le biais du guide d'entretien.

Les entretiens individuels ont été préférés au focus groups en raison du caractère intime de notre question de recherche portant sur le choix de la contraception.

#### c. Commission d'éthique :

Nous avons réalisé un dossier pour la Commission Ethique du Département de Médecine Générale de Midi-Pyrénées afin d'obtenir leur aval pour réaliser nos entretiens. L'avis favorable a été reçu le 20/06/2015 (ANNEXE N°1).

## 2- Constitution du guide d'entretien :

Le premier guide d'entretien (ANNEXE N°2) a été élaboré en tenant compte des questions de recherche posées et en comparaison à d'autres études qualitatives étudiant les freins et réticences à l'utilisation du DIU chez la nullipare <sup>[10]</sup>.

L'entretien débutait avec des questions fermées portant sur les données socio-démographiques telles que l'âge de la patiente, son niveau socio-culturel, sa situation familiale et ses antécédents afin d'élaborer les différents profils (talon sociologique) et de rechercher la variation maximale dans la diversité des profils.

Il nous paraissait important de préciser dès le début de l'entretien si le terme DIU était connu par la patiente et donc utilisable à la place du terme stérilet.

La suite du guide d'entretien était axée autour des 4 thèmes principaux de notre recherche : choix du DIU, professionnel consulté, déroulement de la pose et vécu après la pose.

Ce guide d'entretien a été testé lors des deux premiers entretiens, ce qui a permis de reformuler quelques questions afin qu'il soit plus adapté et d'ajouter une question finale qui est apparue évidente lors des premiers entretiens pour faire émerger une idée principale et clôturer ces entretiens.

Le guide d'entretien qualitatif corrigé est présenté en ANNEXE N°3, « il structure l'interrogatoire mais ne dirige pas le discours » et « a pour but d'aider l'interviewer à improviser des relances pertinentes sur les énoncés de l'interviewé, au moment même où ils sont abordés » <sup>[11]</sup>.

En recherche qualitative, les questions posées sont susceptibles d'être modifiées tout au long de l'étude, au fur et à mesure des entretiens.

## 3- Échantillonnage :

La population à étudier était définie par : des femmes nullipares porteuses ou ayant porté un DIU.

Nous avons poursuivi les entretiens jusqu'à saturation des données et les avons stoppés dès lors que deux entretiens n'apportaient pas de nouvelles catégories en rapport avec l'objectif principal <sup>[11]</sup>.

Pour recruter les patientes, nous avons sollicité les médecins généralistes du Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de Toulouse maîtres de stage en gynécologie obstétrique ainsi qu'une gynécologue du Planning Familial de Toulouse, un gynécologue obstétricien du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Paule de Viguier et un médecin généraliste ayant un diplôme universitaire en gynécologie obstétrique.

Les médecins du DUMG ont été contactés par courrier (ANNEXE N°4) en leur demandant de sélectionner dans leur patientèle les femmes correspondant à nos critères de sélection.

Puis un deuxième contact a été établi par téléphone 15 jours à 1 mois suivant l'envoi du courrier afin de récupérer les coordonnées des patientes correspondant au profil et ayant donné leur accord pour participer à notre recherche.

La gynécologue du planning familial a été contactée par mail afin de diversifier notre échantillon tout en remplissant les critères principaux d'inclusion à savoir femme nullipare porteuse ou ayant porté un DIU.

Le gynécologue du CHU et le médecin généraliste titulaire d'un diplôme universitaire de gynéco-obstétrique ont été contactés par téléphone pour varier le profil des médecins recrutant notre échantillon.

Nous avons synthétisé toutes les informations (paramètres d'échantillonnage) concernant les patientes dans le talon sociologique (ANNEXE N°5).

#### 4- Réalisation des entretiens et recueil des données :

Nous avons contacté les patientes, dont les coordonnées nous avaient été remises par leur médecin, par téléphone, en recherchant tout d'abord la confirmation de leur consentement pour participer à ce travail de recherche.

Nous leur avons expliqué que ces entretiens étaient bénévoles, enregistrés pour être retranscrits par la suite mais que l'ensemble des données recueillies resterait confidentiel et anonyme. Après discussion téléphonique sur les modalités de l'entretien, deux patientes n'étaient pas disponibles et une patiente a refusé de participer à notre thèse.

Nous avons proposé aux patientes de les rencontrer sur le lieu de leur choix, à l'heure et au jour de leur convenance.

Avant de débiter les entretiens, nous avons à nouveau garanti la confidentialité et l'anonymat des données et avons réexpliqué la nécessité pour nous d'enregistrer l'entretien afin de pouvoir analyser le discours par la suite. Nous leur avons demandé de signer un formulaire de consentement (ANNEXE N°6) et de nous communiquer leur adresse mail si elles souhaitaient que nous leur adressions les résultats finaux de notre recherche.

Nous avons ensuite enregistré les entretiens à l'aide d'un dictaphone numérique, ils se sont déroulés sous la forme d'une discussion lancée suite aux questions concernant les données socio-démographiques des patientes.

Par la suite les différentes techniques classiques de l'entretien ont été utilisées afin d'aborder tous les thèmes prédéfinis dans le guide d'entretien (ANNEXE N°3). Nous avons dirigé l'entretien à l'aide des signes verbaux et non-verbaux <sup>[12]</sup> :

- reformulation-résumé : nous avons résumé dans nos propres termes ce que la patiente venait de dire, ce qui permettait de s'assurer que nous avons bien compris et cela laissait la possibilité à la patiente de corriger ou compléter ce qu'elle venait de dire,
- relances pour approfondissement : nous reprenions un élément mentionné spontanément par la patiente qui n'avait pas encore été abordé dans l'entretien et qui méritait d'être approfondi ou qui apportait un élément nouveau,
- recentrage : au cas où la patiente s'éloignait trop du sujet, nous redirigions l'entretien,
- encouragements à poursuivre : cela correspondait à toute la gestuelle, les mimiques et les mots « oui... » ou « d'accord... » permettant de poursuivre la conversation.

## 5- Retranscription et analyse des données :

### a. Retranscription :

Les entretiens enregistrés ont été retranscrits dans leur totalité de manière littérale (ANNEXE N°7).

Les signes conventionnels de la ponctuation ont été utilisés pour traduire la parole orale en discours écrit. Nous avons précisé lorsque cela était nécessaire les émotions, expressions, mimiques, actions de la patiente,... en italique entre parenthèses.

A l'issue de cette retranscription nous avons obtenu le verbatim de chaque entretien.

### b. Contexte d'énonciation :

A l'issue de chaque entretien, nous avons réalisé dans notre voiture un « mémo » de l'entretien « à chaud » selon un plan prédéfini : le cadre et la patiente, résumé de l'entretien, points remarquables du contenu et de la forme du discours ainsi que les éléments nouveaux et/ou inattendus <sup>[13]</sup> (ANNEXE N°8).

Ce contexte d'énonciation de chaque entretien nous donnait une vision d'ensemble et faisait ressortir les idées fortes.

De plus, il évitait la perte d'information puisqu'il était réalisé de manière précoce et permettait de noter l'atmosphère dans laquelle se déroulait l'entretien, l'accueil de la patiente et notre état d'esprit.

c. Analyse du contenu et réalisation de la matrice :

Dans notre recherche, nous avons choisi l'analyse par théorisation ancrée (donc au fur et à mesure des entretiens) pour adapter si besoin le guide d'entretien puisque la particularité de la recherche qualitative est que l'évolution de ce guide reste possible en cours de recherche. Chaque entretien a été nommé EM ou EC pour Entretien réalisé par Marie ou par Chloé. Le premier chiffre représente le numéro de l'entretien dans l'ordre chronologique de réalisation et le deuxième correspond à la page où l'on retrouve le verbatim cité.

Les lectures successives de chaque entretien nous ont permis d'analyser le verbatim et de commencer le codage en découpant des unités de sens ou unités thématiques qui se définissent comme « un noyau de sens repérable en fonction de la problématique et des hypothèses de la recherche »<sup>[11]</sup>.

Ces thèmes n'ont pas été définis à l'avance mais se sont dégagés au fur et à mesure de nos lectures.

Le codage nous a permis de réaliser des catégories faisant émerger les thèmes et sous-thèmes principaux qui ont été utilisés ensuite pour réaliser notre matrice d'analyse à l'aide d'un tableur sous forme d'un tableau à double entrée (ANNEXE N°9).

Ce tableau était constitué de colonnes où figuraient les thèmes, sous-thèmes et catégories ; et de lignes où figuraient les verbatims de chaque entretien.

Chacun des entretiens a été analysé sous la forme d'un tableau puis chaque tableau a été regroupé en fonction des thèmes identifiés.

Les entretiens ont été analysés par deux chercheurs afin d'augmenter la validité interne de notre étude et de permettre la triangulation des données.

d. Saturation des données :

Nous avons poursuivi les entretiens jusqu'à ce qu'aucun élément nouveau n'apparaisse et nous avons réalisé deux entretiens supplémentaires avec des profils différents qui nous ont permis de confirmer avoir atteint la saturation des données.

## **B. Méthode de recherche bibliographique :**

### **1. Bibliographie sur le thème :**

Nous avons établi une liste de mots-clés que nous avons ensuite traduits en descripteurs dans le langage du MeSH bilingue (français-anglais) : contraception, DIU, stérilet, nullipare, information.

Nous avons ensuite utilisés ces mots seuls et sous plusieurs combinaisons afin de constituer des équations de recherche à l'aide des opérateurs booléens.

La bibliographie a été obtenue à partir des moteurs de recherche suivant :

- Pubmed,
- Google,
- Doc'CISMeF,
- le centre Cochrane Français/Cochrane Library
- les archives de Prescrire,
- le catalogue du Système Universitaire de Documentation,
- les sites de la HAS, de l'INPES et de l'INSEE,
- catalogue des bibliothèques universitaires toulousaines « Archipel ».

## 2. Bibliographie sur la méthode qualitative :

Le même travail de recherche a été réalisé pour la méthodologie qualitative en traduisant les mots-clés en langage MeSH bilingue : recherche qualitative, entretiens en utilisant les mêmes moteurs de recherche.

