

UNIVERSITE D'ANGERS

FACULTE DE MEDECINE

Année 2014

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en : MÉDECINE GÉNÉRALE

Par

Delphine ROCCHI

née le 28/02/1985 à Rueil-Malmaison

Présentée et soutenue publiquement le : 03/06/2014

***VÉCU DE LA POSE D'UN DISPOSITIF INTRA-UTÉRIN EN POST-IVG
IMMÉDIAT:
ANALYSE QUALITATIVE DES REPRÉSENTATIONS, FREINS ET
EXPÉRIENCES DES FEMMES AU CENTRE D'ORTHOGENIE DU
KREMLIN-BICÊTRE.***

Président : Monsieur le Professeur Jean-Marie ANTOINE

Directeur : Madame la Professeure Anne-Marie MAGNIER

UNIVERSITE D'ANGERS

FACULTE DE MEDECINE

Année 2014

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en : MÉDECINE GÉNÉRALE

Par

Delphine ROCCHI

née le 28/02/1985 à Rueil-Malmaison

Présentée et soutenue publiquement le : 03/06/2014

***VÉCU DE LA POSE D'UN DISPOSITIF INTRA-UTÉRIN EN POST-IVG
IMMÉDIAT:
ANALYSE QUALITATIVE DES REPRÉSENTATIONS, FREINS ET
EXPÉRIENCES DES FEMMES AU CENTRE D'ORTHOGENIE DU
KREMLIN-BICÊTRE.***

Président : Monsieur le Professeur Jean-Marie ANTOINE

Directeur : Madame la Professeure Anne-Marie MAGNIER

REMERCIEMENTS

Avant toute chose, je tiens à remercier celles qui ont accepté de témoigner et de partager leur expérience afin de pouvoir améliorer ensemble la prise en charge de toutes les femmes. Un grand merci à vous Annie, Bérénice, Claire, Diane, Evelyne, Florence, Ghada, Héroïse, Issa et Joanna.

Un grand merci au Pr Anne-Marie MAGNIER qui a accepté de diriger cette thèse et de me guider tout au long de ce projet.

Merci au Pr Jean-Marie ANTOINE d'avoir accepté de présider mon jury.

Merci au Pr Philippe CORNET d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

Merci au Dr Jean-Sébastien CADWALLADER d'avoir accepté de faire partie de mon jury, et pour ses conseils.

Un grand merci à Tamia VALMONT : pour ton temps et ton investissement dans cette grande aventure, la patience et la diplomatie dont tu as su faire preuve, et la finesse avec laquelle tu as su t'adapter à moi. Tu as parfois réussi à comprendre mieux que moi où j'allais... Cela a été un grand plaisir de travailler avec toi !

Un grand merci à toute l'équipe du centre d'orthogénie du Kremlin-Bicêtre, en particulier le Dr Laura PETITCOLLOT pour son investissement dans mon projet, pour ses conseils, pour son aide lors de la lecture des entretiens, pour sa gentillesse et son enthousiasme.

Merci au Dr Sophie GAUDU d'avoir accepté la mise en place de mon étude au sein de son service.

Merci à toute l'équipe soignante du centre d'orthogénie, sans votre investissement et votre motivation rien n'aurait été possible.

Merci au Dr Françoise ASPEELE.

Merci à toute l'équipe du Centre d'orthogénie de Laval pour m'avoir fait découvrir le milieu de l'orthogénie.

Un grand merci au Dr Marieannick NEVEUR, ma tutrice pendant ces années d'internat, pour avoir su m'écouter, me faire avancer, grandir et m'avoir transmis sa passion de prendre soin des autres.

A mes parents, pour avoir su me motiver et me soutenir dans les bons comme dans les mauvais moments, contre vents et marées (et parfois la tempête!!). Cette fois on y est, enfin ! Le job est fait, vous pouvez souffler...

A ma famille, Anne-Céline, Pierre-Olivier, mes grands-parents.

A mes amis choletais, ma team :

Nedjema (je t'en ai fait baver quand-même, co-interne !!) Stéphanie, Albane : merci pour vos conseils, votre soutien, votre bonne humeur, les moments de folie,

Jojo, la force tranquille,

Alexandre et ses chemises,

pour tous les moments partagés ensemble depuis ce mois de novembre 2008, Rocky IV vous remercie !!

A toi qui me supportes, me réconfortes, me fais rire (souvent) et grogner (parfois), avec qui je partage ma vie et qui me donne cette confiance incroyable. Merci.

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ANGERS

Doyen	Pr. RICHARD
Vice doyen recherche	Pr. PROCACCIO
Vice doyen pédagogie	Pr. COUTANT

Doyens Honoraires : Pr. BIGORGNE, Pr. EMILE, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. SAINT-ANDRÉ

Professeur Émérite : Pr. Gilles GUY, Pr. Jean-Pierre ARNAUD

Professeurs Honoraires : Pr. ACHARD, Pr. ALLAIN, Pr. ALQUIER, Pr. BASLÉ, Pr. BIGORGNE, Pr. BOASSON, Pr. BOYER, Pr. BREGEON, Pr. CARBONNELLE, Pr. CARON-POITREAU, Pr. M. CAVELLAT, Pr. COUPRIS, Pr. DAUVER, Pr. DELHUMEAU, Pr. DENIS, Pr. DUBIN, Pr. EMILE, Pr. FOURNIÉ, Pr. FRANÇOIS, Pr. FRESSINAUD, Pr. GESLIN, Pr. GROSIEUX, Pr. GUY, Pr. HUREZ, Pr. JALLET, Pr. LARGET-PIET, Pr. LARRA, Pr. LE JEUNE, Pr. LIMAL, Pr. MARCAIS, Pr. PARÉ, Pr. PENNEAU, Pr. PENNEAU-FONTBONNE, Pr. PIDHORZ, Pr. POUPLARD, Pr. RACINEUX, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. RONCERAY, Pr. SIMARD, Pr. SORET, Pr. TADEI, Pr. TRUELLE, Pr. TUCHAIS, Pr. VERRET, Pr. WARTEL

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie
ASFAR Pierre	Réanimation médicale
AUBÉ Christophe	Radiologie et imagerie médicale
AUDRAN Maurice	Rhumatologie
AZZOUZI Abdel-Rahmène	Urologie
BARON Céline	Médecine générale
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; Transfusion
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BEAUCHET Olivier	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BONNEAU Dominique	Génétique
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie
CALÈS Paul	Gastroentérologie ; hépatologie
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie
COUTANT Régis	Pédiatrie
COUTURIER Olivier	Biophysique et Médecine nucléaire
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
de BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
DIQUET Bertrand	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
FANELLO Serge	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie
FURBER Alain	Cardiologie
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie

GARNIER François	Médecine générale
GARRÉ Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes
GINIÈS Jean-Louis	Pédiatrie
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion
HAMY Antoine	Chirurgie générale
HUEZ Jean-François	Médecine générale
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion
JEANNIN Pascale	Immunologie
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile
LE JEUNE Jean-Jacques	Biophysique et médecine nucléaire
LEFTHÉRIOTIS Georges	Physiologie
LEGRAND Erick	Rhumatologie
LEROLLE Nicolas	Réanimation médicale
LERMITE Emilie	Chirurgie générale
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MALTHIÉRY Yves	Biochimie et biologie moléculaire
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie
MENEI Philippe	Neurochirurgie
MERCAT Alain	Réanimation médicale
MERCIER Philippe	Anatomie
NGUYEN Sylvie	Pédiatrie
PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile
PROCACCIO Vincent	Génétique
PRUNIER Fabrice	Cardiologie
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
RODIEN Patrice	Endocrinologie et maladies métaboliques
ROHMER Vincent	Endocrinologie et maladies métaboliques
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail
ROUGÉ-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
SAINT-ANDRÉ Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique
SUBRA Jean-François	Néphrologie
URBAN Thierry	Pneumologie
VERNY Christophe	Neurologie

WILLOTEAUX Serge

ZANDECKI Marc

Radiologie et imagerie médicale

Hématologie ; transfusion

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNAIX Claude

Biophysique et médecine nucléaire

ANNWEILER Cédric

Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement

AUGUSTO Jean-François

Néphrologie

BEAUVILLAIN Céline

Immunologie

BELIZNA Cristina

Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement

BLANCHET Odile

Hématologie ; transfusion

BOURSIER Jérôme

Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

BOUTON Céline

Médecine générale

CAILLIEZ Éric

Médecine générale

CAPITAIN Olivier

Cancérologie ; radiothérapie

CASSEREAU Julien

Neurologie

CHEVAILLER Alain

Immunologie

CHEVALIER Sylvie

Biologie cellulaire

CONNAN Laurent

Médecine générale

CRONIER Patrick

Anatomie

CUSTAUD Marc-Antoine

Physiologie

de CASABIANCA Catherine

Médecine générale

DUCANCELLE Alexandra

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

DUCLUZEAU Pierre-Henri

Nutrition

FORTRAT Jacques-Olivier

Physiologie

GOHIER Bénédicte

Psychiatrie d'adultes

GUARDIOLA Philippe

Hématologie ; Transfusion

HINDRE François

Biophysique et médecine nucléaire

JEANGUILLAUME Christian

Biophysique et médecine nucléaire

JOUSSET-THULLIER Nathalie

Médecine légale et droit de la santé

KEMPF Marie

Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière

LACOEUILLE Franck

Biophysique et médecine nucléaire

LERMITTE Emilie

Chirurgie Générale

LETOURNEL Franck

Biologie cellulaire

LOISEAU-MAINGOT Dominique

Biochimie et biologie moléculaire

MARCHAND-LIBOUBAN Hélène

Biologie cellulaire

MAY-PANLOUP Pascale

Biologie et médecine du développement et de la reproduction

MESLIER Nicole

Physiologie

MOUILLIE Jean-Marc

Philosophie

PAPON Xavier

Anatomie

PASCO-PAPON Anne

Radiologie et Imagerie médicale

PELLIER Isabelle

Pédiatrie

PENCHAUD Anne-Laurence

Sociologie

PIHET Marc

Parasitologie et mycologie

PRUNIER Delphine

Biochimie et biologie moléculaire

PUISSANT Hugues

Génétique

ROUSSEAU Audrey

Anatomie et cytologie pathologiques

SAVAGNER Frédérique

Biochimie et biologie moléculaire

SIMARD Gilles
TANGUY-SCHMIDT Aline
TURCANT Alain

Biochimie et biologie moléculaire
Hématologie ; transfusion
Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique

COMPOSITION DU JURY

Président du jury :

Monsieur le Professeur Jean-Marie ANTOINE

Directeur de thèse :

Madame la Professeur Anne-Marie MAGNIER

Membres du jury :

Madame la Professeur Anne-Marie MAGNIER

Monsieur le Professeur Philippe CORNET

Monsieur le Docteur Jean-Sébastien CADWALLADER

ABRÉVIATIONS UTILISÉES ET GLOSSAIRE

ANAES: Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (remplacée par l'HAS en 2005)

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DGS : Direction Générale de la Santé

DIU : Dispositif intra-utérin, aussi appelé stérilet

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

GEU : Grossesse Extra-Utérine

GNP : Grossesse Non Prévues, c'est à dire non programmée

HAS : Haute Autorité de Santé (ex ANAES)

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

Indice de Pearls : nombre de grossesses par année pour 100 femmes utilisatrices du moyen donné

INED : Institut National d'Études Démographiques

INSERM : Institut National de la Santé et de Recherche Médicale

INVS : Institut National de Veille Sanitaire

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

Méthodes de contraception médicalisées : pilule, patch, anneau vaginal, implant, DIU, progestatifs retard injectables

Méthodes de Longue Durée d'Action (LDA) : DIU cuivre ou Mirena®, implant, progestatifs retard injectables

OMS : Organisation mondiale de la santé

PLAN

INTRODUCTION.....	page 11
REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	page 12
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	page 22
RÉSULTATS.....	page 28
DISCUSSION.....	page 69
CONCLUSION.....	page 81
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	page 83
TABLE DES MATIÈRES.....	page 90

INTRODUCTION

Depuis sa légalisation en 1975 et après une diminution transitoire, le nombre d'IVG réalisées chaque année en France a tendance à rester stable, et ce malgré les nombreuses mesures politiques et médicales mises en œuvre afin de permettre au plus grand nombre d'accéder aux moyens de contraception.

Parmi ceux-ci, le Dispositif Intra-Utérin (DIU) appelé aussi « stérilet », est reconnu pour être d'une grande fiabilité dans la plupart des situations courantes, et particulièrement lorsqu'il est posé en post-IVG. Il semble même que la pose d'un DIU dans les suites immédiates d'une IVG soit la seule mesure qui ait à ce jour prouvé son efficacité pour réduire le nombre de répétitions de grossesses non prévues (GNP).

Or le DIU reste sous-utilisé en France, particulièrement chez les moins de 24 ans. Après une IVG, il n'est choisi que par 16,5% des femmes, loin derrière la pilule. Plusieurs études récentes en France et à l'étranger ont pourtant montré un taux de satisfaction très élevé chez les femmes ayant fait ce choix. Alors trois questions se posent :

- quelles idées se font les femmes du DIU ?
- quels sont leurs freins à la pose d'un DIU en post-IVG?
- comment est vécue la pose d'un DIU dans le contexte de l'IVG ?

Répondre à ces questions devrait permettre de mieux conseiller les femmes dans le choix de leur contraception, avec comme objectif de diminuer le nombre de grossesses non prévues. Dans cette étude je me propose d'explorer le vécu de la pose d'un DIU chez des femmes en contexte de post-IVG immédiat, et les modifications des représentations mentales que celle-ci occasionne.

J'ai comme hypothèses de travail que la réalisation d'une IVG :

- d'une part peut modifier la notion de corps étranger ainsi que le ressenti de la douleur que peut occasionner la pose.
- et d'autre part qu'elle peut modifier la perception de sa propre fertilité.

L'IVG permettrait alors de faire passer au second plan les peurs concernant le DIU derrière celle de l'éventualité d'une autre grossesse.

Le but de cette thèse est de caractériser les conditions favorables à un vécu positif de la pose du DIU dans ce contexte.

1. REVUE DE LA LITTÉRATURE

1.1. Pourquoi s'intéresser à la contraception post-IVG ?

1.1.1 Une question de santé publique

Il est difficile de connaître précisément le nombre d'IVG réalisées chaque année, et ce malgré la mise en place du recueil par la Statistique Annuelle d'Établissement en 2001. On estime ce nombre à 246 000 pour l'année 1976 après la promulgation de la loi Veil du 17 janvier 1975 qui autorise l'IVG en France [1]. Après une baisse transitoire, ce nombre n'a cessé d'augmenter de 1995 à 2006, et depuis reste stable, avec 222 300 IVG pour l'année 2011 [2].

Plus informatif, le taux de recours à l'IVG annuel qui est de 14,6 pour 1000 femmes pour la France métropolitaine en 2011 est également stable, avec toutefois une légère tendance à la baisse chez les moins de 24 ans. C'est chez les 20-24 ans qu'on constate le plus d'IVG avec un taux de 27 pour 1000. On estime que 36% des femmes vivant en métropole auront recours à l'IVG au cours de leur vie [2].

Devant la fréquence élevée de cette situation, la problématique de l'IVG et de l'accès de la contraception au plus grand nombre a fait l'objet d'une l'attention particulière des pouvoirs publics. La loi du 13 décembre 2000 initie le mouvement en autorisant la délivrance de la contraception d'urgence sans ordonnance y compris aux mineures. En 2001, la « loi Aubry » [loi du 4 juillet 2001], en plus d'inscrire l'IVG dans le code de santé publique et de faciliter son accès aux femmes, étend le délai légal à 12 semaines de grossesse, et autorise la prescription et la délivrance aux mineures des contraceptifs sans autorisation parentale. L'objectif d'éducation à la sexualité dans le cadre de l'école y est pour la première fois mentionné, et repris dans la loi de santé publique du 9 août 2004 ainsi que d'autres obligations telles que *« d'assurer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG dans de bonnes conditions à toutes les femmes qui désirent y avoir recours »* [3].