### **III. RESULTATS :**

#### A. Description de la population étudiée :

Les entretiens se sont déroulés entre octobre 2013 et mai 2015, au domicile des patientes, dans un lieu public ou à notre domicile selon leur souhait. La durée des entretiens était comprise entre 15 et 36 minutes, avec une durée moyenne de 27 minutes.

L'échantillon était composé de quatorze femmes âgées de 18 à 47 ans ; parmi elles, trois étaient célibataires, neuf en couple, une fiancée et une en couple et jeune maman.

Onze d'entre elles étaient porteuses d'un DIU au cuivre, deux d'un DIU hormonal et une a d'abord porté un DIU au cuivre puis l'a remplacé par un DIU hormonal.

Elles étaient porteuses d'un DIU depuis une période variant de 3 mois à 5 ans, avec une durée moyenne de port de 18 mois.

Deux femmes l'avaient fait retirer au moment de l'entretien.

A partir du douzième entretien nous n'avons plus noté d'éléments nouveaux répondant à la question de recherche. Nous avons fait 2 entretiens supplémentaires qui nous ont permis de considérer avoir atteint la saturation des données.

#### B. Résultats :

##### 1. Choix personnel du DIU :

###### a. Retour au naturel :

Pour la plupart des patientes interrogées, le choix du DIU comme mode de contraception était motivé par l'envie d'une contraception plus naturelle, " [...] je voulais arrêter la pilule je voulais que le corps il fonctionne enfin normalement " - EM 6/4, " Revenir à quelque chose de plus naturel [...]" - EM1/3.

Ce retour au naturel passait par l'arrêt de la prise d'hormones afin d'éviter leurs effets indésirables " [...] je voulais avoir une contraception mais je voulais pas avoir les désagréments de ... des hormones quoi " - EC 4/6, " [...] j'en avais marre de prendre des hormones, et la pilule, j'en avais ras-le-bol " – EM 7/2.

Pour certaines, ce changement de contraception s'inscrivait dans une démarche de vie plus saine, " [...] c'était un peu le délire bio, c'est pas bon les hormones pour le corps etc [...]" – EM 5/2, "[...] je me suis dit je vais me débarrasser de tous mes médicaments, euh plus dans un point de vue je vais arrêter de me mettre n'importe quoi, de prendre n'importe quoi ..." – EM 3/2.

Et pour d'autres, il s'agissait de se sentir femme en se reconnectant avec leur corps et en le laissant fonctionner à nouveau sans médicament, " [...] je me suis dit faut que j'arrête la pilule parce qu'il faut absolument que mon corps fonctionne, que ces règles reviennent, que je me ressente femme, que je sache comment ça marche etcetera " – EC 5/4.

De plus, les débats sur les pilules de 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> générations ont participé à ce désir d'une contraception plus naturelle " C'était au moment aussi où il y avait toutes ces polémiques sur la pilule de quatrième génération [...]" – EM 3/2, " Y avait un débat sur les hormones aussi en parallèle donc tout ça dans la société montait un peu [...]" – EC 5/3, " Je sais pas, plein de polémiques, je sais pas si c'est vrai et tout, des filles qui avaient la 3<sup>ème</sup> génération et tout qui ont eu des cancers, etc." – EM 5/8.

#### b. Volonté de la patiente et libre choix de son mode de contraception :

Le choix du DIU était pour la majorité des patientes un choix personnel " Mais après c'est ma décision [...]" – EC 3/6, " [...] j'ai décidé de changer, d'arrêter la pilule et de, de passer au stérilet. " – EC 2/2, " Ben oui en fait, enfin c'est nos utérus quoi [...]" –EM 3/12.

Elles voulaient que les femmes en général puissent être libres de choisir leur mode de contraception " [...] ça serait chouette qu'elles soient plus dans le contrôle de leur choix de leur contraception, de leur corps, avec des informations claires, justes et précises." – EM 2/6, " [...] chacun doit avoir un mode de contraception qui lui convient si c'est possible [...]" – EC 6/7, " [...] et d'être libre de ma contraception [...]" – EC 6/4.

Cette volonté de choisir le DIU s'est imposée face à certains préjugés ou idées reçues encore fréquemment répandus de nos jours tels que la contre-indication du DIU chez la nullipare " Et donc on m'a parlé, enfin je je savais que ça existait mais c'est vrai que comme dans l'imaginaire collectif je me disais ben c'est pour les femmes qui ont déjà eu des enfants, c'est ce qu'on entend partout." – EM 3/2, " [...] pour moi c'était euh moi toute ma jeunesse j'entendais ma mère qui disait ah là là il faut que j'aïlle faire changer mon stérilet, et puis voilà pour pas avoir d'enfant, bon ah oui non mais les femmes qui ont eu des enfants on leur met le stérilet, voilà." – EM 7/4 ou encore la notion de corps étranger " [...] le truc du corps étranger aussi, il fallait que ça fasse son chemin. " – EM 7/4, " Je sais pas j'avais peur que ça que ça rouille ou je sais pas, oui parce que c'est à base de cuivre, voilà." - EM 4/3.

## 2. Parcours menant à l'accès au DIU :

### a. Manque d'information, discordance et préjugés :

Pour une majorité de nos patientes interrogées, le DIU ne leur a pas été proposé "Alors en fait je, dans les copines, je crois que ce qui prévaut le plus c'était la méconnaissance, c'est-à-dire... la plupart était comme moi, on ne leur avait jamais proposé un stérilet." – EC 5/6, " je comprends pas pourquoi on m'en a pas parlé avant finalement parce que euh j'ai quand même, j'avais plus de 10 ans de... de contraception quoi." – EC 5/4, " [...] on m'a jamais parlé, jamais jamais jamais jamais d'un stérilet, jamais. Personne. Ni médecins ni quoi que ce soit." – EC 7/6.

Certaines patientes se sont retrouvées confrontées à des informations erronées, par le biais d'internet " J'avais cherché sur internet mais on trouve tout et n'importe quoi aussi " – EM 1/6, " [...] donc j'avais vite fait un peu regardé sur internet mais euh on voyait quand même plein de choses comme quoi pour les nullipares c'était pas euh... la meilleure solution. " – EC 6/4, " Après bon, via les forums, tout ça, j'ai bien compris que c'était parce qu'y avait des risques quoi. Des risques de ... de stérilité si jamais c'était mal posé ou mal retiré,... que je pouvais avoir des problèmes après pour avoir des enfants quoi." – EC 4/4, ou par le biais des professionnels de santé " Parce que j'ai eu beaucoup de désinformation dans le parcours médical sur ça." – EM 2/2.

Ces informations discordantes ont amené une minorité de ces femmes à s'interroger sur l'existence réelle ou non de risques liés à la pose du DIU chez la nullipare " c'est vrai que du coup on entend de plus en plus parler du fait qu'il y a des gynécos qui veulent pas le faire et qu'il y en a qui veulent le faire et... du coup pourquoi, qu'est ce qui se passe ? Est-ce qu'il y en a qui sont inconscients ou est-ce qu'il y en a qui veulent tout simplement pas prendre de risques, quels sont ces risques, est-ce qu'ils existent." – EM 3/5.

Enfin les idées préconçues sur la nulliparité et le DIU étaient encore très présentes dans les mentalités, que ce soit chez les patientes " [...] je crois que le stérilet dans ma tête c'était vraiment toujours le truc des mamans quoi. C'était ma mère en fait le stérilet. J'étais même pas au courant qu'on pouvait le mettre sur une femme qui avait pas eu d'enfant." – EC 5/6, " J'ai été réticente, c'est vrai parce que toujours pareil l'idée arrêtée que le stérilet c'est pour les femmes qui ont eu des gamins " – EM 7/7, ou dans leur entourage " Parce que le premier truc qu'on dit c'est ah oui non mais le stérilet ça rend stérile." – EM 1/7, " [...] la première réaction de ma mère ça a été mais ah bon tu n'as pas eu d'enfants." – EC 3/6, " [...] j'en avais discuté avec pas mal de personnes mais toutes avaient cette expérience-là, que ça avait été posé après une grossesse et que dans leur idée c'était pas euh, ça se faisait pas" – EM 2/5.

b. Rôle du professionnel : relation de confiance, compétences et aptitudes ressenties :

Certaines femmes ont abordé l'importance de la relation avec leur médecin, la notion de confiance semblait être un facteur déterminant dans l'accès au DIU " [...] je me sentais en confiance avec elle [...]." – EC 5/5, " [...] il m'a rassurée et je lui faisais entièrement confiance [...]" – EC 3/2, mais également pour la pose de ce mode de contraception notamment pour la patiente qui a opté à deux reprises pour le DIU " Je me suis dit bon je vais lui faire confiance encore une fois." – EC 6/5.

Cette relation de confiance semblait liée aux compétences du professionnel de santé en matière de suivi gynécologique et à sa formation dans ce domaine " Et en fait j'ai beaucoup de chance parce que là où travaille ma mère, il y a donc un médecin généraliste qui a fait un DU de gynécologie, qui s'est spécialisée dans la pose de stérilet, et dans une certaine technique de pose en plus." – EC 6/3, " [...] en fait il se trouve que mon médecin traitant en fait c'était euh... elle a une formation de gynécologie [...]" – EC 1/2.

De plus l'aptitude du professionnel de santé à poser le DIU était ressentie par certaines femmes comme un facteur rassurant et influant dans leur choix " Elle m'a rassurée en me disant qu'elle en posait beaucoup, donc j'me suis dit bon elle sait faire quoi." – EC 4/9, " Ben elle elle m'a dit qu'elle en avait posé beaucoup à des jeunes filles qui avaient jamais eu d'enfant donc déjà ça m'a rassurée ..." – EM 5/5, " Euh et donc du coup, elle elle en pose, je sais pas, plusieurs par semaine, depuis 2-3 ans, donc euh vraiment c'est un geste qu'elle a l'habitude de faire [...]." – EC 6/3.