Huit ans après la loi Aubry, un rapport d'évaluation remis par l'IGAS à Roselyne Bachelot en octobre 2009 fait le constat de légers progrès mais insiste sur la nécessité de mesures préventives et d'éducation dès le plus jeune âge, ainsi que de *« maintenir une impulsion politique forte sur les questions relatives à la maîtrise de la fécondité »* [4]. Ces mesures sont mises en pratique en 2011 avec la campagne de communication à destination du grand public et des professionnels menée par

l'INPES « A chacun sa contraception » et l'ouverture du site internet choisirsacontraception.fr [41]. Dernièrement, l'HAS a également publié un rapport sur le thème de l'accès et des freins au choix de la contraception [5]. Une série de recommandations a été éditée sous la forme de fiches mémos destinées aux professionnels de santé et aux patientes, afin de les guider dans le choix de la contraception la plus adaptée à chaque situation, y compris l'IVG [6] (cf annexe 2). Enfin, on peut souligner l'ouverture fin 2012 du site officiel sante.gouv.fr/ivg, qui centralise les informations à destination des femmes en demande d'IVG.

Parallèlement, un rapport de l'IGAS de 2002 préconisait de mettre en place des enquêtes régulières auprès des femmes afin de collecter des informations susceptibles de compléter les données administratives fournies par le dispositif de recueil statistique [7]. La première grande enquête nationale sur l'IVG a été mise en place par la DREES en 2007 à la demande de la Direction Générale de la Santé, de la Direction Générale de l'Offre de Soins et de la Direction de la Sécurité Sociale. Les données recueillies par questionnaire auprès de structures de soins, de professionnels de santé et de patientes ont été traitées sous différentes perspectives sociologiques, médicales et politiques par une équipe pluridisciplinaire issue du partenariat l'INSERM-INED, déjà mis en place en 2000 avec le groupe COCON (Cohorte-Contraception). Les résultats sont parus en 2011 dans un numéro spécial de la Revue française des affaires sociales [8]. Plus récemment, un échantillon d'hommes et de femmes en population générale a été interrogé par téléphone au cours de l'année 2011 dans le cadre de l'enquête FECOND, financée par les mêmes organismes et également menée par une équipe INSERM-INED. Cette enquête a pour but d'explorer les pratiques contraceptives et sexuelles des français, et les premiers résultats sont d'ores et déjà disponibles [9, 10].

1.1.2 Le paradoxe contraceptif

Malgré la diversité des moyens de contraception existants et les efforts fournis, de nombreuses grossesses non prévues surviennent chaque année en France. Pourtant dans la population française, seules 2,7% des femmes ne désirant pas d'enfant n'utilisent aucune contraception [11]. La majorité des grossesses non prévues ayant abouti à une IVG, soit 64%, est due à un échec de la méthode contraceptive utilisée, en premier lieu la pilule qui représente $\frac{1}{4}$ des IVG réalisées chaque année [12]. Cette stabilité du nombre d'IVG en dépit de la large utilisation des méthodes de contraception médicalisées, appelée « paradoxe contraceptif français », traduit les difficultés que rencontrent les femmes dans la gestion de leur contraception et la maîtrise de leur fertilité [11, 12].

Figure 1 : Situation contraceptive au moment de la grossesse chez les femmes en demande d'IVG en 2007 (DREES 2011)

Situation contraceptive avant l'IVG	%
Pas de contraception	35,9
DIU, implant	1,7
Patch/anneau vaginal	0,8
Pilule	26,7
Préservatif	15,9
Autres méthodes barrières ou naturelles	17,8
Contraception d'urgence	1,2

SOURCES • DREES, enquête IVG 2007.

L'enquête COCON en population générale, initiée en France en 2000, qui s'est la première penchée sur les échecs de contraception, a trouvé comme cause la plus fréquente une mauvaise utilisation de la méthode concernée [11]. En effet, comme l'a résumé l'OMS dans un tableau (voir annexe 1), il existe une différence entre l'efficacité théorique d'une méthode contraceptive (indice de Pearls) et son efficacité en pratique quotidienne, en particulier pour celles qui nécessitent une utilisation à chaque rapport ou une observance rigoureuse [13]. L'adhésion de la femme et du couple à la méthode employée est donc essentielle à son efficacité, et il est aujourd'hui largement reconnu que la meilleure méthode est celle choisie par le couple lui-même, comme le préconisent d'ailleurs les recommandations de bonne pratique [14, 15].

L'IVG est une opportunité pour les femmes de remettre en question leur mode de contraception et de recevoir des informations sur les différentes méthodes existantes. Lorsqu'on étudie les trajectoires contraceptives des femmes, on constate qu'il existe après IVG un questionnement sur les circonstances de l'échec, avec un changement de méthode dans 62% des cas. Malgré tout, près de la moitié des femmes ayant rencontré un échec de pilule se voient à nouveau prescrire la pilule [12].

En réalité, la prévention des grossesses non prévues ne se limite pas à un problème de technique d'utilisation de la contraception [16]. En effet les différentes études réalisées suggèrent que la mise en place d'un « counseling » renforcé lors de la consultation pré-IVG ne diminue pas la répétition des GNP, et n'améliore pas les pratiques des femmes. De plus, il apparaît que les femmes ayant un antécédent d'IVG sont de moins bonnes utilisatrices de la contraception que celles qui n'y

ont pas été confrontées, et ce malgré l'attention portée à l'information sur les différentes méthodes [17, 18].

Quelques études ont tenté de repérer des caractéristiques associées au recours à l'IVG. L'enquête de la DREES a notamment mis en évidence plusieurs profils de femme, très différents les uns des autres, allant de la jeune femme souvent étudiante et utilisatrice de préservatif, à la femme mariée ou en couple avec des enfants et bien installée dans la vie professionnelle, en passant par la femme en couple en situation de précarité sociale et souvent d'origine étrangère [19]. Il est donc très difficile de présumer en consultation du comportement futur des femmes vis-à-vis de la contraception. Il n'existerait ainsi pas de femmes « à risque de grossesse non prévue » mais bien des « *moments de vulnérabilité dans leurs trajectoires de vie* » [20].

1.1.3 Diminuer le recours répété à l'IVG : la piste des méthodes de Longue Durée d'Action (LDA)

Dans ce contexte se pose la question du recours répété à l'IVG. La France est sur ce point dans la moyenne des autres pays européens : 34% des IVG sont pratiquées chez des femmes ayant déjà eu recours à l'IVG, contre 32% en Angleterre ou 37% en Suède par exemple, mais 45% aux USA [21]. Ce chiffre est néanmoins en augmentation depuis les années 90. Les auteurs l'imputent principalement au décalage de l'âge de la première maternité (30 ans) et à l'allongement de la période au cours de laquelle les femmes sont confrontées à des « *transitions contraceptives* » correspondant aux changements de partenaires. Ils relèvent les difficultés pour les femmes d'avoir un parcours sans faille dans un modèle contraceptif français restant figé dans ses traditions, parallèlement à une évolution des habitudes sexuelles. D'autres études ont repéré certains facteurs favorisant : antécédents de violence, d'abus de drogue ou d'alcool, situation sociale précaire, jeune âge au moment de la première IVG [22, 23].

En France, le parcours contraceptif répond le plus souvent à un modèle classique : utilisation importante du préservatif au début de la vie sexuelle, puis pilule, et enfin stérilet après arrivée des enfants désirés par le couple. Ce modèle n'a que peu évolué depuis la légalisation de la contraception en 1967, même si les dernières études semblent suggérer une baisse du recours à la pilule depuis les années 2000 [10]. Celle-ci reste néanmoins la méthode la plus utilisée, par une

femme sur deux en 2010. Or, comme évoqué plus haut, les échecs de pilule sont la cause la plus fréquente de grossesse non prévue.

Dans cette optique de diminuer les récurrences de grossesses non prévues après une IVG, et devant l'échec de la prévention par « counseling » contraceptif renforcé au cours de la consultation pré-IVG, de nombreuses équipes se sont tournées vers les méthodes de Longue Durée d'Action (LDA) : DIU, implant contraceptif, et injection de progestatifs retard. L'efficacité de ces méthodes étant moins fonction de l'observance, il est en effet tentant de faire la promotion de ces moyens de contraception auprès des femmes se présentant pour une IVG. Les résultats d'études réalisées au Canada [24], USA [18, 25] et en Nouvelle-Zélande [26] vont dans le sens d'une diminution des récurrences de grossesses non prévues chez les femmes ayant opté pour la mise en route immédiate d'une méthode de LDA versus autres méthodes de contraception. Elles ne trouvent cependant pas de consensus quant à la durée de cette efficacité. Une étude anglaise réalisée en 2002 a elle prouvé que les femmes ayant reçu plus d'informations sur la contraception avaient choisi en plus grande proportion des méthodes de LDA, mais sans pour autant diminuer le taux de récurrence d'IVG à 2 ans [27]. Devant ces résultats légèrement discordants une tendance émerge toutefois de manière unanime : la pose d'un DIU immédiatement après l'intervention diminue jusqu'à 70% le risque d'IVG ultérieure [25, 28].

Le DIU serait-il la contraception à préconiser en contexte de post-IVG ?

1.2. Le Dispositif Intra-Utérin

1.2.1 Rappels généraux

L'invention du Dispositif Intra-Utérin (DIU), aussi appelé *stérilet*, date de 1928, mais la version bio-active avec ajout de cuivre remonte aux années 60 [29]. Il existe deux catégories de DIU : ceux au cuivre et ceux au levonorgestrel, un progestatif, appelés Mirena®. Le mécanisme d'action commun à tous les DIU est d'induire au niveau de l'endomètre une micro-inflammation stérile toxique pour les spermatozoïdes, les empêchant de parvenir aux trompes de Fallope et donc de féconder un éventuel ovocyte. Le cuivre diminue également la mobilité des spermatozoïdes par un effet toxique direct. L'effet du DIU au cuivre est principalement contraceptif. La théorie selon

laquelle le DIU provoquerait chaque mois un « mini-avortement » soutenue par ses détracteurs est donc invalide, l'effet abortif n'étant à l'heure actuelle considéré qu'hypothétique et accessoire [14, 30]. Le levonorgestrel a lui un effet épaisissant sur la glaire cervicale et atrophiant sur la muqueuse de l'endomètre, et parfois inhibe également l'ovulation. Il a donc un effet mixte [15].

Les contre-indications du DIU sont rares. Ce sont essentiellement les malformations utérines, les infections génitales hautes patentes, datant de moins de 3 mois ou récurrentes, le post-partum immédiat (avant 4 semaines). On peut leur rajouter selon le type de DIU l'hypersensibilité au cuivre ou les contre-indications habituelles aux progestatifs, similaires à celles des micro-progestatifs par voie orale.

En ce qui concerne les complications potentielles des DIU, un risque de maladie inflammatoire pelvienne existe, mais faible et devenant nul à partir de la troisième semaine après la pose. Le risque de grossesse extra-utérine existe également, mais 10 fois inférieur au risque des femmes n'utilisant aucune contraception. Il faut également mentionner les effets secondaires dus aux progestatifs en cas de Mirena®. Dans tous les cas et contrairement aux idées reçues circulant encore, aucun risque de stérilité tubaire n'a été démontré, y compris chez les nullipares [14, 15].

L'efficacité du DIU est depuis longtemps reconnue, l'OMS le classant dans la catégorie « toujours très efficace » avec un indice de Pearl en utilisation courante de 0,8 pour le DIU cuivre, et jusqu'à 0,5 pour le Mirena (cf annexe 1) [13]. Concernant son indication, les recommandations de l'ANAES de 2004 stipulaient déjà que « *les dispositifs intra-utérins (DIU) ne sont pas uniquement destinés aux multipares* » et qu'il s'agit « *d'une méthode contraceptive de première intention considérée comme « toujours très efficace », de longue durée d'action et pour laquelle aucun risque cancéreux ou cardiovasculaire n'est établi* ». Les fiches mémos de l'HAS parues en 2013 intègrent le DIU comme contraception possible en contexte d'IVG, que la pose soit réalisée immédiatement après l'intervention ou différée à la visite de contrôle. Elles rappellent néanmoins la nécessité d'écartier au préalable un risque infectieux, notamment par Chlamydiae Trachomatis ou gonocoque, précaution valable d'ailleurs quel que soit le contexte de pose (cf annexe 2).

1.2.2 Spécificités de la pose en contexte d'IVG

Il existe deux types d'IVG : médicamenteuse ou bien chirurgicale par aspiration, cette dernière pouvant avoir lieu sous anesthésie locale ou générale. Les IVG chirurgicales représentent la moitié des IVG réalisées chaque année en France [19]. En cas d'IVG par méthode chirurgicale, la pose d'un DIU immédiatement en fin d'intervention présente de nombreux avantages, en premier lieux techniques : en effet le passage du col est facilité par la dilatation préalable à l'IVG. De plus le contrôle de la vacuité utérine par échographie en fin d'intervention évite la pose sur une grossesse débutante.

Par ailleurs, de nombreuses études se sont penchées sur l'intérêt d'une pose immédiate en termes d'efficacité contraceptive. Il s'avère que lorsque la pose du DIU a été effectuée dans les suites immédiates de l'IVG, le taux d'utilisation constaté 6 mois après l'IVG est nettement plus élevé que lorsque la pose a été différée à la visite de contrôle. Cette différence est statistiquement significative [31, 32, 33].

Ce faisant, différer la pose du DIU augmente le risque de grossesse non prévue ultérieure, et ce en raison du nombre important de femmes ne se présentant pas à la visite de contrôle. Cette proportion est évaluée entre 1/4 et 1/3 des patientes selon ces études.

Concernant les risques de l'acte, le milieu médical a pendant longtemps nié la possibilité d'une pose en fin d'intervention, sous prétexte d'un risque d'infection post-opératoire et d'expulsion du DIU élevé. Une méta-analyse Cochrane de 2010 a conclu à la fiabilité et à la sécurité de la procédure. Elle n'a pas retrouvé de sur-risque de perforations utérines ni d'inflammation pelvienne [32]. Le risque d'expulsion du dispositif est peut-être légèrement augmenté par rapport à une pose hors contexte d'IVG, mais cette différence n'est pas statistiquement significative. Ce risque est estimé entre 2,7 et 5% [33]. La tolérance de la procédure est également très bonne, comme l'ont montré plusieurs études réalisées en France et à l'étranger, et qui retrouvaient un taux de maintien à 6 mois compris entre 74 % et 81 % [34, 35]. Les utilisatrices de DIU semblaient également très satisfaites après 6 mois d'utilisation, avec un taux de satisfaction de 82% et 86% respectivement pour le Mirena® et le DIU cuivre [35].

En ce qui concerne les IVG par voie médicamenteuse, la méthode en elle-même impose un délai minimum avant la pose d'un DIU. Il n'existe que peu d'études, et de surcroît ne concernant que de petits échantillons. Ces études comparent le taux d'expulsion après une pose réalisée lors de la

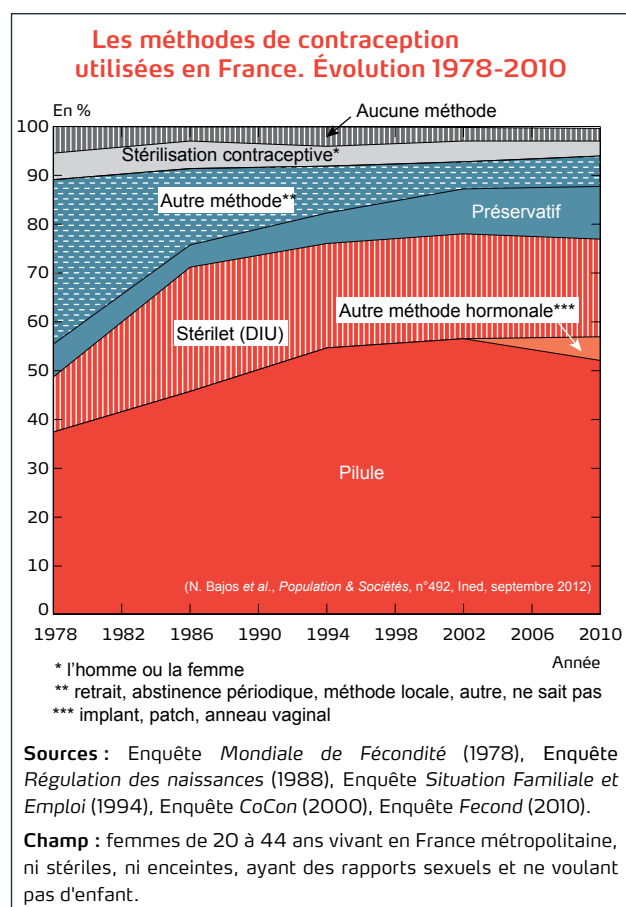
visite de contrôle après IVG médicamenteuse, c'est à dire 7 à 14 jours après, versus une pose en fin d'intervention par technique chirurgicale d'une part, ou une pose différée à 6 semaines d'autre part. Aucune différence n'a pour l'instant été retrouvée. Les données iraient néanmoins dans le sens d'une augmentation des grossesses non prévues en cas de pose différée [36, 37].