Une partie des femmes interrogées nous a rapporté ne pas avoir connaissance du rôle du médecin généraliste en matière de gynécologie, ce qui limitait l'accès au DIU du fait d'une absence de dialogue sur leur contraception " Et tu en avais parlé avec ton médecin traitant ? Non. Parce que la contraception c'était vraiment avec ma gynéco que je voyais ça." – EC 5/6, " j'ai toujours cru qu'un gynéco c'était tout ce qui est... contraception, euh appareil génital féminin [...] et qu'un généraliste pourrait faire plein de choses mais on n'y pense pas forcément à ça (j'acquiesce) que il pourrait euh on sait qu'il prescrit la pilule quand elle a déjà été prescrite par, par quelqu'un auparavant, par un gynéco auparavant " – EC 2/5, " Pour euh poser un stérilet [...] non je soupçonnais pas du tout qu'un généraliste puisse faire ça quoi." – EC 2/5.

Au contraire, le planning familial était vu comme une aide dans le parcours menant au DIU avec son approche de la contraception plus ouverte " Ben pour le, le positionnement, pour l'accès à l'information, pour vraiment cette démarche qu'ils ont qui est beaucoup plus pour moi ouverte et proactive." – EM 2/3, " [...] elle m'a dit ben on va trouver un planning familial et sûrement ils voudront, ils sont plus ouverts là-dessus et ils en posent à des jeunes comme moi." – EM 5/2.

c. Refus des professionnels : justifications, monopole de la pilule et lobbying des laboratoires :

Lors de leur demande de contraception par un DIU auprès d'un professionnel de santé, la majorité des patientes interviewées a été confrontée à leur refus " J'ai d'abord été voir ma gynécologue habituelle mais elle a refusé de me le poser." – EC 6/3, " J'ai trouvé ça compliqué à obtenir vu que j'ai vu 2 gynécos différents qui m'ont refusé [...]." – EM 5/8.

Pour certaines d'entre elles, la réaction du professionnel à cette demande avait une connotation méprisante " Et je lui avais parlé notamment, je lui avais parlé du stérilet, elle m'avait ri au nez [...]." – EM 1/2, " Euh donc j'en ai parlé à une première gynéco... elle m'a regardé un peu avec condescendance [...]." – EC 5/3, " [...] elle levait un peu les sourcils au plafond en disant ouais bon, encore une qui veut du naturel." – EC 5/4, ou encore infantilisante " Bon elle a pris ça un peu comme un caprice [...]" - EC 5/4.

D'après le vécu des patientes interrogées, certains médecins n'avaient pas donné d'explications à leur refus, il s'agissait de la parole du médecin " Ah non, elle m'a pas dit non, c'était il y a des risques, c'est un peu comme la parole du médecin, quoi voilà. Il y a des risques, point." – EM 1/3, " Mais enfin moi après j'y connais que dalle donc euh, donc ben voilà le docteur dit ça donc je fais ça." – EM 1/7, ou de choisir un mode de contraception à la place de la patiente " [...] y avait rien à faire, les gynécos ils mettaient la contraception qu'ils voulaient pour la femme. S'ils voulaient implant, c'était implant." – EC 1/6.

Pour les autres, les justifications du refus furent variées telles que :

- la jeunesse : " [...] et il m'a clairement dit que j'étais trop jeune [...]" - EM 5/2.
- la vie personnelle instable : " c'était disons euh des raisons personnelles parce qu'elle elle refusait d'en poser tant qu'on n'avait pas un partenaire stable. " – EC 6/3.
- le risque infectieux : " Ben c'était le fait que ça pouvait être risqué de, de le poser sur des femmes qui n'ont pas encore eu d'enfant et le fait des infections, principalement." – EC 2/3.

- l'expérience professionnelle : " [...] malgré ce que les études disent, euh elle trouve que quand même y a ... euh, elle a vu trop d'infections sur ... le stérilet donc elle voulait pas poser, pas prendre le risque de me mettre une infection. [...] C'était son expérience professionnelle... qui primait apparemment. " – EC 1/2.
- les risques à la pose : " [...] le stérilet vous savez, c'est pas conseillé chez les femmes qui n'ont pas encore eu d'enfants parce qu'il y a des risques à la pose donc euh ... moi je, je suis pas chaude etcetera." – EC 5/3.
- le risque de perforation utérine : " [...] la deuxième gynéco que j'ai vu, celle qui a pas voulu, au planning familial, elle m'a dit des trucs de fou [...], genre ça va perforer ton utérus." – EM 5/5.
- le risque de stérilité : " [...] je lui avais parlé du stérilet, elle m'avait ri au nez en me disant que non c'était impossible [...] qu'il y avait la possibilité de devenir stérile." – EM 1/2.
- le risque de cancer de l'utérus : " [...] enfin tu peux avoir des cancers de l'utérus enfin elle m'a dit tous les points négatifs qui étaient envisageables [...]" - EM 5/5.

Certaines patientes faisaient un parallèle entre le refus de poser un DIU chez la nullipare et l'âge du professionnel de santé " [...] il était un peu de l'ancienne école enfin je sais pas comment dire ça. Il voulait pas. " – EM 5/2, " [...] bon après c'était des vieux gynécos. Il y a un décalage entre les anciens et les jeunes ? Oui je trouve." – EC 1/6.

De nombreuses patientes ont interprété ce refus comme un monopole de la pilule sur le marché de la contraception " [...] c'est juste que les gynécos proposent enfin me proposaient tout le temps la pilule [...]" – EC 2/2, " Et à ma gynéco [...] elle me proposait ben d'autres pilules [...] mais elle me proposait pas forcément d'autres solutions." – EM 2/3, "[...] j'me dis que c'est quand même incroyable, la gynéco elle va systématiquement prescrire la pilule [...]" – EC 4/9.

Elles ont également fait un lien entre le monopole de la pilule sur le marché de la contraception et le lobbying des laboratoires avec deux idées principales :

- la rétribution financière et matérielle des professionnels de santé : " [...] avec un regard un peu extérieur de voir son bureau, donc la gynéco de M., avec le petit pot à crayon sponsorisé par telle pilule, le bloc sponsorisé par telle marque de pilule et tout ça, je me suis dit bon faut pas être con, y'a quand même des, des des accords ou des séminaires qui sont organisés par des laboratoires pharmaceutiques " – EM 1/5, " [...] j'me dis c'est pas possible quoi ils

gagnent des voyages à la fin de l'année s'ils en ont prescrit... " – EC 4/9, " J'ai pas compris... en fait pour moi ... y a une espèce de business derrière quoi." – EC 4/9.

- le gain financier des laboratoires : " Et y'a une histoire de fric là-dessous " – EM 1/5, " [...] ça coûte, ça rapporte plus d'acheter une pilule enfin tous les mois ou tous les 3 mois à 50 euros la plaquette,..., que de faire un stérilet qui est remboursé par la Sécu et qui coûte 30 euros pour 5 ans." – EM 1/6.

#### d. Volonté et détermination des patientes :

Face au refus des professionnels et au monopole de la pilule en matière de contraception, la grande majorité des femmes interrogées a dû faire preuve de volonté et de détermination afin d'accéder au DIU " [...] elle a accepté de me poser le stérilet malgré tout alors que, elle m'a pas caché ses réticences mais comme j'insistais, [...]. " – EC 5/5, " Donc j'ai de nouveau insisté et ... puis bon en fait elle a cédé quoi." – EC 4/3, " Et moi je lui ai dit mais attendez on fait ce qu'on veut, ..., je vois pas pourquoi j'aurais pas le droit d'avoir un stérilet " – EM 5/2.

Leur détermination se traduisait par la réalisation de recherches personnelles portant sur la possibilité de poser un DIU chez une nullipare " Alors en fait, euh, c'est moi donc euh qui ai fait des recherches." – EC 6/2, " Ah ben oui j'avais mon petit classeur, tout ce qui a été fait, toutes les études qui ont été faites qui sont récentes quoi donc ouais." – EC 4/9, " Ben oui, je suis arrivée avec mon petit dossier... " – EC 4/4, et sur le choix d'un professionnel acceptant de poser un DIU chez la nullipare " [...] je me suis renseignée euh, un petit peu de savoir euh, ben j'ai été sur internet j'ai rien trouvé, pour savoir quel gynécologue posait des, des stérilets aux femmes nullipares [...] " – EM 3/3, " [...] ben je cherchais quelqu'un pour me poser un stérilet vu que ma gynécologue habituelle m'avait dit non." – EC 6/4.

Pour certaines d'entre elles, renoncer au DIU n'était pas envisageable " Ah ben j'serais partie ailleurs. [...] J'aurais fait marcher mon réseau, j'aurais trouvé quelqu'un pour le poser hein... " – EC 4/8.

Pour ces femmes-là, accéder au DIU a été vécu comme un parcours du combattant " Et ça m'aurait évité tout ce parcours du combattant [...] " – EM 2/6, " [...] je me suis renseignée avant pour pas aller chez 50 gynécologues et pas voilà faire le parcours du combattant, enfin de la combattante plutôt " – EM 3/10, " Inaccessible." – EM 5/8.

Il a également été fait une analogie avec la guerre " [...] donc j'étais partie... j'étais en guerre quoi." – EC 4/9.

En dépit de mauvaises expériences rapportées dans leur entourage, elles ont maintenu leur choix " [...] une collègue m'a dit qu'elle avait fait une grossesse extra utérine en ayant le stérilet, voilà. Mais parce que ça peut exister aussi avec la pilule c'est pas qu'avec le stérilet. " – EM 4/6, " J'avais un peu de doute parce que ma mère euh... je me posais des questions parce que ma mère en avait eu mais à l'époque et elle est tombée deux fois enceinte avec le stérilet ..." – EC 7/3.

Cette volonté et cette détermination se retrouvaient aussi au moment de la pose puisque malgré leur appréhension de la douleur, ces femmes s'étaient fait poser le DIU, " [...] j'avais eu peur d'avoir un peu mal à la pose, ce qui est normal en fait." – EM 5/4 et " Bon j'étais inquiète aussi pour la douleur tout ça, [...] " – EM 3/3.

### 3. Le vécu avec ce mode de contraception :

#### a. Avantages ressentis par les patientes :

Le sentiment qui ressortait de nos entretiens était la confiance en ce mode de contraception, la fiabilité du DIU par rapport au risque de grossesse, " J'étais tranquille et puis voilà, au moins ça... je me posais pas de questions, j'étais protégée et puis voilà [...] " – EC 7/2.

Au quotidien, cela se traduisait par un oubli du mode de contraception " [...] je suis tout le temps protégée sans forcément y penser [...] " – EC 7/6, à tel point que certaines patientes se l'étaient approprié comme faisant naturellement partie d'elle-même " C'est vraiment quelque chose qui ben fait partie intégrante de mon corps, enfin, je sais pas... donc... vu qu'on ne le voit pas, qu'on ne le sent pas et... enfin ça devient naturel " – EC 6/6.

De cette confiance dans leur contraception découlait un sentiment de liberté et un état d'esprit serein " [...] en fait c'était vraiment libérateur, c'était génial. " – EM 2/4, " [...] ça simplifie énormément la vie [...] " – EC 6/6, et cela avait un impact dans leur vie en général " Je suis hyper épanouie et mine de rien ça change tout." – EC 4/10, " Tout est... tout est plus facile et tout coule plus naturellement du coup même les relations sont... sont beaucoup plus détendues euh... et c'est vraiment agréable quoi." - EC 4/8.

Pour la majorité des patientes, le DIU était adapté à leurs attentes en matière de contraception et à leur mode de vie " Disons que j'ai trouvé mon harmonie contraceptive en tant que femme. Voilà, j'ai trouvé vraiment ce qui me correspondait. " – EM 7/7, " [...] je suis pas

anti pilule ou anti stérilet enfin il faut trouver le mode de contraception adapté à chacune [...] " – EC 5/8.

Leur satisfaction d'avoir trouvé un mode de contraception adapté les motivait à promouvoir le DIU auprès de leur entourage " Voilà et je fais la publicité à tout le monde du stérilet." – EC 2/7 et " Je le dis à toutes mes copines, toutes mes clientes, c'est génial !" – EC 4/8.

**b. Le vécu en un mot :**

Pour finaliser les entretiens, nous avons demandé aux femmes interrogées ce que leur évoquait le DIU en un mot :

- pour la plupart d'entre elles, il s'agissait d'un sentiment de tranquillité :
  - " Ben tranquillité pour moi " – EM 2/6
  - " enfin deux, côté naturel et puis esprit tranquille " – EM 6 /7
  - " la tranquillité." – EC 7/7
  - " [...] euh facilité quoi. Facilité." – EC 5/8
  - " C'est pas efficacité c'est facilité [...]" – EM 4/6
  - " Pratique." – EM 3/12
  - " C'est... ça m'évoque quoi ?ça m'évoque le soulagement quoi." – EC 4/8
  - " Confort, ouais le confort, c'est confortable." – EM 7/6
  - " Moi j'aurais dit... légèreté " – EC 6/7
- ou d'une satisfaction totale :
  - " Ah oui, là, là pour moi c'est le mot c'est parfait." – EC 3/9.
- pour d'autres, c'était le parcours difficile qui ressortait :
  - " Inaccessible." – EM 5/8.

## **IV. DISCUSSION :**

### **A. A propos de l'étude :**

#### 1. Les forces :

Il s'agit d'une étude originale car nous nous sommes intéressées au point de vue des patientes, ce qui est peu retrouvé dans les données de la littérature actuelle. De plus les études menées sur le DIU et les nullipares sont rares en recherche qualitative.

« En recherche qualitative, [...], on parlera de rigueur et on évoquera principalement les paramètres de crédibilité, de transférabilité, de constance interne et de fiabilité. »<sup>[14]</sup>.

Tout au long de notre étude, nous avons essayé de faire preuve de rigueur à chaque étape notamment dans la définition de notre question de recherche la plus précise possible, dans l'élaboration de notre échantillon de patientes afin qu'il soit le plus diversifié, dans le choix de la technique de recueil des données la plus adaptée, dans la retranscription fidèle de nos entretiens au fur et à mesure de leur réalisation et dans l'analyse de nos données.

Chaque entretien a été retranscrit par le chercheur qui a mené l'entretien et le codage a été réalisé par les deux chercheurs afin d'augmenter la validité interne de notre étude (crédibilité).

Dans ce but, nous avons également réalisé la triangulation des sources et/ou méthodes en soumettant nos résultats à la validation de notre directrice de thèse permettant ainsi de limiter la subjectivité, puis nous les avons confrontés aux données de la littérature.

La reproductibilité a été assurée par la réalisation du guide d'entretien permettant de garder une constance dans les thèmes abordés.

#### 2. Les limites :

##### a. Liées aux chercheurs :

Il s'agissait pour chacune de notre premier travail en recherche qualitative, notre expérience pour diriger les entretiens était de ce fait limitée.

Nous avons réalisé certains entretiens alors que nous étions enceintes, ce qui a pu représenter un biais en raison du thème abordé (contraception) et de la population interrogée (femmes nullipares).

Enfin, les patientes étaient informées de notre statut de médecin généraliste en fin de formation ce qui a pu influencer leur discours. Pour limiter ce biais, nous avons réalisé les entretiens hors du cabinet médical (aux domiciles et dans des lieux publics).

Nous avons donc utilisé le principe de la réflexivité, c'est-à-dire que nous avons essayé de nous défaire de nos statuts de médecins et de femmes enceintes afin de maintenir une certaine neutralité lors des entretiens.

b. Liées au recrutement des patientes :

Nous avons recruté les patientes en sollicitant les médecins généralistes du DUMG maîtres de stage en gynécologie obstétrique ainsi qu'une gynécologue du Planning Familial, un gynécologue obstétricien du CHU et un médecin généraliste ayant un diplôme universitaire en gynécologie obstétrique.

Par conséquent les médecins recruteurs avaient une approche particulière du sujet abordé ce qui pouvait constituer une limite dans le sens où les patientes avaient recours à des médecins formés à ce sujet et pouvant faciliter leur parcours.

c. Liées aux patientes interrogées :

Le fait que ces patientes aient accepté de nous rencontrer en entretien individuel montrait leur intérêt pour ce sujet mais pouvait aussi nous interpeller quant à leur motivation pour parler d'un sujet plutôt personnel (politesse, peur du refus, besoin de parler, fierté d'aider la médecine,...) <sup>[12]</sup>.

Enfin, le DIU hormonal est peu représenté dans notre échantillon car le facteur principal retrouvé dans notre étude motivant leur choix pour ce mode de contraception était de ne plus prendre d'hormones.

## **B. A propos des résultats :**

### 1. Le parcours du combattant :

Les résultats de notre étude ont fait ressortir un accès difficile au DIU pour les nullipares, pouvant être représenté par une succession d'épreuves qui nous ont évoqué un parcours du combattant.

S'engager dans un parcours du combattant nécessite d'abord la détermination du participant et donc dans notre étude la volonté de la patiente à choisir le DIU comme moyen de contraception.

#### a. La volonté de la patiente ou la préparation mentale :

Tout commence par un désir personnel de la patiente de changer de contraception et d'opter pour le DIU avec comme première motivation un retour au naturel passant par l'arrêt de la prise d'hormones.

Cette notion se retrouve dans une étude canadienne de 2010, où le facteur le plus important motivant les nullipares à choisir le DIU est le fait d'éviter les effets indésirables potentiels ou réels de la contraception hormonale <sup>[15]</sup>.

Comme présenté dans nos résultats, ce retour au naturel s'inscrivait dans une actualité médicale dominée par les polémiques sur les pilules de 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> génération qui ont entraîné un recul du recours à la pilule en France avec une augmentation des ventes de DIU de 46% entre janvier 2012 et janvier 2014 selon un rapport de l'Agence National de Sécurité du Médicament en Juin 2014 <sup>[16]</sup>.

S'engager dans le parcours du DIU relèverait d'un choix personnel, avec la nécessité d'être préparées comme nous l'exprimaient certaines des femmes interrogées.

Il s'intègrerait dans une volonté d'être libre de choisir sa contraception et d'en trouver une adaptée à chacune.

Il semble nécessaire que les femmes soient accompagnées, écoutées dans leur choix et qu'elles aient également accès à une information validée.

#### b. L'information ou l'échelle de corde :

Chaque nœud permettant de franchir l'échelle de corde peut être représenté par une information adaptée et juste sur le DIU chez la nullipare. Sans l'information, les patientes resteraient bloquées au début du parcours.

En dépit des recommandations de la HAS de 2004 <sup>[5]</sup>, le dispositif intra-utérin n'a jamais été proposé par un professionnel de santé à la majorité des patientes interrogées.

Ces femmes signalaient pourtant à leur médecin ne pas être satisfaite de leur contraception orale. Il semble qu'elles n'étaient pas écoutées quand elles parlaient de leur souci de contraception et des effets indésirables ressentis.

Dans une thèse de médecine générale réalisée en 2011 sur les pratiques des médecins généralistes en matière de DIU chez la nullipare, 30% des médecins interrogés déclarent ne pas parler spontanément de cette méthode de contraception avec leur patiente nullipare et 46% en parlent parfois, en seconde intention <sup>[17]</sup>.

Outre le manque en matière d'information sur le DIU, il est ressorti de nos résultats que certaines patientes avaient reçu une information erronée que ce soit par le biais d'internet ou

des professionnels de santé. Ces informations se retrouvent pour la majorité sur les forums de discussion où les femmes ont tendance à rapporter leurs mauvaises expériences ou les idées reçues comme les risques de stérilité lors de la pose ou du retrait du DIU, la diminution de la fertilité ultérieure en cas d'utilisation de ce mode de contraception ou encore le fait que l'on ne puisse pas le poser aux femmes nullipares.

Cette désinformation pourrait décourager certainement un grand nombre de patientes nullipares si elles n'avaient pas d'autres accès à l'information notamment auprès d'un professionnel de santé formé ou du planning familial qui représente une ressource identifiée par certaines des patientes interrogées.

Ces informations discordantes semblaient également entraîner des questionnements sur l'existence ou non de risques liés à ce mode de contraception et sur les motivations des professionnels à poser ou non ce DIU (inconscience ? prise de risques ?).

Des femmes ont trouvé des réponses à leurs questions sur le blog de Martin Winckler <sup>[18]</sup> qu'elles conseillent à toutes les femmes qui s'interrogent sur les différents modes de contraception.

La notion de volonté se retrouve de nouveau dans cette recherche d'information éclairée puisque certaines de ces femmes doivent persévérer dans ce parcours du combattant afin de franchir une nouvelle étape et arriver en haut de l'échelle.