En résumé, la pose d'un DIU en fin d'intervention après IVG par aspiration est un acte sûr, fiable et efficace en termes de prévention des grossesses non prévues. En cas d'IVG médicamenteuse, les études s'accordent à penser qu'il n'y a aucun intérêt à différer la pose après la visite de contrôle.

1.2.3 L'utilisation du DIU en France

Le DIU est utilisé par 22,8% des femmes utilisatrices de contraception dans le monde, en deuxième position derrière la stérilisation, qui ne fait pas partie des moyens de contraception réversibles. Il existe cependant d'importantes variations en fonction des continents, voire des pays. Par exemple, parmi les utilisatrices de contraception, le DIU est utilisé par 48% des chinoises, et seulement 7,7% des américaines [38]. La France, elle, se situe au-dessus de la moyenne européenne (17,1%) avec 20,7% d'utilisatrices du DIU chez les françaises vivant en métropole et ne désirant pas d'enfant [10]. On constate cependant un recul constant du DIU depuis 1988 (figure 2), et particulièrement chez les jeunes femmes : la proportion d'utilisatrices de DIU chez les moins de 30 ans et ainsi passée de 4,6% en 2000 à 3,8% en 2010 [39, 9]. De plus, son usage reste réservé en priorité aux femmes ayant déjà eu des enfants. En effet, il concernait seulement 1,3% des nullipares en 2010 [10].

Figure 2 : Les méthodes de contraception utilisées en France de 1978 à 2010 (FECOND 2010)



En ce qui concerne la contraception post-IVG, on pourrait s'attendre à une forte proportion d'utilisatrices de DIU, or il n'est choisi que par 16,5% des femmes [12], loin derrière la pilule (figure 3).

Figure 3 : Situation contraceptive après l'IVG en 2007 (DREES 2011)

Contraception prescrite après l'IVG	(En %)
Pas de contraception	22,9
DIU	16,5
Implant/injections	7,2
Patch/anneau vaginal	2,5
Pilule	50,4
Méthodes non médicales (préservatif inclus) ou contraception d'urgence	0,5

SOURCES • DREES, enquête IVG 2007.

Certains pays ont essayé d'augmenter le recours aux méthodes de Longue Durée d'Action, dont le DIU, chez les femmes se présentant pour une IVG par le biais de campagnes de promotion, notamment la Nouvelle-Zélande et les USA [28, 34, 40]. Ces études réalisées en 2007 et 2008 concluaient qu'une fois la barrière financière levée et des informations correctes diffusées à la fois aux femmes et aux professionnels de santé chargés de la contraception, les femmes avaient plus tendance à se diriger vers ces méthodes. Les auteurs conseillaient notamment de proposer le DIU plus fréquemment aux nullipares, et de ne pas considérer une infection à chlamydiae comme une contre-indication définitive.

En France, il n'existe pas de campagne de promotion du DIU ciblant spécifiquement les femmes en centre d'orthogénie. Les nouvelles fiches mémos de l'HAS concernant la contraception du post-abortum stipulent simplement que « *l'IVG est le moment pour refaire une information sur toutes les méthodes de contraception (en particulier les méthodes de LDA)* » sans plus d'argumentation à ce sujet. En 2006 lors des trentième journées nationales du CNGOF, le Dr Mulet et le Pr Descamps affirmaient pourtant que la pose d'un DIU en contexte de post-IVG ne devrait pas rester limitée aux « *situations présumées d'urgence contraceptive* » mais être « *largement plus disponible* » [42]. En effet, dans certains centres d'orthogénie français il existe encore actuellement des restrictions d'accès au DIU comme je l'ai moi-même constaté sur le terrain. Des progrès sont donc encore à faire à ce sujet au niveau national. En ce qui concerne le coût financier, il ne constitue un obstacle que pour le DIU hormonal, le prix d'un Mirena® étant de 125 euros contre 30,50 euros pour le DIU au cuivre, tous deux remboursables à 65% [5].

Au-delà des problèmes d'accès au DIU et d'information à son sujet dans les centres d'orthogénie se pose la question de l'opinion des femmes à ce sujet. Comment se représentent-elles le DIU et sa pose dans ce contexte particulier qu'est le post-abortum ? Comment ont-elles vécu ce moment et ses suites, qu'ont-elles ressenti ? Comment perçoivent-elles leur propre fertilité et quel cheminement personnel les a amenées à choisir le DIU comme moyen de contraception, et ce alors même qu'elles n'avaient jamais franchi ce pas ?

C'est la réponse à ces questions qui, j'espère, permettra de mieux comprendre le point de vue des femmes sur le DIU, et ce faisant de pouvoir efficacement les informer et les conseiller à ce propos.

2. MATÉRIEL ET MÉTHODES

2.1 Méthodologie de l'étude

2.1.1 Justification de la méthode employée

Cette thèse étudie le vécu des femmes d'un événement spécifique, la pose d'un DIU, dans un contexte particulier, l'IVG. Il ne s'agit pas d'en définir la tolérance, mais bien d'écouter le ressenti des femmes et de comprendre les mécanismes mentaux que l'événement occasionne, ainsi que l'articulation des différents paramètres amenant à ce choix.

De ce fait, la méthode qualitative par entretiens s'imposait.

2.1.2 Trame d'entretien et thématiques abordées

J'ai réalisé ma trame d'entretien après revue de la littérature et en fonction de mes hypothèses de travail. Les items souhaités ont d'abord été listés, puis regroupés en thèmes principaux, et enfin transformés en grille. L'objectif était de pouvoir servir de guide d'entretien simple d'utilisation en temps réel. J'ai testé cette grille auprès des deux premières participantes, puis je l'ai complétée avec des « questions-type » pour chaque thème abordé. Cette modification a été réalisée dans le but de faciliter mon travail d'enquêteur et pour augmenter l'objectivité de mes relances. Deux thèmes ont enfin été légèrement affinés à partir du 7^e entretien mais sans modification majeure de la grille.

Les thèmes abordés sont :

- le déroulement de l'IVG et de la pose du DIU
- le positionnement par rapport au DIU
- le contexte de survenue et le vécu de la grossesse non prévue
- l'appréciation globale a posteriori
- informations complémentaires : passé gynécologique et contraceptif

La grille d'entretien intégrale est fournie en annexe n°3.

Le modèle d'entretien que j'ai choisi a été celui des entretiens semi-dirigés. En effet, le canevas prédéfini permet de s'assurer de la reproductibilité de la méthode, mais garde suffisamment de souplesse pour permettre aux participantes d'aborder des sujets que l'enquêteur n'aurait pas envisagés. La consigne initiale était volontairement très ouverte et imprécise afin de ne pas influencer les femmes dans leur cheminement de pensée. Je me suis efforcée autant que possible de ne pas les interrompre, mais plutôt de les rediriger vers la question posée au cours des relances. Le contenu des entretiens a donc pu varier autour de thématiques communes en fonction des participantes.

Du fait du caractère intime de certains thèmes notamment les circonstances de la grossesse non prévue ou le vécu de l'IVG, j'ai parfois dû adapter mes questions aux réactions de la femme concernée, voire en éluder certaines. Pour des raisons éthiques, les sujets abordés sont donc plus ou moins approfondis selon les entretiens.

2.1.3 Recrutement des participantes et déroulement des entretiens

Les femmes interrogées ont toutes été recrutées au centre d'orthogénie du CHU du Kremlin-Bicêtre. L'étude a été présentée aux professionnels de santé intervenant dans le centre afin d'améliorer leur participation au recrutement. Les références des dossiers des femmes vues en consultation au centre et correspondant potentiellement aux critères de recrutement étaient consignées sur un document disponible au secrétariat. Ce protocole de recueil a été défini avec l'équipe médicale du centre. Dans la mesure du possible il était convenu que le premier contact avec la patiente se fasse lors de la visite de contrôle au centre, mais pour des raisons logistiques cela n'a souvent pas été possible. Après vérification du dossier de chaque patiente, je les ai donc recontactées par téléphone au moins un mois après l'IVG afin de leur présenter l'étude et d'obtenir leur accord, puis de programmer l'entretien.

Les critères de recrutement étaient les suivants :

- femme ayant bénéficié d'une IVG, toutes techniques confondues, et chez qui la pose d'un DIU a effectivement été réalisée.

- pas d'antécédent de pose de DIU antérieur : la pose d'un DIU antérieure aurait pu fausser le ressenti et les mécanismes amenant au choix du DIU.

- langue française parlée et comprise correctement : critère essentiel à la réalisation pratique des entretiens sans traducteur.

A noter qu'une des femmes interrogées n'était plus porteuse de son DIU au moment de l'entretien en raison d'une expulsion constatée lors de la visite de contrôle. J'ai choisi de ne pas l'exclure du corpus, son opinion a posteriori pouvant différer des autres femmes et de ce fait apporter des éléments à l'étude. Aucun critère d'âge n'avait été spécifié, mais en pratique aucune mineure n'a accepté de participer à l'étude.

Initialement mon souhait était de recruter également des femmes issues de patientèles de ville, mais pour des raisons logistiques cela n'a pas été faisable. Une petite annonce a également été déposée sur le forum du site féminin « madmoizelle.com », puis ré-éditée quelques semaines plus tard, mais sans réponse adéquate obtenue.

Les entretiens se sont déroulés de juin à décembre 2013. Ils ont eu lieu soit au domicile de la participante, soit au centre d'orthogénie du Kremlin-Bicêtre, soit au cabinet de médecine générale où j'effectue régulièrement des remplacements. Le lieu était laissé au libre choix de la femme concernée. Chaque entretien a duré entre 22 et 47 minutes, pour une moyenne de 32 minutes. Chacun a été réalisé individuellement sans aucun témoin présent, et enregistré au dictaphone avec l'accord de la participante.

Le nombre d'entretiens n'avait pas été prédéfini, le but étant d'arriver à saturation des données.

2.1.4 Méthode d'analyse

Avant l'analyse, les entretiens ont tous été retranscrits mot-à-mot et anonymisés avec attribution à chaque participante d'un prénom fictif dans l'ordre alphabétique de réalisation des entretiens. Le premier entretien réalisé est donc celui d'Annie, et le dernier Joanna. La méthode d'analyse utilisée a été une analyse de contenu thématique réalisée en deux temps.

Dans un premier temps, une lecture verticale de chaque entretien avec découpage en unités de

codage et élaboration d'une grille de synthèse propre à chaque entretien a permis de faire émerger les dimensions abordées. Cette phase a été réalisée à deux lecteurs afin d'effectuer un croisement des informations et ainsi augmenter l'objectivité de l'analyse, et donc la validité de l'étude. L'intérêt de l'analyse verticale était également de mieux appréhender le cheminement personnel de chaque femme et la logique interne des entretiens.

Dans un deuxième temps, j'ai effectué une catégorisation des dimensions mises en évidence dans la première étape : c'est la « manipulation thématique ». Les hypothèses de recherche avaient été en partie prédéfinies avant la réalisation des entretiens pour faciliter l'élaboration des catégories thématiques. Les sous-thèmes de la grille ont été affinés directement à partir des données au fur et à mesure du codage selon la méthode de la théorisation ancrée, dans le souci de respecter le sens des propos des femmes. Cette grille a permis l'analyse de tous les entretiens thème par thème, c'est à dire le codage (utilisation du logiciel NVivo).

Plusieurs versions temporaires de la grille produite ont été testées sur deux entretiens différents, puis c'est une version modifiée et affinée au fur et à mesure du codage qui a été utilisée. Cette grille est disponible en annexe 4.

2.1.5 Aspects éthiques et légaux

Ce projet a reçu l'autorisation de la CNIL (numéro de dossier 1682394 v 0) le 25/06/2013 ainsi qu'un avis favorable du comité d'éthique d'Angers le 18/07/2013 (demande 2013/62).

Le consentement éclairé des participantes a été recueilli par écrit, et les femmes avaient la possibilité d'obtenir le verbatim de l'entretien correspondant. Une d'entre elles en a fait la demande.

2.2 Caractéristiques de l'échantillon

2.2.1 Le centre d'orthogénie du Kremlin-Bicêtre

Le centre d'orthogénie du Kremlin-Bicêtre est intégré au CHU mais dispose d'un service séparé de la gynécologie. Il a reçu 976 patientes pour des demandes d'IVG au cours de l'année 2013, dont

79% d'IVG chirurgicales. Les femmes sont toutes reçues séparément par au moins deux intervenants différents : un médecin et une infirmière, dans un ordre ou dans l'autre. Une consultation avec une psychologue leur est également proposée. Les IVG médicamenteuses sont réalisées soit en ambulatoire, soit sur place en fonction du terme et du souhait de la patiente. Les IVG chirurgicales sont faites sur place, sous anesthésie locale par xylocaïne au niveau du col et prémédication antalgique par ibuprofène et/ou antispasmodiques en fonction des praticiens. Les anesthésies générales sont faites par les médecins au bloc ambulatoire au sein du même bâtiment, avec retour à domicile au bout de la demi-journée.

2.2.2 Caractéristiques des participantes

10 femmes ont accepté de participer à l'étude. Leurs caractéristiques socio-démographiques sont listées ci-après (figure 4).

Dans le cas des IVG chirurgicales, le DIU a été posé directement en fin d'intervention. Pour la patiente qui a réalisé une IVG médicamenteuse, le DIU a été posé au cours de la deuxième visite de contrôle, l'expulsion de la grossesse étant incomplète lors de la première consultation, et ayant nécessité une procédure complémentaire (par Cytotec).

Figure 4 : Caractéristiques socio-démographiques des participantes

	Nombre femmes	
Age : <25 25-30 30-35 35-40 40-45 >45	0 3 4 2 1 0	Moyenne : 33 ans
Couple stable : oui non	8 2	
Nombre d'enfant avant la GNP : 0 1 2 3	4 4 1 1	dont un polyhandicapé
Profession : étudiante au foyer en activité professionnelle	3 1 6	
Antécédent d'IVG 0 1 2	8 1 1	
Origine : française maghrébine sub-saharienne	8 1 1	
Technique d'IVG : médicamenteuse chirurgicale sous AL chirurgicale sous AG	1 6 3	
Type de DIU posé : DIU cuivre Mirena	8 2	
Délai entre l'IVG et l'entretien : 1 mois 2 mois 3 mois 4 mois	4 3 2 1	Médiane : 2 mois

3. RÉSULTATS

3.1 La douleur

3.1.1 Entre représentations et vécu réel

Lorsqu'on étudie les représentations des femmes à propos du DIU, le thème de la douleur apparaît comme prépondérant dans leurs préoccupations.

Il s'agit essentiellement de la peur d'avoir mal au moment de la pose du DIU. Certaines se qualifient même de trop « *douillettes* » pour affronter une pose sans anesthésie, ou redoutaient de faire un « *malaise* ». Cette appréhension concerne aussi parfois les suites de l'intervention et la vie au quotidien sous DIU.

Certaines femmes considèrent cette douleur comme inévitable du fait d'insérer un corps étranger, que l'une d'entre elles s'imaginait comme « *un gros truc en fait, où on le sent bien rentrer* ».

« Annie : je me suis dit de toutes les façons c'est obligé qu'il y ait une douleur puisque c'est quelque chose qu'on nous introduit, il y aura forcément une petite douleur. »

Ces préjugés sur les douleurs liées au DIU sont en grande partie relayés par l'entourage de la femme ou des « on-dits ». Ainsi, certaines femmes rapportent de façon très imagée les propos d'amies qui n'ont « *pas du tout supporté* » leur stérilet, pour qui la vie quotidienne serait devenue « *un calvaire* ». Parfois les professionnels de santé eux-mêmes décrivent la pose aux patientes comme très douloureuse. Comme le dit une des participantes, à écouter les rumeurs « *on dirait que c'est un truc atroce le stérilet* ».

Cette peur de la douleur, apparaissant comme insurmontable, peut même aller jusqu'à faire reporter la pose du DIU pour certaines. En effet plusieurs femmes m'ont confié avoir déjà songé au DIU auparavant, mais reculé devant l'appréhension de la douleur de la pose.

« Evelyne : parce que c'est la douleur quand même qui inquiète toujours un peu pour la pose d'un stérilet, c'est pour ça je reculais le moment d'aller voir la gynéco pour poser un stérilet... »

En décalage avec cette peur d'avoir mal, la gêne réellement ressentie lors de la pose est unanimement décrite comme minime. Une des participantes déclare avoir «*eu un tout petit peu mal*». Une autre, chez qui la pose a été faite lors de la visite de contrôle après son IVG médicamenteuse, décrit très bien ses sensations :

« Annie : alors on sent un petit chatouillement à un moment donné, un petit picotement, donc oui un petit cri de douleur (mime le cri) mais c'est vraiment vite fait, c'est pas...ça va. C'est supportable...[...] je m'attendais à pire (rit) »

En fait, la plupart des femmes interrogées avouent même n'avoir «*rien ressenti*», au point pour certaines de ne pas s'être «*trop rendues compte qu'on le leur posait*». L'une d'entre elles ne se souvenait plus si la pose du DIU avait été faite lors de l'IVG ou lors d'une autre consultation. Joanna explique qu'elle ne «*s'attendait pas du tout à ça*». Dans tous les cas ce moment est décrit comme très rapide, ayant duré «*trois secondes*».

En ce qui concerne les suites de l'intervention (IVG puis pose de DIU), si certaines déclarent n'avoir pas ressenti de gêne en particulier, d'autres décrivent toutefois des douleurs, parfois importantes sur le moment, mais limitées essentiellement à la période post-opératoire immédiate ou au premier mois. La plupart affirme malgré tout qu'«*on oublie vite*», et que les douleurs n'ont «*pas duré tant que ça*».

3.1.2 Douleur de l'IVG et douleur du DIU

Nous l'avons vu, la pose d'un DIU est un acte réputé douloureux pour la plupart des femmes interrogées. Mais dans cette étude la pose avait lieu dans un contexte particulier : le post-abortum immédiat dans le cas des IVG par aspiration, et différé à 15 jours dans le cas de l'IVG médicamenteuse. Dans tous les cas cette pose faisait donc suite à un acte au moins désagréable, sinon douloureux.

Dans le cas de l'IVG médicamenteuse, la douleur de la pose du DIU apparaît comme minime après celle ressentie lors de l'expulsion de l'œuf :

« Enquêteur: le fait d'avoir eu cette douleur à l'IVG, quelque part ça vous a...

Annie : oh bah ça m'a aussi réconforté sur la pose du stérilet, certainement, oui oui, je me suis dit ça peut pas être pire que ce que j'ai connu. »

Les femmes ayant choisi une aspiration sous anesthésie locale ont parfois ressenti des douleurs importantes lors de l'IVG. Le soulagement que l'aspiration soit terminée, décrit de façon très riche, laisse alors peu de place à la douleur de la pose du DIU :

« Diane: l'IVG m'a fait tellement mal que, du coup [...] le stérilet à côté c'était... rien du tout, en fait [...] quand j'ai entendu que la machine s'arrêtait et que l'infirmière me disait que c'était fini et qu'il y avait juste le stérilet à poser j'étais tellement soulagée que vraiment je n'ai rien senti du tout pour la pose du stérilet. »

La plupart des femmes explique surtout ne pas pouvoir différencier les deux actes. La pose du DIU apparaît en fait comme inexistante au regard du vécu de l'intervention.

« Claire : j'ai pas vraiment senti la transition entre le moment où l'IVG s'est terminée et la pose du stérilet en fait. »

En revanche, en ce qui concerne le vécu des douleurs post-opératoires, poser un DIU après une IVG par aspiration peut avoir un inconvénient : en effet les douleurs « normales » après une IVG peuvent être interprétées à tort comme étant causées par le DIU. Les femmes ne savent alors pas à quel acte rattacher leurs sensations corporelles, n'arrivent pas à « mettre un mot sur qui fait quoi là-dedans ». Le fait de ne pas savoir « si c'est lié à l'IVG ou au stérilet » a pu être bien accepté par certaines femmes, mais a également pu être source d'anxiété pour d'autres. Diane pense même qu'il s'agit de « la principale difficulté de se faire poser un stérilet en même temps qu'une IVG ».

« Claire : je me demandais si il n'y avait pas un problème avec le stérilet. C'est normal d'avoir mal ? La peur du stérilet... Mais c'est difficile de savoir si c'est l'IVG ou la pose du stérilet finalement, c'est un peu... »

3.1.3 Les déterminants du ressenti de la douleur

Plusieurs déterminants peuvent influencer le degré de souffrance associée à la douleur réellement ressentie. Comme nous l'avons vu précédemment, le fait de survenir après une intervention douloureuse facilite le vécu de la pose elle-même. Mais d'autres paramètres viennent

également modifier ce ressenti. En effet, le fait d'anticiper ou non la douleur joue également un rôle, dans un sens ou dans l'autre en fonction des individus.

Certaines femmes ont par exemple apprécié le fait d'être « préparées » à la douleur, ce qui a rendu l'acte plus facile qu'imaginé :

« Annie : oui, oui oui je m'attendais à pire. (rit) Je m'attends toujours à pire comme ça au moins quand ça arrive, c'est (rire), ça va, ça se passe bien. »

Une autre participante, qui a présenté des douleurs très importantes lors de l'IVG, l'explique en partie par le fait qu'elle ne « s'attendait pas à ce que ça fasse mal comme ça », ce qui va dans le même sens.

Florence tient en revanche un raisonnement inverse, et pense justement qu'elle n'a pas eu mal lors de la pose du DIU car elle n'a pas tenu compte des expériences négatives de son entourage. Elle le formule ainsi : *« si dans ta tête tu te persuades que tu vas avoir mal, peut-être que tu vas avoir mal »*.

On note que la douleur peut être ressentie de façon plus intense selon le sens qui y est attribué. Plus important, le fait de ne pas comprendre la cause de la douleur peut être vécue comme angoissant et en accentuer le ressenti. Joanna décrit bien ce mécanisme, et explique qu'elle a alors cherché une explication aux douleurs qu'elle ressentait, s'imaginant que le DIU s'était déplacé. Les explications de l'équipe soignante se sont alors avérées être une solution efficace pour la soulager :

« Joanna : psychologiquement j'avais l'impression d'avoir des douleurs abdominales [...] ça m'inquiétait en me disant : « on m'a pas parlé de ça, pourquoi ça fait ça », et en fait mais c'est normal, parce que pour moi c'était nouveau, [je me disais] : « oh là là pfff est-ce que ça va aller, est-ce que ça va pas aller, est-ce que ça va tenir » et depuis qu'on m'a expliqué tout bien comme il faut la dernière fois, j'ai plus ces douleurs, j'ai plus ces gênes, voilà, je me sens bien. »

Le rôle de l'anesthésie apparaît très clairement primordial pour les femmes dans le contrôle de la douleur, qu'elle soit locale ou a fortiori générale. Cette anesthésie a également un effet rassurant, presque contraphobique pour certaines, qui leur a permis d'affronter plus sereinement la pose.

« Enquêtrice : est-ce que la pose du stérilet vous faisait peur ? Avant qu'on vous le pose ?

Ghada : non, à partir du moment quand on m'a dit que ça se passait avec anesthésie, non »

L'une des femmes interrogées explique d'ailleurs que sans cette anesthésie, elle n'aurait pas accepté de se faire poser un DIU. Une autre affirme qu'elle « *l'aurait quand-même posé* » mais qu'elle « *aurait eu peur* ».

Enfin, un facteur important mentionné par beaucoup de femmes est l'attitude bienveillante des professionnels de santé. Le fait d'être rassurée et soutenue moralement par l'équipe de soins, apparaît comme diminuant la souffrance ressentie :

« Evelyne : j'ai quasiment pas senti la pose du stérilet, et ça s'est fait en plus d'une façon très agréable, enfin très agréable c'est à dire que j'ai été très bien accompagnée par l'infirmière qui m'a soutenue pendant tout le temps de l'aspiration et de la pose, et le médecin qui m'a expliqué ce qu'elle faisait »

« Joanna : après c'est aussi le médecin, elle était gentille, elle était douce, peut-être que ça a joué, mais je m'attendais pas du tout à ça. »

3.1.4 Autres références douloureuses

Les femmes interrogées au cours de l'étude ont souvent associé les « *spasmes* » occasionnés par la pose du DIU à d'autres douleurs gynécologiques, notamment les douleurs de règles mais en « *plus fortes* » et « *plus intenses* ».

Mais d'autres événements ont également été comparés à la pose du DIU pour en illustrer le caractère peu traumatisant. Ainsi pour plusieurs participantes, comparée à un accouchement, que l'une qualifie de « *cauchemar* », la pose prend des allures de « *partie de plaisir* ».

De façon plus étonnante, certaines femmes parlent également des consultations gynécologiques de routine et des frottis, a priori perçus par les médecins comme indolores, comme « *aussi désagréables que mettre un stérilet finalement* ». Diane explique ainsi avoir pleuré lors de son premier frottis.

« Evelyne : les gens avec qui j'ai, enfin elles ont pas l'air traumatisées plus que ça après la pose d'un stérilet même si elles parlent de quelque chose de pas forcément agréable mais bon, des fois chez la gynéco c'est pas non plus forcément très agréable... »

3.2 Le corps étranger et le rapport au corps

3.2.1 La conscience du corps étranger

En situation de soins, lorsque l'on évoque le DIU on se rend compte que le principe même de poser un corps étranger, d'avoir « *quelque chose dans le corps* », est un frein récurrent chez les femmes. Dans les entretiens réalisés au cours de cette enquête la plupart des femmes ont effectivement exprimé cette réticence de façon assez nette :

« Ghada : Et aussi comme j'ai eu des réticences par rapport à la pose de stérilet que moi j'appelais un objet étranger, je l'appelais même pas stérilet je disais c'est un truc étranger à mon corps qu'on vient poser, parce que je pense qu'il y a beaucoup de personnes qui pensent comme moi. »

Ce degré de conscience du corps étranger peut être influencé par la présence ou l'absence de sensations corporelles liées au DIU. Plusieurs des femmes ont en effet exprimé la crainte de « *sentir* » le DIU, ou tout du moins un questionnement à ce sujet:

« Bérénice : une amie m'avait dit que sa maman, suite à une pose de stérilet, avait l'impression constamment d'avoir un corps étranger dans l'utérus. [...] Du coup j'avais une appréhension de ça et je me suis dit, quand mon utérus va se remettre en forme et que je vais reprendre l'utérus que j'avais avant, est-ce que je vais sentir ce stérilet, est-ce que je vais avoir des douleurs, [...] est-ce que je vais vraiment avoir la sensation d'avoir quelque chose en moi ?»

Pour Joanna, le psychisme est un facteur modifiant le ressenti des sensations. Elle était très angoissée par cette notion de corps étranger, qu'elle trouvait « *bizarre* ». En effet plus la conscience et la peur du corps étranger sont importantes, plus les sensations ressenties sont intenses. Les douleurs, elles-mêmes anxiogènes, viennent encore augmenter cette appréhension du corps étranger, créant ainsi un cercle vicieux. Celui-ci peut être brisé par la réassurance apportée par les professionnels de santé. Joanna explique d'ailleurs qu'une fois ses craintes dissipées après la consultation de contrôle, la gêne qu'elle ressentait a également disparu. Elle pense a posteriori que c'est la nouveauté du concept qui la dérangeait. Une fois habituée à cette idée les craintes se sont ainsi estompées, elle affirme maintenant « *vivre avec* ».

«Joanna : j'avais l'impression qu'il y avait quelque chose qui bougeait dans mon corps, et en même temps je pense que c'était le fait de pas encore adapter le stérilet en moi quoi. Je pense que c'est ça.[...] Quand je suis venue ici pour ma visite le médecin il m'a rassurée, [...] et en fait c'est vrai que j'ai encore des fois cette sensation, mais pas autant. J'y pense moins, voilà c'est ça, j'y pense beaucoup moins. [...] je pense que, on va dire que c'est psychologique, et que les douleurs que j'avais je pense aussi que ça devait être psychologique. »

Claire en revanche, que le principe de poser un corps étranger n'inquiétait pas particulièrement, confie y penser souvent depuis la pose, malgré le fait qu'elle ne le ressent pas :

« Claire : le fait de le porter, de vivre avec, ça se déroule exactement comme je le pensais. Je pensais que j'y penserais moins que la pilule, et en même temps j'y pense assez souvent, au stérilet. C'est bizarre, oui. C'est marrant parce que je me disais tu vas le porter, tu vas l'avoir, tu vas l'oublier, et finalement je ne sens absolument rien mais je l'oublie pas. »

D'un autre côté, pour certaines, la notion de corps étranger est différente de ce que l'on pourrait imaginer au premier abord. Par exemple, plusieurs femmes m'ont dit ressentir les hormones de la pilule comme paradoxalement plus étrangères à leur corps qu'un DIU au cuivre, ce dernier étant perçu comme *«naturel, [...] un élément dont finalement notre corps a besoin et qu'il accepte plutôt bien »*.

D'autres femmes mettent en balance l'intrusion d'un DIU avec la perspective parfois effrayante d'une grossesse. De ce point de vue, le corps étranger *« paraît complètement minime par rapport au fait d'être enceinte »*.

La place du DIU est d'ailleurs un élément que soulèvent les femmes : dans l'utérus, il prend la place réservée normalement au futur enfant. Ce paramètre revêt même une valeur symbolique pour certaines, où l'œuf enlevé lors de l'IVG est remplacé par le DIU:

« Bérénice : c'était assez bizarre parce que du coup il y avait une aspiration, [...] enfin on m'enlevait quelque chose du ventre, et en même temps on me remettait quelque chose d'autre, et du coup c'est vrai c'était très ambivalent... Quand je suis sortie en fait j'avais pas eu de sensations de ces deux actes, mais en même temps, dans la tête et symboliquement, je me disais : on t'a retiré un truc et on t'a remis quelque chose d'autre... »

Pour Florence en revanche, cet emplacement du DIU dans l'utérus, donc *« vraiment dans la partie concernée »* lui permet d'accepter la présence du corps étranger car logique et rationnelle. *« Le stérilet doit aller là »*. Elle affirme que *« ça la dérange moins que si on lui mettait un truc dans le*

bras » comme l'implant contraceptif. De plus, le caractère caché du DIU, « *on sait qu'il est là mais on le voit pas* », le rend plus acceptable que l'implant, plus visible car posé en sous-cutané sur la face interne du bras.

En réalité, les craintes que ressentait les femmes ne se sont en général pas vérifiées après la pose :

« Evelyne : finalement c'est moins pire que ce que je m'imaginai, (rire) parce que finalement ça me dérange pas de l'avoir, et au contraire ça me rassure, parce que avant j'appréhendais d'avoir un corps étranger, non je rigole mais c'est vrai que, oui oui, je trouve que c'est une belle invention. »

Les femmes interrogées ont parfois rapporté quelques sensations, mais sans certitude que celles-ci soient bien liées au DIU. L'une des femmes parle ainsi de « *deux points [...] localisés dans le bas-ventre* » qu'elle « *n'arrive pas à situer exactement* » et dont elle n'avait pas la « *sensation jusqu'à maintenant* ». Ainsi, elle se demande si « *c'est seulement les ovaires ou si c'est le stérilet* ». La plupart des femmes exprime en fait un soulagement de « *mieux réagir* » au corps étranger qu'elles se l'imaginaient, voire une surprise devant l'absence totale d'« *appréhension sur l'idée d'avoir un corps étranger* ».

Une des participantes s'est posée la question de l'influence du type d'anesthésie, locale ou générale, sur le degré de conscience du DIU. Pour elle, l'anesthésie générale lui a permis de faciliter l'acceptation du corps étranger : n'ayant « *pas vécu la pose* », elle pense avoir peut-être « *moins conscience du stérilet* ». Elle y voit la raison pour laquelle elle n'a « *pas de sensation quotidienne du stérilet* », ce dont elle est « *très très contente* ».