#### c. Les préjugés et idées préconçues ou la toile d'araignée :

Une fois l'échelle de corde franchie, les patientes qui ont obtenu l'information que l'on peut poser un DIU chez une nullipare, doivent alors faire face aux préjugés personnels mais également collectifs que nous avons visualisé comme une toile d'araignée à traverser.

En France, le DIU est resté dans l'imaginaire collectif une contraception réservée aux femmes mûres, ne désirant plus d'enfant.

Nous avons retrouvé dans nos résultats que pour la majorité des patientes le DIU était rattaché à leur mère et aux femmes qui ont déjà eu des enfants.

On retrouvait également la notion d'interdiction de poser ce dispositif chez la nullipare avec une connotation d'inconscience si elle se le faisait poser.

La deuxième idée préconçue mise en évidence dans nos résultats était la notion de stérilité en partie due à l'emploi du terme stérilet plus répandu dans le langage commun. Cette peur

de l'infertilité semblait également liée à la peur du risque d'infection et non au DIU en lui-même qui dans l'imaginaire collectif augmenterait le risque infectieux chez la nullipare.

Enfin la dernière idée reçue était l'image du corps étranger. Pour certaines le fait d'introduire quelque chose dans le corps était perturbant et vécu comme une intrusion. Pour une d'entre elles, le dispositif étant au cuivre, elle se le représentait comme un corps métallique et elle craignait qu'il ne rouille.

Pour celles qui étaient réticentes à l'idée de mettre un dispositif à l'intérieur de leur corps, le fait de l'avoir vu « en vrai » a permis de les rassurer notamment du point de vue de la taille.

Dans l'étude de Fleming <sup>[19]</sup> recueillant l'opinion de patientes âgées de 14 à 27 ans sur le DIU en général, 84% des participantes étaient nullipares et le principal frein retrouvé était l'idée d'avoir un corps étranger dans leur corps pour 46% d'entre elles.

Une fois tous ces préjugés dépassés, les patientes arrivaient face à une nouvelle épreuve.

d. La recherche d'un professionnel de santé ou la course d'orientation :

Trouver un professionnel de santé acceptant de poser un DIU chez une nullipare a été difficile pour grand nombre de nos patientes ; certaines ont fait des recherches sur internet afin d'éviter de faire le tour des médecins, d'autres ont fait marcher leur réseau ou ont utilisé la technique du bouche à oreille.

Cela nous a évoqué une course d'orientation nécessitant boussole et carte pouvant être représentées par internet et l'entourage.

Dans cette recherche du professionnel, il semblait important pour les patientes que le médecin consulté soit compétent en matière de gynécologie notamment qu'il ait reçu une formation adaptée telle qu'un diplôme universitaire en gynécologie obstétrique pour les médecins généralistes ou encore une capacité à diriger des mémoires dans ce domaine.

Comme retrouvé dans l'étude de Black K. de 2012, le fait de s'adresser à un professionnel formé au DIU et à ses indications chez la nullipare augmente la prescription de DIU et donc l'accès des patientes à ce mode de contraception <sup>[20]</sup>.

De plus l'aptitude du professionnel à poser le DIU chez une nullipare était également un critère rassurant pour la plupart de nos patientes, le fait qu'il en posait souvent, qu'il avait l'habitude de les poser et pour certaines qu'il utilisait une technique de pose particulière (patientes allongées en décubitus latéral).

En effet compte tenu du diamètre plus étroit du canal cervical chez la nullipare, l'expérience du médecin semble primordiale afin de maîtriser l'insertion du DIU de façon à la rendre la moins douloureuse possible pour la patiente.

Harrison-Woolrych rapporte 2,5% de problèmes à l'insertion pour les praticiens ayant inséré moins de 10 dispositifs contre 1,3% pour les praticiens ayant inséré plus de 100 dispositifs [21].

L'expérience du médecin en matière d'insertion du DIU permet une pose décrite comme moins difficile. On retrouve en effet sur 996 insertions de DIU par un médecin en soins primaires, 95% de réussite dont 80% rapportées comme facile chez la nullipare [22].

La relation de confiance établie avec le professionnel acceptant de poser le DIU semblait primordiale pour l'ensemble de ces femmes. L'une d'entre elles avait même changé de médecin alors que celui-ci acceptait de le lui poser car elle n'avait pas confiance suite au premier contact.

Lors de la recherche de ce médecin, certaines de ces femmes n'avaient pas pensé à s'adresser à leur médecin traitant du fait qu'elles ignoraient qu'il puisse avoir des compétences en matière de gynécologie. Pour elles, le rôle du médecin généraliste dans ce domaine se limitait au renouvellement de la prescription de la contraception orale dans la mesure où la contraception a longtemps été considérée comme relevant de la compétence des gynécologues.

D'après l'étude réalisée en 2014 par le groupe FECOND, le taux d'utilisation du stérilet est 4 fois plus important chez les femmes suivies par un gynécologue comparé à celles suivies par un médecin généraliste [23].

Or, les questions de contraception sont de plus en plus souvent traitées par le médecin généraliste du fait de l'évolution du système de soins et de la démographie médicale (diminution du nombre de gynécologues et répartition inégale sur le territoire, féminisation des médecins généralistes,...) [24].

Le dernier obstacle auquel les patientes étaient confrontées était le refus du professionnel contacté.

e. Le refus du professionnel de santé ou le mur d'assaut :

La dernière épreuve de ce parcours du combattant avant l'accès au DIU serait représentée par le médecin qui accepterait ou non de poser ce mode de contraception à une nullipare.

Les raisons invoquées pour expliquer leur refus étaient variées, nous les avons comparées aux données scientifiques retrouvées dans la littérature :

- le risque d'infection lié à la jeunesse et à la vie personnelle instable : un âge inférieur à 25 ans et la multiplicité des partenaires sexuels représentent des facteurs de risque de maladies inflammatoires pelviennes (MIP). Dans une étude prospective ayant suivi 525 femmes nullipares pendant 4 ans aucun cas de MIP n'a été mis en évidence <sup>[25]</sup>. Prager retrouve également que le port d'un DIU n'augmente pas le risque de MIP de façon équivalente selon la parité <sup>[26]</sup>.

Ainsi que plusieurs auteurs l'ont observé, le principal facteur de risque de MIP n'est ni l'âge, ni la parité mais l'exposition aux infections sexuellement transmissibles.

- les risques à la pose : M. Farmer et A. Webb ne mettent pas en évidence de différence significative concernant l'échec à l'insertion entre nullipares et multipares (taux d'échec global de 5,9%, sans différence statistiquement significative entre nullipares et multipares) <sup>[27]</sup>. Ceci est confirmé par Bayer qui montre que le taux de réussite d'insertion ne diffère pas selon la parité <sup>[28]</sup>.
- les risques de stérilité : une étude rétrospective portant sur 123 femmes a montré que le port de DIU n'affecte pas la fertilité des femmes nullipares comme multipares (93 % des femmes avaient eu une grossesse dans les 2 ans après le retrait du DIU). Les femmes nullipares concevaient même significativement plus que les multipares <sup>[7]</sup>. Pour la HAS, aucun risque de stérilité tubaire n'a été démontré y compris chez les nullipares (niveau de preuve 3).
- les risques de perforation utérine et de cancer utérin : nous n'avons pas retrouvé de données scientifiques dans la littérature portant sur ces éventuels risques en lien avec la pose du DIU chez la nullipare. On peut donc se demander si ces risques ne font pas partie des représentations imaginaires dans la société ou de certains médecins.
- l'expérience professionnelle : les complications infectieuses attribuées aux DIU constituent la crainte majeure des praticiens et la raison pour laquelle beaucoup refusent cette méthode contraceptive aux nullipares. Dans une étude américaine, alors que 86% des médecins interrogés sur leur pratique avaient connaissance du fait que le DIU pouvait être utilisé chez la femme nullipare, 25 % d'entre eux ne recommanderaient pas son utilisation chez une femme n'ayant jamais été enceinte, allant ainsi à l'encontre des recommandations <sup>[29]</sup>.

Certains médecins n'avaient pas développé les raisons motivant leur refus, l'exprimant seulement comme « la parole du médecin ». On peut considérer que le médecin se retrouve en difficulté, en marge de sa position thérapeutique habituelle où il a l'habitude de prescrire la méthode qu'il juge la plus efficace, sans forcément tenir compte de la trajectoire et de la situation particulière de la femme <sup>[24]</sup>. Les femmes de nos jours expriment le désir de reprendre la main sur les questions de contraception. Il semble qu'elles ne veulent plus se voir imposer un mode de contraception qu'elles n'ont pas choisi et ce d'autant plus par un médecin qu'elles ne voient qu'une à deux fois par an lorsqu'elles sont jeunes et en bonne santé <sup>[24]</sup>.

Un lien était également établi entre le refus du professionnel et son âge, il semble que les médecins de « l'ancienne génération » n'aient pas été formés à l'utilisation du DIU chez la nullipare. On retrouve ce frein dans « Etat des lieux des pratiques contraceptives » défini par une formation initiale et continue des médecins insuffisante de par le fait de l'étrécissement du socle de formation initiale, l'obsolescence rapide des connaissances techniques dans un domaine en pleine transformation et le manque de formation sur les spécificités de l'abord des questions de sexualité se traduisant par la persistance d'idées reçues et de pratiques classiques voire stéréotypées <sup>[24]</sup>.

Inversement, le fait d'être un jeune praticien est un facteur favorisant la prescription et l'insertion du DIU, vraisemblablement en lien avec une formation récente sur les recommandations concernant le DIU <sup>[30]</sup>.

Depuis l'instauration d'un troisième cycle et de l'internat de médecine générale, les jeunes générations de médecins généralistes reçoivent une formation en gynécologie.

Un autre lien était identifié entre le refus du professionnel et le monopole de la pilule sur le marché de la contraception associé au lobbying des laboratoires.

Le recours à ce contraceptif, connu de tous, pour lequel nos grands-mères se sont battues et que nos mères ont adopté les yeux fermés, est devenu un automatisme pour certains médecins.

Les industriels du médicament ont également trouvé des avantages à développer cette contraception. Il semble évident que les laboratoires ont plus intérêt à vendre des plaquettes de pilules tous les mois que des DIU remboursés par la sécurité sociale et efficaces pour une durée de cinq ans.