3.2.2 Représentations de l'objet DIU

Il est intéressant de se pencher sur la manière dont les femmes imaginent l'objet DIU, particulièrement celui au cuivre qui stigmatise beaucoup de peurs : il est qualifié tout à tour de « *métallique* », « *nocif* », « *dur* », « *irritant* ». Le cuivre est parfois confondu avec du fer, voire même du bronze. Une des participantes s'imaginait « *un espèce de truc, un cercle en cuivre, de couleur un peu rouillée* ». Une autre raconte :

« Ghada : moi dans ma tête j'avais une idée bien fixe c'était un élément en métal c'était dur je vais le sentir et tout, alors j'ai dit pas question de sentir ça. [...] Avoir ce métal là en moi ça me... ça me donnait des frissons d'avance. »

La micro-inflammation bénigne de l'endomètre, en partie responsable de l'effet contraceptif du DIU, est visualisée comme une « irritation » qui « esquinte la muqueuse utérine ». Dans cette logique, la pose au décours d'une IVG par aspiration, déjà traumatique pour la muqueuse utérine, interroge Diane :

« Diane : ça m'a un peu interloquée quand ils m'ont dit qu'ils le posaient au moment de l'IVG parce que je me suis dit : « peut-être que c'est un peu quand même irrité, est-ce que ça pose pas de problème de le poser au moment » [...] je me suis dit : « ooh, c'est peut-être un peu trop pour mon utérus », j'en sais rien... »

Deux des femmes de l'étude ont justement choisi le DIU hormonal en raison de cette répulsion importante que leur inspirait le DIU au cuivre, le dispositif du Mirena® leur apparaissant alors comme du « plastique très souple » en comparaison, et sans « irritations » donc mieux supportable pour l'organisme, et aussi psychologiquement.

Le mécanisme d'action du DIU reste d'ailleurs une interrogation pour les femmes. Autant l'action de la contraception hormonale sur le cycle est maintenant bien intégrée et comprise, autant celle d'un DIU sur la fertilité a une image assez mystérieuse:

« Florence : le seul truc qu'on se dit c'est comment ça peut fonctionner ? C'est bizarre, quoi, c'est... par rapport à la pilule qui, qui envoie des espèces de, de, je sais pas comment ça s'appelle, qui envoient des trucs dans notre corps pour éviter de tomber enceinte... Là on vous pose un objet qui empêche, c'est, c'est bizarre. Ca m'a paru bizarre, c'est le seul truc qui me paraît bizarre... »

La taille du DIU est également sujette à des représentations erronées : beaucoup de femmes se l'imaginent plus grand qu'il n'est en réalité. Cette méprise est particulièrement alimentée par la taille de la boîte d'un DIU. Plusieurs disent d'ailleurs s'être demandées au retour de la pharmacie « mais quelle taille ça fait !! ».

« Joanna : moi je voyais que c'était un truc comme ça, avec une boîte comme ça [mime 20 cm avec les mains] et j'étais restée à ce truc là en me disant : c'est pas possible quoi, je peux pas. [...] [rire] Et en fait

moi c'est ça, mon problème c'était de voir la boîte grande comme ça, et d'imaginer, vous savez comme les... les tampons ! [mime tampon avec applicateur] Mais je le voyais plus fin et plus long, voilà l'image du stérilet c'était ça pour moi. »

En effet la boîte ne correspond pas à la taille du dispositif lui-même, puisqu'elle contient également le kit de pose avec l'inserteur mesurant une vingtaine de centimètres. Certaines femmes ont eu la curiosité d'ouvrir la boîte et sont restées perplexes devant cette « *espèce de seringue* », ce « *tube pour pouvoir insérer le stérilet dedans* ».

Un autre élément un peu déroutant pour les femmes est l'aspect que prend le DIU lors de l'échographie, qualifié de « *pas très clair* » voire de « *bizarre* ». En effet l'image visualisée sur l'écran, décrite comme une « *tranche* », une « *espèce de tige* », un « *espèce de filet* », ou un « *petit bâton* » ne correspond pas à la forme réelle en T du DIU.

Il est pourtant facile de corriger cette image caricaturale du DIU à l'aide des dispositifs de démonstrations souvent disponibles en cabinet, qui ont l'avantage de montrer la technique de pose en pratique et de visualiser un DIU dans un utérus factice. Certaines femmes se sont dites rassurées suite à cette démonstration réalisée par l'infirmière. C'est d'ailleurs le fait d'avoir vu ces « *deux petits machins [...] tout petits* » qui a fait changer d'avis Joanna et qui l'a décidée à se faire poser son DIU.

Plusieurs participantes ont d'ailleurs exprimé le regret de ne pas avoir eu plus tôt la possibilité de voir et de toucher un DIU, ce qui leur aurait permis de prendre leur décision avant la survenue de leur grossesse, tout en reconnaissant qu'elles n'étaient « *peut-être pas prêtes à ce moment-là* » :

« Annie : j'aurais bien aimé, oui, qu'on me montre [...] de savoir lequel on aura dans notre utérus, (rire) oui ça m'aurait aidée peut-être sur le fait de l'avoir mis avant, avant que j'ai cette interruption de grossesse... (pause) »

3.2.3 La peur du déplacement

Une inquiétude exprimée de façon récurrente au cours des entretiens par plusieurs des femmes est la peur d'un déplacement secondaire du DIU, « *que ça descende* », « *que ça bouge* ». Cette peur a parfois pu prendre des proportions envahissantes. Joanna par exemple y pensait même au travail ou en « *allant aux toilettes* ».

Certaines femmes ont associé cette peur du déplacement à une perte d'efficacité du DIU et donc un éventuel risque de grossesse :

« Bérénice : la visite de contrôle post-IVG m'a beaucoup rassurée aussi. J'ai passé quinze jours où j'avais quand même assez peur que le stérilet se soit déplacé légèrement, ou que ça fonctionne pas, ou que voilà, donc... du coup on a eu un moyen de contraception, enfin on a utilisé un préservatif avec mon ami, parce que j'avais vraiment peur du coup que ça se soit déplacé, et là j'ai eu quinze jours d'angoisse. »

D'autres participantes ont parfois exprimé la peur plus étonnante que le DIU se déplace ailleurs dans le corps, notamment au niveau des trompes, voire « *de l'autre côté* ». Florence explique qu'au début elle essayait de « *le chercher* », se demandant : « *mais c'est où ? ils me l'ont mis où ?* ».

On retrouve d'ailleurs cette même appréhension de l'objet étranger « perdu dans le corps » chez Evelyne qui me parle d'une connaissance chez qui « *l'implant a migré* » et qui a dû rentrer à l'hôpital pour le chercher car ils ne « *le retrouvaient plus* ».

Parmi les femmes interrogées au cours de cette étude l'un des témoignages est particulier : en effet l'une d'entre elles a effectivement présenté un déplacement de son DIU constaté lors de la visite de contrôle. Issa ne s'inquiétait d'ailleurs pas particulièrement de cette éventualité, d'où sa surprise à la visite de contrôle. Elle cherche alors une explication à ce déplacement, et le met sur le compte de gros caillots survenus après l'intervention. Elle avoue ne pas être très « *rassurée* ».

Plusieurs femmes ont d'ailleurs exprimé des interrogations concernant d'éventuels gestes à faire ou ne pas faire afin d'éviter un déplacement du DIU, notamment des habitudes d'hygiène intime ou la pertinence de vérifier du doigt la présence des fils après les règles. Certaines se demandaient également si le DIU peut bouger lors des rapports. Autant de questions « *un peu bêta* » qu'elles n'ont pas toutes osé poser, et parfois sources d'angoisse que les professionnels de santé n'imaginent pas forcément.

En réalité, la crainte principale par rapport à ce risque de déplacement est surtout de ne pas s'en rendre compte, de ne pas « *le sentir* ».

L'échographie réalisée lors de la visite de contrôle à 15 jours apparaît alors comme un temps fort dans la réassurance des femmes. Elle permet en effet de s'assurer de la bonne place du dispositif et de le visualiser dans l'utérus. Elle signe la fin de la période de suites post-interventionnelles et donne le feu vert à un nouveau départ contraceptif :

« Bérénice : je me suis dit : c'est bon il est là, et ça m'a rassurée, je pense, de le visualiser, même si je savais qu'il était là parce que j'avais eu des sensations assez particulières au début des règles, je voulais quand même me rassurer, je pense le voir visuellement, ... enfin dans mon ventre quoi, parce que je l'avais vu visuellement avant dans l'emballage... [...] Le fait de le voir sur l'écran avec un gynéco qui me disait : il est bien là, j'ai été deux fois plus rassurée, enfin, complètement rassurée. »

La plupart des participantes évoquent cette échographie, et de manière générale la consultation de contrôle, comme un moment important les ayant complètement rassurées. L'éventualité d'un déplacement est alors acceptée comme possible mais rare, et les craintes sont relativisées.

3.2.4 Le rapport à l'intime

Une autre réaction possible à la pose d'un DIU est un sentiment d'intrusion. En effet ce geste touche à l'intimité, ce qui peut être mal vécu, certaines femmes se décrivant comme *« pudiques »*. D'autres mettent ce sentiment en rapport avec leur passé gynécologique. Florence, suite à des colposcopies répétées, exprime sa réticence à l'idée *« qu'on la trifouille, qu'on lui mette quelque chose »*. Ghada reste marquée par un accouchement douloureux aux forceps :

« Ghada : pour que je laisse quelqu'un me toucher à nouveau et poser quelque chose, c'était, c'était inimaginable pour moi. »

Le geste d'insertion dans l'utérus du DIU est souvent anxiogène. Il peut ainsi être perçu au premier abord comme une agression. Pour Joanna, cette appréhension a même joué dans le choix du type d'anesthésie lors de l'intervention. En effet la perspective de subir cette insertion dans un état inconscient n'étant psychologiquement pas supportable, elle a préféré opter pour une anesthésie locale. On peut supposer que l'état conscient lui a permis de garder un certain degré de *« contrôle »* sur les événements, et de rester acteur et non de subir cette *« pénétration »* :

« Joanna : en fait au début je voulais faire une anesthésie générale, et puis quand j'ai pris la décision de mettre le stérilet j'ai dit non je vais faire locale. [...] J'aimerais bien quand-même voir comment ça se passe. [...] En fait je m'ima-, je me voyais pas dormir et qu'on m'enfonce un truc sans que je...»

Ces impressions ne se sont heureusement pas vérifiées lors de la pose effective qui est finalement très bien vécue :

« Joanna : moi j'attendais à un gros truc en fait, où on le sent bien rentrer [mime le geste] [...] qu'on enfonçait vraiment jusqu'au fond, que...[rire]. Donc c'est vrai que c'est pas évident, et puis en fait j'ai été très surprise de voir que c'est très facile et que ça va très vite, quoi. »

La pose au décours d'une IVG présente alors l'intérêt de tout faire en une fois, d'éviter « *de retourner chez le gynéco et [...] de se redéshabiller* ». La plupart des participantes a trouvé cela « *très bien* ».

Une autre difficulté que les femmes peuvent parfois rencontrer est la présence des fils du DIU dans le fond du vagin. Cela ne pose en général pas de problème particulier, mais il faut savoir que la notice de plusieurs DIU conseille aux femmes de vérifier à l'aide de deux doigts insérés dans le vagin la présence des fils, ce qui traduit sa présence dans une bonne position, et ce après chaque période de règles [43]. Cette mention sur la notice a « *perturbé* » plusieurs des femmes interrogées dans l'étude qui ne se « *voyaient pas du tout faire ça* ».

En pratique, les professionnels ne recommandent pas cette pratique, et ont d'ailleurs pu rassurer leurs patientes à ce sujet lors de la consultation de contrôle.

Cette réticence fait écho à celle rencontrée par exemple avec le diaphragme, qui a rebuté une des participantes pour cette même raison. En effet il existe encore une sorte de « *tabou* » des organes génitaux féminin, et certaines femmes sont particulièrement mal à l'aise avec l'idée de toucher leur propre corps. Héloïse déclare ainsi qu'elle ne « *se sentait pas de se lancer* ».

3.3 Le cycles et les règles

3.3.1 L'influence de la contraception sur le cycle

Un des effets secondaires notables de tout moyen de contraception est la modification du cycle menstruel et des règles. Si sous pilule oestro-progestative cette modification est mineure, il n'en est pas de même sous DIU au cuivre, qui peut entraîner une augmentation du volume des règles.

Certaines femmes de l'étude ont même avoué redouter des « *hémorragies* » et choisi le DIU hormonal (Mirena®) pour cette raison. En effet ce dernier, à cause des progestatifs qu'il contient, peut diminuer fortement le volume et la régularité des règles, voire même parfois les supprimer. Les femmes opposent ainsi les deux types de dispositifs, celui « *où on n'a plus de règles* » et celui « *où on en a* ». L'influence du DIU sur le cycle devient ainsi un critère de choix pour certaines femmes, selon le souhait de « *les avoir* » ou non et Claire pense d'ailleurs que « *c'est un argument pour beaucoup* ».

Les perturbations du cycle sous contraception peuvent revêtir une importance particulière pour certaines, parfois au point de motiver un changement de méthode, comme pour Claire qui par le passé a fait retirer son implant parce qu'elle ne supportait pas de ne plus avoir ses règles. Issa se sent d'ailleurs frustrée de ne pas avoir « *eu l'occasion de savoir* » comment son « *corps aurait pu réagir avec le stérilet* », celui-ci ayant été retiré avant l'arrivée de ses règles.

Dans tous les cas, les premières règles sous DIU sont attendues avec inquiétude, et les femmes confessent avoir été dans un premier temps déstabilisées par leur nouveau cycle. Elles rapportent des règles « *un peu différentes d'avant* », souvent plus abondantes, irrégulières ou plus longues, « *un peu perturbantes [...] surtout la première fois* ». En termes de douleur, certaines présentent des règles effectivement plus marquées qu'auparavant. Florence qualifie cette douleur de « *différente* », qu'elle « *sent mieux* » mais sans que cela ne la « *dérange* ». Elle reconnaît tout de même avoir du prendre un antalgique parce qu'elle avait « *très très mal au ventre* ».

Un point intéressant soulevé par deux des femmes de l'étude est l'influence que peut représenter la prise d'une contraception oestro-progestative prolongée sur la vision de leur cycle. En effet, la pilule étant la contraception la plus répandue en France, et les femmes la prenant parfois depuis l'adolescence, il n'est pas rare que certaines oublient comment se passent leurs règles en cycle naturel, qu'elles n'ont pas eues depuis longtemps. Les règles sous pilule appelées « *hémorragies de privation* », en général d'abondance plus faible, deviennent alors la norme dans l'esprit des femmes. Les règles sous DIU au cuivre peuvent ainsi leur apparaître abondantes et douloureuses en comparaison :

« *Diane : j'avais oublié que ça faisait mal au ventre en fait d'avoir ses règles (petit rire),[...] ça fait huit ans que j'étais sous pilule donc... [...] enfin, cela dit c'est mes règles sous pilule qu'étaient pas des vraies règles* »

et c'est quand j'ai arrêté ma pilule que c'était mes vraies règles»

Si certaines se sentent « *dérangées un petit peu quand même* », la plupart des femmes semble toutefois relativement bien accepter ces modifications temporaires ou définitives de leur cycle. Deux d'entre elles ont même constaté une amélioration des symptômes pré-menstruels tels que migraines, tension mammaire, ou douleurs abdominales.

3.3.2 Interruption volontaire de grossesse et DIU

Après une IVG, il est normal de présenter des saignements durant les jours qui suivent l'intervention, de même qu'après la pose d'un DIU. Le fait de réaliser les deux actes en même temps, ou dans un laps de temps court dans le cas de la méthode médicamenteuse, expose donc aux conséquences à la fois de l'un et de l'autre.

Les femmes rapportent la difficulté de ne pouvoir faire la distinction claire entre les deux événements, ce qui est source de questionnement :

« Héloïse : j'ai ces glaires, qui continuent, et je ne sais pas si c'est encore du rejet de l'IVG ou si c'est normal avec le stérilet. Donc j'attends de voir sur le temps vraiment, comment les choses se passent. »

Les participantes décrivent une période « *d'adaptation* » dans les suites de l'intervention, avant le retour de leur cycle « *normal* », au cours de laquelle surviennent des pertes parfois importantes. Ces pertes, bien qu'attendues, peuvent toutefois soulever des interrogations de par leur abondance ou leur durée prolongée. Ainsi, certaines femmes ont un moment craint une « *infection* », ou un « *problème avec le stérilet* ».

Un autre questionnement récurrent est de savoir s'il s'agit de perturbations temporaires ou d'une modification permanente du cycle :

« Bérénice : ce qui va peut-être un peu me déranger c'est que je sais pas combien de temps, parce qu'apparemment il y a quand même une période de... je sais pas si c'est de l'adaptation, mais en tout cas il y a un laps de temps pour que les règles soient régulières, et voilà je me dit juste, combien de temps ça va durer...[...] je suis un peu réservée, j'attends de voir un peu comment ça va évoluer... »

Certaines femmes avouent « *ne plus trop savoir où elles en sont* », et essayent de s'y retrouver grâce aux dates supposées de leur règles.

De même pour Diane, qui n'ayant pas encore eu son retour de cycle, se questionne sur la cause de ce retard et s'inquiète :

« Diane : je me suis faite avorter le xx septembre on est le xx octobre j'ai toujours pas eu mes règles donc [...] si ça se trouve c'est juste à cause du stérilet et pas à cause de l'IVG, et puis plus je les attends moins elles arrivent, mais, mais là c'est le seul truc qui me, qui me, ... ça m'angoisse pas mais je, j'aimerais bien qu'elles arrivent. »

Finalement elle résume en une phrase toute la complexité de sa situation: *« entre l'arrêt de la pilule, le stérilet et l'IVG, ça fait beaucoup de facteurs à prendre en compte. »*

3.3.3 Le rôle des règles

Si ces modifications du cycle sont si perturbantes pour les femmes, c'est parce que les règles constituent un point de repère important. De façon étonnante la majorité des femmes interrogées dans l'étude ont en effet émis le souhait de conserver un cycle le plus naturel possible, et ont donc choisi le DIU au cuivre. Cela va à l'encontre de l'idée assez répandue que la plupart des femmes considèrent les règles comme un poids dont elles rêvent de s'affranchir.

Les femmes ont expliqué ce souhait de plusieurs façons. Certaines pensent que *« c'est important en tant que femme d'avoir ce petit repère, on a des règles on est une femme »*. D'autres expriment le désir de ne pas interférer avec le déroulé normal de leur cycle, dans un souci de ne pas *« tout bloquer »*. Les règles sont alors perçues comme *« une action naturelle »* qui doit le rester :

« Evelyne : en fait, ça me perturbait de plus avoir mes règles, [...] je sais pas c'est une conception peut-être un petit peu philosophique, j'aime bien, même si c'est pas forcément très agréable, j'aime bien savoir que j'ai un cycle et que j'ai des règles. [...] Moi j'ai toujours eu du mal avec la pilule, parce que pour moi ça bloque le cycle, voilà. »

Pour Diane, le retour de son cycle correspondrait à la clôture d'un épisode difficile, et au retour à la normale. De plus, l'aménorrhée prend pour elle un sens particulier : elle l'interprète comme le

signe d'une stérilité potentielle qu'elle redoute, le retour des règles signifiant alors le retour de la fertilité :

« Diane : je sais que c'est pas très très objectif et parce que je me dit que, voilà, je me suis faite avorter, donc ben si ça se trouve après je pourrai plus en avoir, et donc là le fait que j'ai pas mes règles ça me stresse parce que tant que je les ai pas c'est pas encore vraiment... c'est pas encore vraiment passé quoi. »

Mais pour la majorité des femmes interrogées le rôle principal des règles reste avant tout pratique. Elles représentent la garantie chaque mois de ne pas être enceinte : en effet dans la plupart des cas c'est le retard de règles qui reste le premier signe d'alerte en cas de grossesse, sauf sous contraception par pilule où les règles peuvent persister les premiers mois. Sans règles, alors comment « *savoir* » que l'on est enceinte ?

C'est donc de manière assez unanime que les participantes à l'étude ont exprimé le désir, voir le « *besoin* » de conserver ce moyen de réassurance, du moins dans un premier temps :

« Florence : j'aurais pas pu, de pas avoir mes règles ça m'aurait trop perturbé. J'aurais pas pu [...] c'est pour ça que non, je voulais mes règles (rire), rester avec celui où j'avais mes règles [...] j'avais besoin d'un repère. »

3.4 La santé

3.4.1 Le rejet de la contraception hormonale

Pour une large partie des femmes interrogées lors de cette étude, les effets secondaires de la contraception hormonale sur la santé ont fait partie des critères ayant joué dans la décision d'adopter le DIU comme moyen contraceptif. En effet que ce soit en raison d'effets indésirables vécus par les femmes ou seulement potentiels, l'image de la pilule qui ressort des entretiens est étonnamment négative.

Parmi ceux évoqués, les risques cardio-vasculaires ressortent en majorité : hypertension artérielle, « *problèmes de circulation* », « *migraines* », « *problèmes cardiaques* », « *accidents vasculaires cérébraux* »... au point que le choix du DIU au cuivre s'est fait par défaut chez une des

femmes de l'étude, pour qui les facteurs de risques familiaux étaient « *vraiment très importants* ». L'association pilule-tabac, déconseillée, a également joué dans plusieurs cas, preuve que cette information est désormais bien connue des femmes.

De même, la contre-indication relative au-delà de 35 ans a fait partie des critères de choix pour 2 des 3 femmes de l'étude dans cette tranche d'âge, mais seulement après information par les professionnels de santé. En effet, les femmes concernées ont expliqué qu'elles n'avaient auparavant pas connaissance de cette information.

Une seule des femmes a évoqué redouter de potentiels effets cancérogènes, et ce en raison d'un antécédent de cancer du sein chez sa mère. Elle explique que cette peur la « *travaille très souvent* ».

D'autres effets secondaires sont évoqués au cours des entretiens. Bérénice en particulier a eu à souffrir des effets sur son physique des « *changements successifs et très intensifs* » de plusieurs pilules successives, « *testées* » pour tenter de diminuer ses kystes ovariens, et qui l'ont « *complètement énervée* », le tout sans succès.

D'autres femmes rapportent, pêle-mêle, des « *migraines* », des « *prise de poids* », des « *chutes de cheveux* », des « *infections vaginales* », des « *perturbations du système digestif* », des « *troubles mentaux* ».

Pour l'une d'entre elles ces effets secondaires de la pilule sont directement reliés à la durée de la prise :

« *Ghada : on pensait qu'avec la pilule deux mois, trois mois après, on finit par s'habituer et les effets commencent à s'exténuer, mais finalement c'est le contraire. Plus on prend la pilule plus les effets secondaires se font ressentir.* »

Chez certaines, la peur des effets secondaires peut parfois prendre des proportions très importantes. Ghada nous parle de l'exemple de sa sœur chez qui la phobie du cancer s'exprime par le rejet en bloc de toute contraception, qu'elle soit hormonale ou non.

Une autre cause de refus de la contraception hormonale est l'influence de certains courants de pensée prônant le respect du « *naturel* ». Certaines jeunes femmes interrogées évoquent ainsi une « *génération contre la pilule* », avec comme volonté de « *ne pas mettre d'hormones dans le corps* » :

« Diane : je pense que c'est dommage parce que c'est très culturel en ce moment de revenir sur toutes les avancées qu'il y a eu par rapport à la pilule et caetera, donc maintenant tout le monde dit : oh là là, la pilule c'est, faut pas en prendre. [...] Je pense que c'est motivé par plein d'associations qui sont contre... enfin voilà qui sont contre tout ce genre de choses. »

De même, une autre femme compare la prise de sa pilule à la « sensation de prendre un médicament ».

3.4.2 DIU et santé

Si le DIU cristallise nombre de peurs concernant la douleur, la sensation de corps étranger et les règles, il est en revanche perçu comme un moyen de contraception beaucoup plus sain que la pilule, avec peu de risques sur la santé.

Certaines femmes ont tout de même exprimé quelques craintes à son sujet, la plus fréquente étant la peur des infections.

Quelques-unes m'ont confié craindre une anémie ou une chute de cheveux, conséquence de règles potentiellement « hémorragiques » sous DIU au cuivre.

Enfin Claire redoutait de faire une grossesse extra-utérine, pourtant dix fois moins fréquentes avec le DIU que sans contraception. Elle explique avoir été « traumatisée » par l'expérience d'une de ses amies, qu'elle décrit comme « une sorte de boucherie phénoménale ».

En pratique, les femmes se sont en grande majorité montrées satisfaites quant à l'absence d'effets secondaires depuis la pose de leur DIU.

Certaines ont même pu constater la disparition de troubles, par exemple de migraines cataméniales.

Les seuls effets négatifs au changement de contraception mentionnés par deux des femmes au moment des entretiens étaient l'apparition ou l'aggravation d'une acné. Dans le cas de Diane, elle la relie d'ailleurs plus à l'arrêt de sa pilule fortement antiandrogénique qu'au DIU lui-même.

3.4.3 La contraception et le suivi médical

Une des femmes de l'étude, Ghada, a soulevé le fait intéressant que si la contraception peut être source d'effets secondaires, elle peut également être un moyen de suivi médical. En effet, le suivi

contraceptif imposant des consultations régulières, il est également l'occasion de réaliser un suivi plus global ainsi que des examens de dépistage tels que frottis, palpation mammaire, prise de tension, chez des patientes ne consultant pas régulièrement par ailleurs.

« Ghada : à un moment donné je savais en moi que je devais faire un contrôle. Même si je reprends toute seule la pilule, il faut que je consulte. [...] Et aussi quand on a un moyen de contraception c'est aussi une façon d'avoir un contrôle régulier. »

3.5 La vie de couple

3.5.1 Implication du partenaire dans la contraception et le processus d'IVG

Bien que n'étant pas systématiquement abordée dans tous les entretiens, la question de l'implication du partenaire dans les décisions concernant l'interruption de grossesse et le choix de la contraception est intéressante à étudier. En effet j'ai pu repérer des réactions très différentes en fonction des femmes. Dans certaines situations, l'implication du partenaire dans le processus a joué un rôle fondamental tant dans le soutien psychologique de sa compagne que dans le choix de la contraception elle-même :

« Bérénice : après l'IVG il était beaucoup présent, [...] j'avais senti un enthousiasme de sa part, sur ce que [le médecin] disait, enfin sur ce qu'elle nous a expliqué en fait, j'ai vraiment la sensation qu'il était, qu'il écoutait autant que moi ... alors que c'est pas à lui qu'on l'a mis »

Le choix se fait ainsi à deux, en concertation. Bérénice explique que le fait que son compagnon « s'intéresse à sa future méthode de contraception » l'a « rassurée ».

Dans d'autres cas, le conjoint prend part au choix de la contraception de manière moins évidente. La femme se contente de « lui en parler », l'homme jouant alors un rôle plus consultatif que décisionnel.

En revanche dans certaines situations c'est à la femme seule que revient le choix de la contraception. Par exemple, Annie justifie sa position en expliquant que ce n'est pas « lui qui a la contrainte de prendre une pilule », et pense que le stérilet, « pour un homme ça n'y change pas grand-chose ».

« Annie : c'est mon, ...c'est mon corps, on va dire, hein...je lui ai expliqué un peu comment ça allait être. [...] Oui non des fois faut avoir un peu son avis là-dessus parce que... mais bon de toutes les façons il était pas contre la pose du stérilet. »

Cette notion que la contraception est une « affaire de femmes » transparait également chez Evelyne, qui assume l'entière responsabilité de la grossesse. Elle explique ainsi se sentir « coupable » envers son conjoint d'être tombée enceinte parce qu'elle n'a pas « *su prendre correctement sa pilule* »...

De même en ce qui concerne le choix de l'IVG, le conjoint a pu se voir écarté du processus. L'IVG reste ainsi dans les esprits une affaire de femmes, l'homme ne pouvant comprendre ce que ressent sa compagne :

« Diane : quand je suis vraiment tombée enceinte, lui rien n'avait vraiment changé alors que moi le fait d'être enceinte, c'était difficile [...] en fait il peut pas comprendre... donc on se sent un peu seule parce que, parce que... parce qu'il a rien dans le ventre quoi, donc déjà que c'est difficile, alors que nous on l'a dans le ventre, de réaliser qu'on est enceinte, alors je me dit pour un homme c'est encore plus compliqué. »

Cette mise à l'écart peut toutefois partir d'une bonne intention, Annie par exemple explique qu'elle « *n'avait pas envie de lui faire de peine, [...] qu'il ait de réaction négative par rapport à ça* ».

3.5.2 Contraception et sexualité

Si elle en est indissociable, la contraception peut parfois être vécue comme une contrainte sur la vie sexuelle, notamment les préservatifs, qui sont par exemple perçus par Héloïse comme n'étant pas « *une solution sur le long terme* ».

Une préoccupation récurrente au cours des entretiens était la conséquence de la présence du DIU sur les rapports sexuels. Cette inquiétude concernait essentiellement les fils de nylon attachés à la base du DIU et dépassant du col utérin au fond du vagin. La majorité des femmes ont exprimé la peur que leur partenaire sente ces fils lors des rapports, parfois de façon assez imagée :

« Diane : c'est vrai que c'était un truc qui me stressait que pendant les rapports il le sente, j'avais peur de ça, [...] je me disais ça va lui embrocher le... (rire), je sais que c'est des fils mais moi j'imaginai un, je sais pas

trop ce que j'imagine mais,.. voilà. »

Paradoxalement peu de femmes ont finalement confié avoir peur d'avoir mal elle-même. Une d'entre elles confie ne s'être « *pas lâchée à 100 %* » au premier rapport, dans la crainte de « *sentir quelque chose bouger* ».

Ghada s'est également posée la question de l'influence du DIU sur sa libido, faisant le parallèle avec la pilule avec laquelle elle « *perdait ce désir sexuel* ». Elle explique avoir finalement été soulagée de constater que cette modification de la libido allait « *dans le bon sens* » et affirme finalement qu'« *au contraire, c'est mieux que la pilule* ».

En pratique d'après les femmes, s'il arrive parfois au partenaire de « *sentir qu'il y a quelque chose de pas habituel* », qui « *ressemble à un fil, à un trait* », cela n'altère en rien la qualité des rapports. Au contraire, la majorité des femmes a déclaré constater une amélioration de la qualité de leur vie sexuelle, qu'elles décrivent comme plus « *épanouie* », « *libre* », « *harmonieuse* » et « *confiante* ». Elles l'expliquent par le fait que la contraception par DIU leur apporte un sentiment de sécurité, qui enlève le souci de la grossesse, donc permettant des rapports plus confiants et sans « *angoisses* », donc avec plus de plaisir :

« Claire : au bout d'un moment, c'est vrai, la reprise de la..., ça a pas été simple quoi. Parce que malgré tout j'avais quand même la terreur que ça recommence et puis..., et du coup maintenant que je sais que j'ai mon stérilet je me sens plus soulagée. On peut se détendre, on est plus heureux dans son couple. »

3.6 Vie quotidienne et familiale

3.6.1 La contrainte de la contraception dans la vie quotidienne

La contraception est souvent perçue comme une « *contrainte* » au quotidien, et surtout concernant la pilule : en effet la prise quotidienne et la régularité des horaires sont autant de facteurs de risque d'oublis, et donc de grossesse. Les femmes témoignent de la difficulté à maintenir leur vigilance, le rythme de vie familial et professionnel pouvant venir perturber la régularité indispensable à l'observance de la pilule :

« Florence : pour moi la pilule c'était un vrai souci, par rapport aux enfants, l'organisation [...] [le stérilet] je trouve que c'est vraiment pratique en tout cas. Surtout quand on a des enfants, j'ai un truc en moins à faire dans ma journée. »

En réponse à cette difficulté, les femmes disent avoir eu recours à des stratagèmes tels que « *mettre le réveil* », faire « *une croix dans la main* » ou « *la mettre à côté de l'oreiller pour y penser* ».

Si la pilule est considérée comme contraignante, d'autres moyens de contraception le sont également, notamment les méthodes mécaniques, pour lesquelles l'efficacité impose une utilisation à chaque rapport. Les diaphragmes et les spermicides sont ainsi déconseillés aux femmes par les professionnels de santé car considérés comme « *compliqués* », ou « *pas pratiques* ». Bérénice, qui était intéressée par le diaphragme, en a retenu que c'était « *astreignant* » car imposant « *une activité sexuelle très régulière* », et avoue alors avoir été « *rebutée* ».

Aucune des femmes de l'étude n'a en revanche mentionné les contraintes des méthodes naturelles telles que le calcul des dates ou la technique du retrait.

3.6.2 La praticité du DIU

Les femmes de l'étude ont toutes été unanimes sur la praticité au quotidien du DIU. Son efficacité ne dépendant pas d'une action quelconque de la femme ou du couple, il peut être « *oublié* » pour que chacun « *vive sa vie le plus normalement du monde* ». Il est ainsi associé au « *confort* » et à la « *liberté* ».

Sa durée de vie est également très appréciée par les femmes, qui peuvent ainsi être « *tranquilles* » :

« Héloïse : donc c'est vrai que le stérilet c'est aussi la facilité puisque a priori pour trois à cinq ans j'ai rien à faire. (petit rire) »

3.7 Le vécu psychologique

3.7.1 Le vécu de l'IVG

Globalement les femmes interrogées lors de l'étude déclarent avoir plutôt bien vécu la procédure d'IVG, une des participantes la qualifiant de « *soulagement* ». Une autre, après avoir exprimé les difficultés qu'elle a ressenties, affirme qu'elle n' « *en est pas morte* ».