Dans un article du journal Le Monde paru en Janvier 2013, la journaliste P. Krémer dénonce les liens étroits entre certains gynécologues dits "leaders d'opinion" et les laboratoires pharmaceutiques <sup>[31]</sup>.

La pression de l'industrie du médicament influence donc les prescripteurs, les leaders d'opinion et les médias. Les médecins sous-estiment généralement l'importance de cette influence avec une banalisation de cette stratégie qui n'est pas spécifique du milieu médical. Or elle sert les intérêts de ceux qui la mettent en œuvre mais ne sert pas obligatoirement ceux des patientes <sup>[32]</sup>.

Une fois cette dernière étape franchie, les patientes avaient enfin accès au DIU.

Une minorité de ces femmes avaient franchi ces étapes sans difficultés parce qu'elles s'étaient adressées à la bonne personne dès le début de leur parcours.

#### f. Le vécu du DIU ou l'arrivée :

La fin de ce parcours du combattant était ressentie comme une satisfaction par toutes les patientes interrogées.

Le sentiment vis-à-vis du choix de ce mode de contraception était un sentiment positif se traduisant pour les participantes par les mots suivants : liberté, tranquillité, facilité, soulagement, pratique, confortable, simplicité, légèreté ou encore parfait.

Leur satisfaction se traduisait par une envie de promouvoir et d'informer leur entourage sur le DIU et ce malgré les obstacles qu'elles avaient dû traverser.

## 2. Améliorations et perspectives pour la mise en place du DIU chez la nullipare selon les patientes :

### a. L'information :

" [...] je trouve que c'est important, que ça serait important que, que cette information diffuse plus, et que ça soit un des choix qui soit proposé rapidement aux femmes pour leur contraception." – EM 2/6.

Il semble que l'information sur le DIU chez la nullipare ait du mal à se transmettre entre les médecins et les patientes concernées, que ce soit le fait de vieilles croyances sur le DIU mais aussi du fait d'un manque de formation des professionnels.

Les patientes regrettaient ne pas avoir eu connaissance de ce dispositif plus tôt dans leur parcours contraceptif. Elles souhaiteraient que cette information soit diffusée de façon plus large et plus adaptée par le biais des professionnels de santé mais également par les médias

et internet pour mettre fin aux idées reçues et réhabiliter ce mode de contraception notamment chez la nullipare.

Dans ce but, une patiente évoquait les cours d'éducation à la sexualité délivrés pendant la scolarité qui pourraient également diffuser cette possibilité de contraception afin que les jeunes puissent faire la part des choses entre mythe et réalité sur le DIU.

#### b. L'évolution des mentalités et de la société :

" Mais je crois que les choses sont en train de changer avec les scandales qu'il y a eu sur la pilule et puis avec le retour un peu au naturel, ça a été la bonne chose." – EC 5/9.

Le paysage contraceptif français dans son ensemble tendrait à se redessiner depuis qu'a éclaté le scandale des pilules de troisième et quatrième générations à la fin de l'année 2012 et début 2013. L'inquiétude des femmes semblerait les pousser à oser davantage exprimer leurs doutes et leurs questions concernant leur contraception aux médecins qui quant à eux prendraient davantage de temps pour expliquer, informer et rassurer. Ils seraient de ce fait plus à l'écoute du choix de leurs patientes.

Dans une société actuelle dont la tendance serait un certain retour au naturel avec le « sans gluten », le « sans lactose »,... les hormones « imposées » semblent devenir indésirables pour certaines femmes qui prônent un mode de vie plus sain.

La démographie médicale se modifiant <sup>[24]</sup>, les jeunes médecins et les femmes généralistes semblent plus enclins à prescrire et poser le DIU chez la nullipare après s'être renseignés sur les études prouvant que les risques ne sont pas majorés et après s'être formés à ce dispositif. Ce sont donc les jeunes médecins et les femmes qui proposent le DIU à leurs patientes nullipares dans les situations les plus adaptées <sup>[17]</sup>.

Il semble nécessaire de faire évoluer les médecins sur leurs pratiques et la société sur ces préjugés afin que le DIU chez la nullipare devienne enfin une alternative contraceptive reconnue et acceptée.

## **V. CONCLUSION :**

En France, seulement 1,3 % des femmes âgées de 15 à 49 ans sans enfant utilisait le DIU en 2010 <sup>[4]</sup>.

Les freins et réticences à l'utilisation du DIU ont été largement étudiés. En revanche le parcours menant au DIU chez la nullipare n'a pas été décrit dans la littérature, d'autant plus du point de vue des patientes.

Les femmes nullipares souhaitant un DIU comme mode de contraception se retrouvent confrontées à une succession d'épreuves qu'elles assimilent à un parcours du combattant : l'accès à l'information, les préjugés et idées reçues, les refus des professionnels de santé représentent autant d'obstacles qu'elles doivent franchir pour accéder à la contraception qu'elles ont choisie.

Le DIU chez la nullipare ne semble pas encore avoir trouvé sa place dans la société française actuelle mais également auprès des médecins.

Ce constat semble être en train d'évoluer, et ce parcours pourrait être simplifié par une meilleure diffusion de l'information auprès des professionnels mais également de la société afin de faire changer les mentalités sur les fausses représentations associées au DIU chez les nullipares qui sont encore très présentes dans l'imaginaire collectif.

Les médecins généralistes, de plus en plus impliqués en gynécologie, du fait des changements de démographie médicale dus à la diminution du nombre de spécialistes en gynécologie ainsi qu'à la féminisation de la profession, pourraient probablement faciliter l'accès au DIU pour les nullipares en étant plus à l'écoute des choix des patientes et en leur proposant le DIU au même titre que les autres moyens de contraception.

## **VI. REFERENCES :**

[1]. Darney, Leon Speroff, Philip D.

A clinical guide for contraception (5th ed. ed.)

Philadelphia, Pa.: Lippincott Williams & Wilkins. 2010. pp. 242–243.

[2]. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

Extrait des mises à jour en gynécologie médicale.

Volume 2006.

[3]. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

Baromètre santé 2010.

[4]. Bajos N., Bohet A., Le Guen M. et Moreau C.

La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ?

Population & Sociétés. Numéro 492. Septembre 2012.

[5]. Haute Autorité de Santé

Stratégie de choix des méthodes contraceptives chez la femme.

Décembre 2004.

[6]. Øjvind Lidegaard, Lars Hougaard Nielsen et coll.

Risk of venous thromboembolism from use of oral contraceptives containing different progestogens and oestrogen doses: Danish cohort study, 2001-9.

British Medical Journal. Published online October 25, 2011.

[7]. Doll H, Vessey M, Painter R.

Return of fertility in nulliparous women after discontinuation of the intrauterine device : comparison with women discontinuing other methods of contraception.

BJOG 2001 Mar;108(3):304-14.

[8]. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M.

Introduction à la recherche qualitative.

Exercer, la revue française de médecine générale. 2008 ; volume 19 ; n°84 : 142–145.

[9]. Frappé P.

Initiation à la recherche. Association française des jeunes chercheurs en médecine générale.  
La revue du praticien, juin 2011.-216p.

[10]. Denant (Driat) D.

Freins et réticences à l'utilisation du dispositif intra-utérin chez les nullipares en médecine générale.

Th : Méd : UFR médicale Paris-Ile de France-Ouest, 2012.

[11]. Blanchet A, Gotman A.

L'entretien. L'enquête et ses méthodes. 2e édition refondue.

Paris: Armand Colin, 2007.- 126p.

[12]. Roussel P, Wacheux F, Collectif.

Management des ressources humaines : méthodes de recherche en sciences humaines et sociales.

De Boeck; 2005.

[13]. Latiéule V.

Le point de vue des femmes sur la relation médecin généraliste-patiente à la ménopause : vécu et attentes.

Th : Méd : UPS Toulouse, 2012.

[14]. Gohier C.

De la démarcation entre critères d'ordre scientifique et d'ordre éthique en recherche interprétative.

Recherches qualitatives. 2004 ; 24.

[15]. Wiebe E., Trouton K., Dicus J.

Motivation and experience of nulliparous women using intrauterine contraceptive devices.

J Obstet Gynaecol Can 2010 ; 32(4) : 335–338.

[16]. Bordenet C., Gittus S.

Contraception : ce qui a changé depuis le scandale des pilules.

Le Monde, Oct 2014.

[17]. Reynier E.

Dispositif intra utérin chez les nullipares : enquête sur les pratiques des médecins généralistes.

Th : Med : Nantes, 2011.

[18]. Winckler M.

Je n'ai pas (encore) d'enfant. Puis-je utiliser un DIU ("stérilet") ?

Winckler's Webzine. Le site personnel de Martin Winckler. Article du 10 décembre 2013.

[19]. Fleming, Sokoloff and all.

Attitudes and beliefs about the intrauterine device among teenagers and young women. *Contraception* 2010 Aug ; 82(2) : p 178-182.

[20]. Black K, Lotke P, Buhling KJ, Zite NB.

A review of barriers and myths preventing the more widespread use of intrauterine contraception in nulliparous women.

*European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 2012 Oct;17(5):340-50.

[21]. Harrison-Woolrych M.

Insertion of the Multiload Cu375 intrauterine device; experience in over 16,000 New Zealand women.

*Contraception*. 2002 Dec;66(6):387-91.

[22]. Harvey C, Bateson D, Wattimena J, Black KI.

Ease of intrauterine contraceptive device insertion in family planning settings.

*Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2012 Dec;52(6):534-9.

[23]. Moreau C., Bohet A., Hassoun D., Ringa V., Bajos N., the FECOND group.

IUD use in France: women's and physician's perspectives.

*Contraception*, January 2014, Volume 89, Issue 1, Pages 9–16.

[24]. Haute Autorité de Santé

État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée.

Avril 2013.

[25]. Dueñas JL.

Intrauterine contraception in nulligravid vs parous women.

Contraception. 1996 Jan ; 53 (1) : 23-4.

[26]. Prager S.

The levonorgestrel intrauterine system in nulliparous women.

Contraception. 2007 Jun ; 75 (6 Suppl) : S12-5. Epub 2007 Apr 3.