Ces difficultés semblent surtout présentes les premiers temps après l'IVG, l'une des femmes parlant de « *besoin d'un peu de temps pour intégrer tout* ». Une autre parle d'un « *petit coup de blues* » un mois après l'IVG, mais avoir tout de même refusé le soutien psychologique proposé au centre car considérant sa réaction comme « normale ».

L'attitude bienveillante de l'équipe soignante et des mécanismes de défense personnels ont pu aider à supporter plus facilement la charge émotionnelle de cet acte. Par exemple Annie, qui a opté pour la méthode médicamenteuse, essaie de rationaliser en qualifiant l'œuf de « *cellule* », et parle de « *débris* » et de « *restes* » en évoquant l'évacuation incomplète de sa grossesse. D'autres ont pu favoriser l'anesthésie générale pour n'avoir « *aucun souvenir* », et ne « *pas voir* » l'intervention.

Au contraire l'une d'entre elles a justement opté pour une anesthésie locale pour « *savoir qu'on le lui faisait* ». Bien qu'étant dans les délais pour la méthode médicamenteuse, elle ne l'a pas choisie, la qualifiant de « *glauque* » et la comparant à une « *fausse couche* ». Elle explique qu'elle avait besoin « *que ça soit médicalisé et pris en charge* », et ajoute :

« *Diane : et puis le médicament, c'est, ... je sais pas j'ai l'impression que c'est comme si on était malade, et [...] ça symbolisait moins une fin en soi. [...] Même si c'est un choix difficile, moi je me faisais avorter, donc pour moi ma représentation de l'avortement c'était par aspiration. »*

Dans cette même optique de déléguer à l'équipe soignante une partie de la charge de l'acte, Evelyne a apprécié le fait de ne pas avoir eu à choisir d'interrompre sa grossesse ou non, l'embryon n'étant finalement pas viable. Cette réaction fait écho à la culpabilité parfois importante d'avoir interrompu leur grossesse qui transparaît dans les propos de plusieurs femmes, décision qu'elles qualifient unanimement de « *difficile* ».

En effet, il est important de souligner que même si la plupart des femmes de l'étude semblent avoir globalement bien vécu la procédure d'IVG, elles sont toutefois loin de la considérer comme un « *acte anodin* », la majorité exprimant le souhait de « *surtout ne plus le revivre* ».

3.7.2 Le vécu de la pose du DIU couplée à l'IVG

Le fait que la pose du DIU ait lieu dans les suites immédiates ou proches de l'interruption de grossesse a plutôt été vécu comme un avantage par la plupart des femmes interrogées, même si l'une d'entre elles a avoué avoir ressenti des difficultés à gérer les différents événements à la fois:

« Bérénice : ce que j'ai appréhendé en fait c'est que je suis passée de cinq ans sans contraception, aucune, à..., à du coup avoir une grossesse, gérer une grossesse, l'arrêter, et en plus reprendre une méthode de contraception, donc du coup oui, ça a été difficile, enfin, les trois choses mélangées ont été difficiles. »

De même, Issa trouve « *dommage* » que son DIU ait été posé à la fin de l'intervention, et qu'elle ne « *le referait pas comme ça* ». Elle pense d'ailleurs qu'il s'agit de la cause du déplacement de son DIU. Elle n'exclut pas de s'en faire reposer un par la suite, mais explique ne pas se sentir encore prête pour affronter ses angoisses, la pose du DIU ayant déjà été « *un grand pas psychologiquement* » pour elle.

La majorité des participantes a toutefois estimé que c'était « *une bonne idée* », qu'il « *valait mieux le faire tout de suite que d'attendre* » et ainsi pouvoir « *repartir tranquille* ». Plusieurs soulignent le fait que les événements « *s'enchaînent* » de manière très rapide, et ainsi ne leur ont pas laissé le temps de « *se poser des questions* ». Pour Héloïse, cette intervention était même la condition sine qua non pour qu'elle accepte de surpasser sa peur de la douleur de la pose et qu'elle soit « *rassurée* » :

« Héloïse : je suis pas sûre que je me serais fait poser un stérilet si je n'avais pas eu une obligation de me faire opérer, du fait de l'IVG. Je pense que l'opération reste un blocage, là je devais y passer donc en quelque sorte je me suis dit bon, autant faire les deux, mais sinon j'aurais réfléchi pas mal. »

Pour plusieurs, c'est la perspective d'une interruption de grossesse qui a fait passer au second plan les appréhensions liées à la pose de DIU. Diane avoue avoir été « *plus obnubilée par l'IVG que par le stérilet* » qu'elle considère être « *un moyen de contraception comme un autre* ». Ghada, elle, pense que la pose de son DIU l'aurait plus préoccupée si les circonstances avaient été autres, par exemple après une grossesse désirée se terminant par une fausse couche, mais que l'IVG étant d'une « *très grande nécessité* » pour elle, le DIU était même un « *besoin* ».

3.7.3 Le vécu du DIU

Malgré toutes les appréhensions dont il faisait l'objet avant la pose, la pose et l'adoption du DIU sont de manière unanime très bien vécus par les femmes interrogées au cours de cette étude. Mis à part les petits inconvénients concernant les saignements parfois erratiques, il est psychologiquement très bien accepté même par celles qui y opposaient le plus de réticences : à la question « comment vous sentez-vous à l'heure actuelle ? », Joanna répond spontanément :

« *Joanna : bien, très bien. Très très bien. Très très bien, rassurée, pas angoissée, libre ! Enfin je dirais, tranquille.* »

D'autres déclarent qu'elles ne s' « *attendaient pas* » à ce résultat. Étonnement même Issa, qui pourtant s'est trouvée dans le cas peu fréquent de déplacement après la pose, juge que le DIU « *reste un très bon moyen de contraception* » qu'elle « *peut quand-même facilement conseiller* » et qu'elle envisagera peut-être de nouveau à l'avenir.

3.8 Le parcours contraceptif

3.8.1 Un parcours non linéaire

A la lecture des entretiens, on s'aperçoit que les participantes, loin d'utiliser une unique méthode contraceptive tout au long de leur vie de femme, ont au contraire un parcours complexe. Plusieurs éléments de vie peuvent influencer ce parcours.

En premier lieu, la vie gynécologique d'une femme est rythmée par les grossesses, pendant

lesquelles, par définition, la contraception est interrompue. Dans la période du post-partum, l'allaitement peut influencer le choix d'utiliser ou non certaines méthodes, notamment hormonales, et parfois retarder la reprise d'une contraception efficace. Dans d'autres situations, ce sont les changements des habitudes de vie accompagnant la naissance d'un enfant, le déménagement, la reprise du travail, le manque de temps, qui viennent perturber le suivi contraceptif, comme chez Evelyne :

« Evelyne : quand j'ai eu la dernière visite chez ma gynéco après la naissance, en fait [...] elle m'a dit on reparlera de la question du stérilet après quand vous reviendrez me voir, et puis bon après j'ai déménagé donc je suis pas allée la voir. »

De même, les changements de partenaire sont autant de causes d'arrêt de la contraception. En effet, au cours de leur vie féconde les femmes sont confrontées à des ruptures, suites auxquelles la contraception est souvent interrompue, puis à des nouvelles relations :

« Joanna : je suis restée très longtemps toute seule avant de rencontrer mon ami, je prenais même pas la pilule du tout, hein, pendant ces années là, je l'ai reprise que quand j'ai rencontré mon ami. »

Comme expliqué précédemment, les effets secondaires d'une méthode contraceptive peuvent également être responsables de l'arrêt de la contraception, parfois de manière prolongée, comme chez Bérénice qui est restée cinq ans sans contraception.

L'une des femmes interrogées met aussi en avant le prix de certaines pilules non remboursées, notamment micro-progestatives, pouvant motiver leur abandon.

Enfin dans le cas d'une participante, c'est le retrait du marché de sa pilule Diane 35 pour des raisons de pharmacovigilance, dans des circonstances qu'elle a trouvées « *aberrantes* », qui a motivé son arrêt et son souhait de se faire poser un DIU.

3.8.2 Un parcours standardisé

Le panel de femmes interrogées au cours de cette étude illustre bien le manque d'évolution dans la conception française de la contraception.

En effet, la plupart ont adhéré au modèle classique selon lequel les préservatifs puis la pilule sont

les moyens de prédilection chez la jeune femme nullipare, le DIU s'adressant plutôt à celles « *qui ont déjà plus de trente ans* » et ayant « *déjà eu des enfants* ». Une des participantes relève le manque de « *glamour* » du DIU, qu'elle qualifie de « *moyen de contraception de nos mères et de nos grand-mères* » !

Plus grave, si quelques-unes savent qu'il s'agit d'une information erronée, la plupart des femmes pensent qu'avoir des enfants est une condition indispensable pour « *prétendre* » au DIU. Cette croyance a été largement abordée au cours des entretiens.

Concernant la ligature tubaire, elle est encore souvent déconseillée aux femmes qui la demandent en raison de son caractère définitif, comme pour Joanna qui, considérée comme trop « *jeune* » (43 ans), se voit répondre que ce serait « *dommage* ».

Si la plupart des femmes de l'étude n'ont expérimenté que « *la pilule et les préservatifs* », certaines parmi les plus jeunes se sont toutefois écartées de ce parcours standard. L'une d'entre elles a essayé l'implant, et deux envisageaient déjà le DIU avant la survenue de la grossesse. En revanche, j'ai constaté que les méthodes naturelles étaient encore couramment pratiquées, deux des femmes m'ayant dit avoir utilisé le calcul des dates pour l'une et le retrait pour l'autre.

3.8.3 L'information sur la contraception

Dans l'ensemble, les participantes à l'étude regrettent le manque d'information à propos des DIU. En effet, si toutes avaient déjà entendu parler du DIU au cuivre, la plupart n'avaient jamais reçu d'explications concernant son utilisation ou ses effets secondaires. Les femmes expriment le fait que malgré qu'elles aient « *toujours su que ça existait* », elles ne s'étaient « *jamais posées la question* ». Par ailleurs, le Mirena®, lui, est encore largement méconnu des femmes. En effet si quelques-unes en avaient connaissance, beaucoup n'ont découvert cette possibilité qu'au centre d'orthogénie. Par exemple Ghada, d'origine algérienne, n'avait jamais entendu parler ni du DIU hormonal ni de l'implant.

Plusieurs participantes ont expliqué que, ne connaissant pas d'utilisatrices de DIU dans leur entourage, et les médias ne relayant pas forcément d'informations à son sujet, elles n'y ont tout simplement pas pensé :

« Joanna : et puis c'est vrai que j'en entendais pas forcément tous les jours parler. Moi j'ai beaucoup dans mon entourage, mes amies sont encore sur la pilule quoi. [...] Autant la pilule on en entend parler, autant le stérilet ...»

Ce manque d'information a pour effet de conforter les femmes dans leurs craintes et leurs représentations parfois erronées du DIU. Par exemple Issa se demande si les « rumeurs » et « on-dits » concernant la fertilité sont responsables du fait qu'elle « ne connaît pas beaucoup de femmes qui se sont fait poser un stérilet » dans son entourage.

On se rend compte à la lecture des entretiens que l'éducation à la contraception est en majorité apportée par les professionnels de santé. Il apparaît que la plupart des femmes n'ont pas le réflexe d'aller chercher sur internet ou dans les médias des informations sur leur contraception. En effet, les participantes ont avoué se reposer essentiellement sur les consultations de suivi pour leur apporter les données adéquates.

Les alternatives au suivi gynécologique classique ont en effet tendance à rester accessoires dans le choix de la contraception. Si quelques-unes des femmes interrogées ont intégré les nouveaux moyens de communication dans une démarche personnelle pour adapter leur contraception à leurs besoins, ces informations servent plutôt à compléter celles déjà apportées par les professionnels, pour « orienter beaucoup plus le choix ». Une des femmes interrogées a déclaré ne pas vouloir se fier aux « prospectus » ou à internet pour la gestion de sa santé, et préférer les témoignages d'autres femmes ou de professionnels de santé pour lui apporter une information « correcte » et « adéquate à sa situation. »

Ainsi, la majorité des femmes reste encore très dépendante du suivi gynécologique classique pour le choix de leur contraception, oubliant les alternatives qui s'offrent à elles.

3.9 Les rapports avec le système de soins

3.9.1 Le dialogue et l'écoute

Il ressort des entretiens que la qualité principale appréciées par les femmes au cours du processus d'IVG est l'écoute dont ont fait preuve les professionnels de santé. Elles ont particulièrement apprécié que les équipes soignantes aient pris soin d'adapter la prise en charge à

leur situation personnelle, de n'être pas « *juste un numéro* ».

Cet accueil bienveillant, ce « *sourire* » et cette disponibilité ont eu pour effet de rassurer les femmes qui ont ainsi vécu l'intervention de manière plus sereine, et leur ont permis de dépasser leurs peurs vis-à-vis de l'IVG et du DIU.

De même, il ressort des entretiens que le dialogue instauré par l'équipe de soins lors du « *counseling* » a dans la plupart des cas favorisé une plus grande implication de la femme dans le choix de sa future contraception.

Les femmes accordent une attention particulière au fait de n'avoir pas été jugées par les professionnels qui les ont prises en charge au centre d'IVG. La compréhension de l'équipe à leur égard ne les a pas confortées dans le sentiment de culpabilité qu'elles ont parfois confié ressentir :

« *Annie : je n'ai pas été jugée non plus c'est ça qui est important, on m'a pas dit « pourquoi vous faites ça c'est pas bien », non. »*

3.9.2 Une relation de confiance

Nous l'avons vu précédemment, les femmes privilégient les professionnels de santé pour les conseiller en matière de contraception. Mais au-delà du conseil, ceux-ci ont également une grande influence sur le choix de la méthode adoptée.

En effet, il ressort largement des entretiens que les femmes établissent une relation de confiance avec les médecins et les équipes soignantes en général. Lors de la découverte de leur grossesse par exemple, une grande partie s'est adressée en premier à son médecin traitant, parfois appelé « *médecin de famille* », et qui a donc encore aujourd'hui toute sa place dans leur vie.

De même au centre d'orthogénie les participantes ont pour la plupart exprimé leur « *totale confiance* » en l'équipe soignante les ayant prises en charge. Cette « *mise en confiance* » a d'ailleurs joué dans le bon déroulement du processus d'IVG et parfois déclenché la décision de faire poser un DIU. Plusieurs insistent même sur l'importance de bien « *se faire conseiller par leur gynéco* » avant de choisir ce moyen contraceptif.

Dans de nombreux cas, on se rend compte dans la manière dont s'expriment les femmes que l'influence du médecin a été plus importante qu'un simple conseil. En effet, à la lecture des entretiens il est fréquent de retrouver des expressions du type : « *il m'avait donné* », « *on m'a*

changé de pilule », « *ils me donnaient la pilule* », « *on me la prescrivait* », qui laissent à penser que le souhait de la femme n'a pas été le critère principal dans le choix de la contraception... Parfois cette influence est plus clairement exprimée :

« *Evelyne : ils m'ont proposé tout de suite le stérilet, ils m'ont pas parlé d'implant, donc... Ils m'ont dit nous on aime bien les stérilets, donc on propose un stérilet, donc j'ai dit bon bah on part pour un stérilet. Voilà.* »

Cet ascendant des professionnels est parfois recherché par les patientes elles-mêmes, l'assentiment du médecin venant conforter la décision. Une des femmes s'est même avouée déçue qu'on ne lui dise pas si le DIU était « *fait pour elle* ».

Plusieurs entretiens donnent l'impression que les femmes préfèrent dans certains cas déléguer des décisions importantes aux professionnels de santé, et « *s'en remettre entièrement entre les mains des médecins* ».

Un dernier paramètre ressortant des entretiens est le rapport hiérarchique qui persiste entre les femmes et les médecins. Plusieurs femmes ont en effet confié n'avoir « *pas oser demander* » ou poser de questions à propos d'interrogations qu'elles avaient, de peur d'« *ennuyer le docteur* » ou de paraître « *ridicule* ». Ce rapport hiérarchique peut aussi être l'expression d'une confiance totale des femmes envers les équipes soignantes. L'une d'entre elles, craignant la pose du DIU juste après son IVG, explique pourquoi l'avoir finalement acceptée par cette phrase :

« *Diane : je suis une bonne patiente, moi, j'ai confiance en les médecins donc... voilà. (rire)* »

Mais si les femmes apprécient parfois de déléguer certaines responsabilités aux médecins, plusieurs d'entre elles ont exprimé leur sentiment d'exaspération vis-à-vis du comportement paternaliste de certains professionnels, avec parfois comme réaction une appréhension à consulter ou un refus de suivi gynécologique.