[27]. Farmer M. et Webb A.

Intrauterine device insertion-related complications : can they be predicted?

J Fam Plann Reprod Health Care. 2003 Oct ; 29 (4) : 227-31.

[28]. Bayer LL.

Adolescent experience with intrauterine device insertion and use: a retrospective cohort study. Contraception. 2012 Nov ; 86 (5) : 443-51.

[29]. Kohn JE.

Knowledge and likelihood to recommend intrauterine devices for adolescents among school-based health center providers.

J Adolesc Health. 2012 Oct ; 51 (4) : 319-24.

[30]. Harper CC.

Challenges in translating evidence to practice : the provision of intrauterine contraception.

Obstet Gynecol. 2008 Jun ; 111(6) : 1359-69.

[31]. Kremer P.

Pilule : enquête sur ces médecins liés aux laboratoires.

Le Monde, 11 janvier 2013.

[32]. Nicot P.

Influence de l'industrie pharmaceutique sur la prescription médicale.

Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception, Novembre 2013.

## VII. ANNEXES :

### ANNEXE N°1 : accord de la commission d'éthique



**Commission Ethique du Département de Médecine  
Générale de Midi Pyrénées**

Secrétariat : *Dr Serge BISMUTH*  
59 rue de la Providence – 31500 Toulouse  
Tél. : 05.61.80.01.23 – 06.82.63.45.70- Fax 05.61.34.61.16 – [dr-bismuth@wanadoo.fr](mailto:dr-bismuth@wanadoo.fr)

Président : Mme Laurecine VIEU  
Secrétaire : M Serge BISMUTH

#### DEMANDE D'AUTORISATION ET DEMANDE D'AVIS A LA COMMISSION ETHIQUE DU DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE NE PORTANT PAS SUR UN ESSAI THERAPEUTIQUE

PARTIE RESERVEE A LA COMMISSION

#### Renseignements concernant le demandeur :

**Nom** SIBEL Marie et RIEU Chloé  
**Qualité**, Internes en Médecine Générale  
**Adresse**, 6 rue de \*\*\*\*, 31300 TOULOUSE  
**Courriel** [mariesibel@yahoo.fr](mailto:mariesibel@yahoo.fr) / [chloe-7@hotmail.fr](mailto:chloe-7@hotmail.fr)  
**Numéro de téléphone** 06.\*\*.\*\*.\*\*.\*\* / 06.\*\*.\*\*.\*\*.\*\*

#### Renseignements concernant le promoteur :

**Nom** Anne FREYENS DUMG

#### IDENTIFICATION DE LA RECHERCHE

**Titre complet de la recherche** : Quel est le vécu des patientes nullipares ayant opté pour la contraception par DIU ?

**Caractéristiques de la recherche** : soins primaires OUI -

**Domaine de l'étude** Médecine Générale

**Méthodologie de l'étude** Etude qualitative (entretiens semi-dirigés)

**Population concernée** Femmes nullipares portant ou ayant porté un DIU

**Durée de l'étude** 18mois

**AVIS DE LA COMMISSION** Avis favorable

Le 20 juin 2015

Le secrétaire Dr Serge BISMUTH



## **ANNEXE N°2 : guide d'entretien**

### **GUIDE D'ENTRETIEN**

#### **Présentation de la patiente :**

- âge
- profession, niveau socio-culturel
- situation familiale
- milieu urbain, semi-rural ou rural
- antécédents gynéco-obstétriques : gestité, antécédents d'IVG ou fausses couches, contraceptions,...
- antécédents médicaux et familiaux (pouvant contre-indiquer la pilule par exemple).

#### **1- Connaissez-vous le terme DIU ?**

#### **2- Pouvez-vous m'expliquer ce qui vous a amené à choisir ce mode de contraception par Dispositif Intra-Utérin (DIU) ?**

*Qui vous a informé sur ce mode de contraception ?*

#### **3- Racontez-moi votre parcours pour vous faire poser un DIU ?**

*Quels professionnels avez-vous rencontré ?*

*Que vous ont-ils dit sur la pose du DIU ?*

#### **4- Comment s'est déroulée la pose du DIU ?**

*Qu'avez-vous ressenti lors de la pose ?*

#### **5- Comment se passe votre quotidien depuis la pose du DIU ?**

*Par rapport à vos règles ?*

*Par rapport à vos rapports sexuels ?*

*Avez-vous fait retirer le DIU ? Si oui, pour quelle raison ?*

#### **6- Voulez-vous ajouter quelque chose ?**

## **ANNEXE N°3 : guide d'entretien corrigé**

### **GUIDE D'ENTRETIEN**

#### **Présentation de la patiente :**

- âge
- profession, niveau socio-culturel
- situation familiale : *célibataire, en couple, mariée*
- milieu urbain, semi-rural ou rural
- antécédents gynéco-obstétriques : gestité, antécédents d'IVG ou fausses couches, contraceptions
- antécédents médicaux et familiaux (pouvant contre-indiquer la pilule par exemple).

#### **1- Est-ce que vous connaissez le terme DIU ?**

#### **2- Pouvez-vous m'expliquer ce qui vous a amené à choisir ce mode de contraception par Dispositif Intra-Utérin (DIU) ?**

*Qui vous a informé sur ce mode de contraception ?*

*Quelles étaient vos motivations ?*

*Avec qui en avez-vous parlé ? (partenaire, amie, mère)*

#### **3- Pouvez-vous me raconter votre parcours pour vous faire poser un DIU ?**

*Quels professionnels avez-vous rencontré ?*

*Que vous ont-ils dit sur la pose du DIU ?*

#### **4- Comment s'est déroulée la pose du DIU ?**

*Avez-vous reçu une prémédication ?*

*Qu'avez-vous ressenti lors de la pose ?*

#### **5- Comment vous sentez-vous depuis la pose du DIU ?**

*Par rapport à vos règles ?*

*Par rapport à vos rapports sexuels ?*

*Avez-vous fait retirer le DIU ? Si oui, pour quelle raison ?*

#### **6- Que vous évoque le DIU en un mot ?**

#### **7- Voudriez-vous ajouter un commentaire ?**

#### ANNEXE N°4 : lettre aux médecins généralistes du DUMG

Chloé RIEU 06 \*\* \*\* \*\* \*2

4 Chemin \*\*\*\*\*

Marie SIBEL 06 \*\* \*\* \*\* \*3

31300 TOULOUSE

Chère consœur, cher confrère,

Actuellement en fin d'études de médecine générale, nous réalisons un travail de thèse sur le vécu du DIU chez la nullipare. Ce travail de recherche, validé par le DUMG de Toulouse, est dirigé par le Dr Freyens.

Pour réaliser cette étude, nous avons choisi d'utiliser une méthode de recherche qualitative qui nécessite la réalisation d'entretiens semi-dirigés avec des **femmes nullipares portant un DIU**. Dans l'objectif de recruter un échantillon le plus varié possible sur la région Toulousaine, nous souhaiterions pouvoir interviewer certaines de vos patientes ayant ce profil.

Les entretiens dureront environ trente minutes à une heure et se dérouleront le plus souvent au domicile des patientes ou sur leur lieu de travail (ou tout autre lieu de leur choix) à l'heure et au jour de leur convenance.

Ces entretiens seront retranscrits et analysés dans un souci de préserver l'anonymat des femmes qui auront l'amabilité de participer.

Nous vous contacterons donc dans les prochains jours afin de savoir si certaines de vos patientes pourraient correspondre à ce profil et si elles seraient intéressées par cette étude. Vous pouvez également nous contacter directement pour nous fournir les coordonnées des patientes que vous aurez recrutées.

Nous restons à votre disposition pour tout renseignement ou toute question concernant notre travail de recherche aux coordonnées mentionnées dans l'entête.

Comptant sur votre participation et vous en remerciant très sincèrement par avance, nous vous prions d'agréer, chère consœur, cher confrère, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Chloé RIEU

Marie SIBEL

**ANNEXE N°5 : talon sociologique**

	Age	Profession	Statut marital	Milieu de vie	Type de DIU	DIU posé depuis	Antécédents
EC1	24 ans	Sage-femme	En couple	Urbain	DIU cuivre	8 mois	Aucun
EM1	23 ans	Etudiante en anthropologie	En couple	Urbain	DIU cuivre	1 an et demi	HPV
EC2	25 ans	Professeur des écoles	En couple	Urbain	DIU cuivre	2 ans et demi	Aucun
EM2	33 ans	Etudiante en doctorat de sociologie	En couple	Urbain	DIU cuivre	1 an et demi	Aucun
EC3	26 ans	Professeur des écoles	Fiancée	Semi rural	DIU hormonal	5 ans	Aucun
EM3	25 ans	Etudiante en anglais	En couple	Urbain	DIU cuivre	2 ans	Hypothyroïdie
EC4	33 ans	Esthéticienne	En couple	Semi rural	DIU cuivre	3 mois	Hypothyroïdie, adénofibrome du sein
EM4	47 ans	Adjoint administratif	En couple	Rural	DIU cuivre	2 ans	Aucun
EC5	31 ans	Journaliste	En couple, jeune maman	Urbain	DIU cuivre	2 ans et demi puis retrait (désir de grossesse)	Syndrome des ovaires polykystiques
EM5	18 ans	Etudiante en photographie	Célibataire	Urbain	DIU cuivre	1 an	Aucun
EC6	22 ans	Etudiante en master de comptabilité	Célibataire	Urbain	DIU cuivre puis hormonal	DIU cuivre pendant 1 an puis DIU hormonal depuis 9 mois	Hyménectomie, hypertestostéronémie, HTA sous diane 35, endométriose stade 4.
EM6	27 ans	Maitre-nageur	En couple	Semi rural	DIU cuivre	4 mois puis retrait (saignements)	Aucun
EC7	19 ans	Coiffeuse	En couple	Semi rural	DIU hormonal	5 mois	Aucun
EM7	39 ans	Conductrice routière	Célibataire	Semi rural	DIU cuivre	8 mois	Aucun

## ANNEXE N°6 : formulaire de consentement

### Formulaire de consentement

Madame, Mademoiselle,

Nous nous permettons de vous contacter par l'intermédiaire de votre médecin traitant afin de vous solliciter pour un entretien dans le cadre de notre travail de thèse.

Nous sommes actuellement à la fin de nos études de médecine générale et nous avons choisi de réaliser notre travail de thèse sur le vécu du Dispositif Intra-Utérin chez les patientes nullipares (c'est-à-dire le stérilet chez les femmes qui n'ont pas encore eu d'enfant).

Pour cela, nous devons réaliser des entretiens bénévoles qui devront être enregistrés pour être analysés. Ils seront rendus anonymes pour garantir la confidentialité des informations données par les patientes qui ont accepté de participer à l'étude.

La durée d'un entretien sera d'environ une heure et nous vous proposons de nous déplacer à votre domicile, lieu de travail ou tout autre lieu de votre choix, à l'heure et au jour que nous fixerons ensemble.

Nous nous tenons à votre disposition pour toute précision ou question concernant notre travail et le déroulement des entretiens aux coordonnées précisées dans l'entête.

En vous remerciant par avance de votre participation, nous vous prions d'agréer, Madame, Mademoiselle, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Chloé RIEU  
06 \*\* \*\* \*\* \*2

Marie SIBEL  
06 \*\* \*\* \*\* \*3

Nom, Prénom

Signature

## ANNEXE N°7 : extrait d'un entretien EC4/9

### **Vous vous seriez tournée vers qui ?**

Ah ben j'en sais rien. (elle rit). J'aurais fait marcher mon réseau, j'aurais trouvé quelqu'un pour le poser hein...

[...]

Elle est à la clinique S., elle est très compétente, elle a beaucoup de monde, elle a très bonne réputation mais après elle est pas particulièrement sympathique en même temps c'est pas c'que j'lui demande hein, j'lui demande d'être efficace (elle rit) et de pas m'faire mal donc euh... j'suis pas particulièrement attachée à elle mais si on m'avait renseignée quelqu'un d'autre j'y serais allée. [...]

Ouais j'pense que je me serais tournée vers quelqu'un d'autre, sans hésitation parce que j'voyais pas d'autres alternatives à mon problème quoi. Enfin si on peut appeler ça un problème hein mais...

### **Vous n'auriez pas accepté un refus ?**

Ah non, à moins que vraiment elle me donne des arguments qui m'amènent à une réflexion plus profonde, en me disant mon dieu qu'est-ce que j'fais, je fais vraiment une erreur en me dirigeant vers cette voie-là mais ... c'était pas l'cas quoi. J'étais ... j'étais sûre, j'étais consciente des ... des risques probables, après si vraiment elle m'avait dit dans 98 % des cas les femmes deviennent stériles j'me s'rais dit mmmh peut-être que j'vais réfléchir (elle le dit sur un ton ironique), envisager l'adoption je n'sais pas (elle rit) non j'plaisante mais ... je me serais tournée vers quelqu'un d'autre, à moins vraiment qu'elle ait les arguments quoi.

### **Enfin vous vous y êtes allée décidée ?**

Ah ben oui j'avais mon petit classeur, (elle rit), tout ce qui a été fait, toutes les études qui ont été faites qui sont récentes quoi donc ouais. Bon en plus elle est un peu âgée donc j'étais partie... j'étais en guerre quoi, j'étais partie avec mon truc en me disant bon alors là faut lui dire ça, ça, mais en fait j'ai eu besoin de rien dire, elle m'a écoutée, elle m'a dit bon ok. Elle a essayé de placer ses trucs, non, de nouveau, non. Bon, ok.

J'ai pas compris... en fait pour moi ... y a une espèce de business derrière quoi. Alors j'suis peut-être un peu parano hein mais j'me dit que c'est quand même incroyable, la gynéco elle va systématiquement prescrire la pilule, j'me dis c'est pas possible quoi ils gagnent des voyages à la fin de l'année s'ils en ont prescrit... pourquoi systématiquement prescrire la pilule quoi. Je sais pas. J'ai pas trouvé d'explications donc euh bon, elle a accepté de me le poser donc bon j'me suis arrêtée là dans mon débat psychologique (elle rit), je suis rentrée et j'me suis dit bon c'est bon.

### **Elle est d'accord !**

Elle est d'accord, préparons-nous psychologiquement ! Mais j'faisais pas la maligne quand même.

## **ANNEXE N°8 : contexte d'énonciation d'un entretien EC 4**

### **Analyse Longitudinale Entretien n°4**

#### **1. Le cadre et la patiente :**

Je suis reçue au domicile de la patiente, très à l'aise dès le début de l'entretien.

Elle a 33 ans, est esthéticienne et vit en couple.

Elle préfère que l'on s'installe sur le canapé côte à côte plutôt qu'autour de la table.

Je suis enceinte de 8 mois ½.

#### **2. Résumé de l'entretien :**

La patiente est très à l'aise dès le début de l'entretien, elle parle beaucoup et le ton est très léger, beaucoup d'humour. On rit beaucoup pendant l'entretien.

Elle a fait beaucoup de recherches sur le stérilet pour que sa gynécologue ne puisse pas refuser de le lui poser.

Elle a été sur beaucoup de forums et les expériences sont plutôt négatives sur la pose du stérilet.

Elle a opté pour le stérilet car elle ne voulait plus d'hormones et avait des règles douloureuses et importantes sous contraception orale.

#### **3. Points remarquables du contenu et de la forme du discours :**

Entretien orienté sur le ton de l'humour avec cette patiente, beaucoup d'ironie alors que le sujet est souvent abordé sur un ton plus sérieux du fait que l'on touche à l'intimité des patientes.

#### **4. Éléments nouveaux, inattendus :**

- Notion de monopole de la pilule comme contraception en première intention, business pilule
- Médecins qui gagnent des voyages ?

**ANNEXE N°9 : extrait de la matrice d'analyse**

Parcours	Aides à la mise en place du DIU	Professionnel de santé	information sur le DIU et nulliparité	la gynécologue lui dit que le stérilet peut être mis à une nullipare	EM 7/3 - " Et un jour j'en ai parlé au Dr H. elle m'a dit écoutez oui vous avez pas eu d'enfant c'est pas un problème on peut vous poser un stérilet quand même [...]."
				a vu son médecin qui lui a dit que c'était possible chez la nullipare	EC 7/2 - " [...] j'ai été voir mon médecin et elle m'a dit que y avait pas de problème pour les femmes qui avaient pas d'enfant [...]."
			planning familial	trouve que l'information est plus ouverte au planning familial	EM2/3 - " Ben pour le, le positionnement, pour l'accès à l'information, pour vraiment cette démarche qu'ils ont qui est beaucoup plus pour moi ouverte et pro-active."
	Freins à la mise en place du DIU	Professionnel de santé	monopole de la pilule	pilule prescrite systématiquement	EC 4/9 - "[...] j'me dit que c'est quand même incroyable, la gynéco elle va systématiquement prescrire la pilule [...]."
					refus pose DIU chez nullipare
			différence de formation sur le DIU entre ancienne et nouvelle génération	a été voir sa gynécologue habituelle qui a refusé de le lui poser	
				trouve qu'il y a une différence entre jeune et ancien gynécologue	EC 1/6 - " [...] bon après c'était des vieux gynécos. Il y a un décalage entre les anciens et les jeunes ? Oui je trouve. Bon après pas tous, ça dépend des personnes aussi, de leur ouverture."
	Volonté de la patiente	Refus du professionnel	détermination sur ce choix de contraception	changement de professionnel si refus	EC 4/8 - " Et votre gynécologue si elle n'avait pas voulu vous le poser au final ? Ah ben j'serais partie ailleurs. [...] J'aurais fait marcher mon réseau, j'aurais trouvé quelqu'un pour le poser hein... "
				elle ne voit pas pourquoi elle ne pourrait pas avoir un stérilet	EM 5/2 - " Et moi je lui ai dit mais attendez on fait ce qu'on veut, je vois pas pourquoi j'aurais pas le droit d'avoir un stérilet [...]."

## **L'accès au Dispositif Intra-Utérin (DIU) comme mode de contraception pour les nullipares : un parcours du combattant ?**

**Introduction :** Les DIU sont la première méthode de contraception réversible dans le monde mais seulement 1,3 % des femmes nullipares en France l'utilisait en 2010.

**Objectif :** Connaître le parcours pour accéder au DIU quand on est nullipare.

**Méthode :** Etude qualitative réalisée par 14 entretiens semi-dirigés auprès de patientes nullipares porteuses ou ayant porté un DIU.

**Résultats :** Les patientes ont vécu l'accès au DIU comme un parcours du combattant et ont été confrontées à une succession d'épreuves : la difficulté d'accéder à l'information, les préjugés de la société et des professionnels de santé, et les refus des médecins consultés.

**Conclusion :** Simplifier l'accès au DIU pour les nullipares par une meilleure diffusion de l'information auprès des professionnels et de la société afin de faire évoluer les mentalités sur les fausses représentations associées au DIU et par la nouvelle génération de médecins généralistes plus impliquée en gynécologie en étant plus à l'écoute des choix des patientes pour leur proposer le mode de contraception qui leur correspond.

**Mots-clés :** Dispositif intra-utérin, femmes nullipares, médecine générale, recherche qualitative.

---

## **Access to IUD as mode of contraception for nulliparous women : an assault course ?**

**Introduction :** Intra-uterine devices are the first method of reversible contraception in the world but only 1,3 % of the nulliparous women in France used them in 2010.

**Objective :** Know the route to reach the IUD when we are nulliparous.

**Method :** Qualitative study realized by 14 semi-directive interviews of nulliparous patients holding or having carried an IUD.

**Results :** The patients lived the access to the IUD as an assault course and were confronted with a succession of tests : the difficulty to access at information, the prejudices of the society and the healthcare professionals, the refusals of the doctors.

**Conclusion :** Simplify access to IUD for nulliparous women through better dissemination of information to medical practitioners and to society to change mentalities on the misrepresentations associated with the IUD and by new generation of general practitioners more involved in gynecology to listen more to the choice of patients and to propose them the most suitable mode of contraception.

**Key words :** intra-uterine device, nulliparous women, general medicine, qualitative study.

---

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE.

Faculté de Médecine Rangueil - 133 Route de Narbonne 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France.

Directrice de thèse : FREYENS Anne.

2015 TOU3 1067-1068