3.9.3 La critique du système

Si les femmes ont apprécié de manière unanime l'accueil qui leur a été réservé au centre d'orthogénie, certaines se montrent en revanche assez critiques envers le système de soins, notamment en ce qui concerne leur parcours jusqu'à l'IVG (avant l'accès au centre).

En effet, quelques-unes se sont heurtées parfois à l'incompétence, parfois au manque d'empathie voire au jugement très critique de leur médecin de ville auquel elles s'étaient adressées, et ont dû faire appel à d'autres moyens pour se renseigner. Elles expriment le sentiment d'avoir été laissées à elles-mêmes, et parlent de la difficulté d'obtenir des informations fiables, notamment sur internet. L'une d'entre elles dit avoir été « *complètement paniquée* » après avoir consulté certains sites anti-IVG, dont elle s'est rendue compte ultérieurement qu'ils étaient connus pour relayer de fausses informations, et explique qu'elle ne savait plus à qui se fier. Elle en conclut que l'IVG est « *juste tolérée* » et qualifie de « *lamentable* » l'attitude de certains professionnels de santé à l'égard des patientes souhaitant interrompre leur grossesse. C'est avec émotion qu'elle se confie finalement :

« Bérénice : je savais que l'IVG c'était pas forcément une tâche facile non plus, mais j'étais loin de m'imaginer que c'était, enfin que c'était autant le parcours du combattant quoi. Vraiment. (pause) »

Certaines participantes regrettent également l'inertie dont font preuve certains professionnels de santé. Une des femmes va jusqu'à condamner le manque de mise à jour des connaissances de son médecin de famille n'ayant pas su la renseigner, qu'elle qualifie de « *vieux médecin généraliste qui faisait que ses consultations de rhume et de machin et qui s'intéressait pas du tout à ce qui se passait dans l'univers médical* » !

D'autres dénoncent le manque d'échanges, et notamment de réévaluation de la contraception au cours du suivi gynécologique de routine :

« Florence : on est jeune, on vous parle de la contraception, très bien il y a la pilule, super, et puis après on continue notre vie, on fait des enfants, et derrière il y a pas de suivi. [...] J'ai plus l'impression que mon gynéco il me reçoit, il me fait mon contrôle, et c'est tout. Il n'y a pas de suivi réel sur les patients [...] c'est dommage. »

Evelyne exprime par exemple son regret de n'avoir pas pu formuler ses « *craintes et ses interrogations* » à propos du DIU avec sa gynécologue.

Il semble que trop souvent la prescription de la contraception réponde à un automatisme, sans réelle concertation ni adaptation au besoin de la femme. L'une des participantes souligne que certaines femmes ont pris « *l'habitude avec leur marque de pilule* » de la faire renouveler à chaque fois sans se poser de questions. Une autre résume bien cette habitude de la pilule en France :

« Florence : pour moi c'était la pilule basta. [...] T'es une femme tu prends la pilule. »

Même après une IVG, en principe moment de prédilection pour réévaluer la situation contraceptive d'une femme, la méthode utilisée n'est parfois pas remise en question. Florence se souvient qu'après son IVG médicamenteuse réalisée entre ses deux grossesses, elle s'est vue à nouveau prescrire la pilule. Elle trouve a posteriori « *dommage* » que la possibilité d'un DIU n'ait pas été proposée par son gynécologue.

Pour Joanna, ce manque de réévaluation régulier de la contraception réside dans le fait que les femmes se sentant satisfaites de leur méthode n'éprouvent pas le besoin d'essayer un autre moyen, qui pourtant pourrait parfois mieux leur convenir :

« Joanna : quand on a déjà une contraception, on a peut-être pas forcément envie d'aller voir ailleurs, enfin de connaître autre chose. Parce que je pense que le stérilet ça fait des années que ça existe,[...] moi j'étais bien dans ma contraception, tout allait bien, voilà, et c'est vrai qu'en fait c'est peut-être mieux que la pilule. »

Une femme propose ainsi de renforcer l'information sur la contraception réalisée dans les maternités en suites de couches, en particulier en cas de grossesse accidentelle. Une autre propose de former plus spécifiquement au conseil les pharmaciens d'officine amenés à délivrer la contraception aux femmes.

3.10 La Grossesse Non Prévues (GNP)

3.10.1 Perception du risque de grossesse

Une des questions de la grille d'entretiens portait sur la conscience ou non du risque de tomber enceinte au moment de la survenue de la GNP. En analysant les réponses des femmes, on se rend compte que si certaines avaient parfaitement conscience du risque de grossesse qu'elles ont pris pour des raisons qui leur sont propres, beaucoup en avaient en fait une perception erronée.

On retrouve au cours des entretiens plusieurs raisons pouvant expliquer ce phénomène, parfois associées.

Tout d'abord, une surestimation de l'efficacité de certaines méthodes contraceptives a pu être en cause dans la survenue de la grossesse. Ainsi, la moitié des femmes interrogées sont tombées enceintes suite à un oubli de pilule. Certaines d'entre elles avaient malgré tout conscience du risque de grossesse, mais n'ont pas utilisé de contraception d'urgence (ou « pilule du lendemain »). Je n'en ai pas exploré la raison lors des entretiens.

Pour une autre participante, c'est l'efficacité du préservatif qui a été surestimée. Elle raconte qu'elle et son conjoint en ont utilisé pour les protéger durant une période d'interruption de la pilule, et qu'elle n'« *aurait jamais pensé* » tomber enceinte.

Enfin, deux des participantes ont compté sur l'efficacité des méthodes naturelles, le retrait pour l'une, qui pense a posteriori avoir été « *naïve* » de s'être crue protégée, et la méthode des dates (ou « Ogino ») pour l'autre.

Ensuite, une sous-estimation du risque de grossesse de manière générale a pu rentrer en cause, par exemple en cas de rapports peu fréquents. Chez certaines, on retrouve l'existence de « pensées magiques » leur conférant un sentiment d'invulnérabilité, d'être « *intouchable* », que cela n'arrive qu'aux « *autres* ». S'y ajoute chez Diane une conception encore « adolescente » de sa propre fertilité qu'elle exprime avec une touche de naïveté :

« Diane : ma première réflexion c'est que je me suis dit : mais donc c'est pas un mythe c'est vraiment comme ça qu'on fait les bébés...[...] alors que pourtant ça paraît évident que d'avoir des relations sans avoir aucun moyen de contraception, à l'âge qu'on a, ça fait qu'on tombe enceinte. »

Chez certaines, d'autres facteurs ont joué dans la perception erronée du risque de grossesse, comme chez Claire à qui son endocrinologue avait « *répété vingt-cinq fois qu'elle ne pouvait pas tomber enceinte en étant en hypothyroïdie* ». Elle précise toutefois qu'elle gardait à l'esprit ce risque de grossesse, oubliant sa pilule régulièrement. Elle explique finalement :

« Claire : je me suis dit bon, je prends quand même la pilule, même si je l'ai oubliée une fois ou deux, j'ai mon hypothyroïdie qui me protège de la grossesse. »

Enfin chez quelques-unes, c'est la négation de leur fertilité qui a été la cause de la grossesse. Par exemple Issa, qui se trouvait en situation d'infertilité avec son ancien conjoint, prenait « *quand-même la pilule par précaution* », mais ne s'est logiquement « *pas inquiétée* » quand elle l'a oubliée

pensant que « *ça n'allait pas arriver* ». Dans le cas de Diane, qui est tombée enceinte juste avant de se faire poser son DIU, c'est le risque de grossesse après l'arrêt d'une pilule qui a été mal estimé :

« Diane : la pilule a mauvaise réputation quand même hein [...] je me disais que j'avais pris la pilule pendant tellement longtemps que... [...] je me suis dit bon j'arrête un peu les hormones, et puis comme ça quand je voudrai un bébé ça ira plus vite et puis ben bon au final... au final... du coup voilà... [...] je me suis dit que ça mettrait du temps, on a été un peu optimistes quoi. »

Cette croyance selon laquelle la fertilité met plusieurs cycles à revenir à son niveau normal après l'arrêt d'une contraception hormonale, particulièrement avec les « *pilules lourdes* » fortement dosées, a été exprimée par plusieurs femmes dans l'étude. Diane craignait même un effet irréversible sur sa capacité à concevoir, sentiment conforté par l'absence de grossesse en sept ans de relation malgré des oublis de pilule répétés.

Quand à Bérénice, elle était tellement convaincue d'être stérile qu'elle est restée cinq ans sans utiliser de contraception. Elle explique ce sentiment par le parallèle qu'elle a fait avec la situation de sa belle-sœur, qui comme elle, souffrait de kystes ovariens et qui n'arrivait pas à avoir d'enfants. L'absence de grossesse durant tout ce temps l'a ainsi renforcée dans cette conviction :

« Bérénice : je pense qu'inconsciemment je me suis mis dans le crâne que si j'avais des kystes, il y avait des chances que je sois stérile aussi. Et je pense clairement que pendant cinq ans j'avais ça en arrière-plan dans ma tête même si j'en avais pas forcément très conscience, je pense que c'était imprégné dans ma mémoire ce message, que voilà, je pouvais être stérile, et qu'il fallait que je le sois pour pas tomber enceinte. »

3.10.2 Le contexte de la Grossesse Non Prévues

Il est impossible d'étudier les causes de la survenue d'une GNP sans s'intéresser au contexte dans lequel elle s'inscrit. En effet, certains éléments de vie peuvent aboutir à une baisse de la « *vigilance contraceptive* », et donc potentiellement à une GNP.

Le rythme intense de la vie de famille, la gestion des enfants, ou une vie professionnelle prenante ont par exemple pu favoriser un oubli de pilule, ou faire reporter la décision de trouver une contraception plus adaptée au mode de vie, cette préoccupation n'étant pas « *la priorité du moment* » :

« Florence : *c'est super éprouvant une vie de maman, quand vous avez des enfants faut penser à tout, faut penser à TOUT. [...] donc du coup ben en tant que maman parfois on s'oublie, [...] je me suis plus dit on verra ça plus tard. Bon ben le « on verra ça plus tard » du coup ça m'a joué des tours. »*

Chez Ghada, qui en plus de ses deux aînés s'occupait à plein temps de sa fille lourdement handicapée, des difficultés morales qui lui ont fait « *oublier carrément ce risque, même minime, de tomber enceinte* » se sont ajoutées au rythme de vie éprouvant. Elle explique avoir traversé une « *période vraiment très difficile* » au cours de laquelle elle n'a pas du tout pensé à la contraception. Bérénice, en fin de cursus universitaire, explique qu'elle était « *dans son délire études* » avec son ami.

3.10.3 Le vécu et le sens de la Grossesse Non Prévüe

Si chez certaines femmes la GNP correspond effectivement à un échec de contraception, parfois favorisé par une baisse de la vigilance contraceptive, chez d'autres cette grossesse revêt des aspects plus complexes que son caractère accidentel pourrait le laisser entendre au premier abord.

En effet, si l'interruption de la grossesse a dans tous les cas été un événement difficile, plusieurs ont néanmoins qualifié la survenue de cette GNP de « *bonne nouvelle* ».

Plusieurs femmes dans l'étude ont mis en relation l'accident de la grossesse et une ambiguïté par rapport à un désir d'enfant, par exemple Evelyne.

« Evelyne : *j'étais pas très au clair avec un deuxième ou pas un deuxième c'était toujours flou, je pense qu'inconsciemment peut-être que je la prenais pas régulièrement [...] quelque part malgré tout c'était volontaire. »*

Dans son cas, l'embryon n'étant pas viable, elle n'a pas eu le choix de le « *garder ou non* », ce qui l'a fait prendre conscience du fait qu'elle n'était pas « *prête à revivre une grossesse* ». Elle explique que le travail avec la psychologue du service l'a « *fait avancer sur son désir plutôt à elle d'un deuxième enfant* », et qu'elle se sentait coupable envers son conjoint d'être tombée enceinte. La survenue de la grossesse est dans ce cas venue clarifier le désir ou non d'enfant.

Dans le cas de Claire, cette ambiguïté est encore plus complexe, et c'est elle même qui qualifie sa grossesse de « *bonne et mauvaise nouvelle* » à la fois. Chez elle, le désir clair d'un deuxième enfant

vient se confronter au vécu particulièrement difficile d'une grossesse qui tombe au mauvais moment. Ainsi l'IVG vient mettre un terme aux vomissements gravidiques importants dont elle souffre, et qui selon les médecins seraient l'expression psychosomatique d'un rejet de l'enfant :

« Claire : on me dit tout le temps que c'est psychologique, j'ai un peu de mal, enfin c'est le discours que je supporte vraiment difficilement, très difficilement. Parce que quand on se bat pour avoir des enfants et qu'on vous répond « vous êtes malade, c'est psychologique, c'est parce que peut-être que au fond de vous vous en voulez pas vraiment » c'est... »

Annie résume bien ce paradoxe de la fille « *qui veut un enfant et qui fait une IVG* » en qualifiant la situation de « *contradictoire* » et de « *troublante* ».

Dans plusieurs autres cas en revanche, ce n'est pas vraiment le désir d'enfant mais plutôt le désir de grossesse qui peut venir expliquer la survenue de la GNP. Par exemple chez Bérénice la GNP vient infirmer sa supposée stérilité :

« Bérénice : c'était une bonne nouvelle finalement quand je suis tombée enceinte, parce qu'on s'est dit voilà, t'es pas stérile, je suis pas stérile non plus, bon ça a été quand même une grosse angoisse malgré la bonne nouvelle parce que voilà, c'était, enfin, ... c'était, c'était pas le moment. »

Dans le cas d'Annie, la grossesse peut être assimilée à un acte manqué d'un couple en désir d'enfant. Ainsi elle explique qu'elle avait prévenu son conjoint de l'interruption de sa pilule et qu'ils « *faisaient attention* », mais que de toutes façons il « *se voit papa* » et se sent « *prêt* » pour ça. Son conjoint qu'elle a rencontré quelques mois plus tôt devant partir à l'étranger pour raisons professionnelles, Annie ne se sent pas capable d'assumer seule cet enfant. Néanmoins cette grossesse « *test* » vient rassurer le partenaire sur sa présumée « *stérilité* », et aussi conforter ce couple récent dans son projet familial à long terme :

« Annie : il n'a pas d'enfants lui, il n'a jamais eu d'enfants, donc ça l'a rassuré aussi sur sa fertilité, [...] Oui, la prochaine fois c'est bon ça marchera. »

Devant cette ambiguïté parfois évidente il faut toutefois souligner que les femmes vivent d'autant plus difficilement la situation qu'elles s'en sentent coupables, envers elles-mêmes ou envers

leur conjoint. Par exemple, Bérénice juge a posteriori sa conduite « *complètement folle* » et « *inconsciente* ».

3.11 La maîtrise de la fertilité

3.11.1 La peur de la stérilité

Le but de la contraception est de pouvoir inhiber sa fécondité de manière réversible, contrairement aux moyens de stérilisation tels que la ligature tubaire ou la vasectomie chez l'homme. Or beaucoup de femmes ont intériorisé la peur ne pas retrouver leur fertilité après l'arrêt de leur contraception.

Ce mythe de la perte « *irréversible* » de la fertilité après contraception est particulièrement présent en ce qui concerne le DIU au cuivre. Une grande partie des femmes ont exprimé cette inquiétude, comme Bérénice qui se demande si elle ne va pas « *être stérile* » « *le jour où elle va retirer son stérilet parce qu'elle veut un enfant* ».

Cette croyance prend parfois la forme de « *légendes* ». Issa parle de « *on-dits* », Bérénice se rappelle des conversations entre sa mère et ses amies et qualifie de « *voile autour du stérilet* » le mystère qui semblait l'entourer. Le DIU n'était alors évoqué que comme alternative à la ligature tubaire pour celles « *qui avaient déjà eu leurs enfants, qui voulaient plus forcément en avoir de nouveaux* ».

Plusieurs raisons possibles à ce mythe émergent des entretiens :

Tout d'abord, la consonance du nom originel « *stérilet* », plus utilisé en pratique courante que la dénomination DIU, fait directement référence à la stérilité et a pu jouer sur l'inconscient de certaines femmes, comme l'explique Bérénice :

« *Bérénice : la gynéco m'avait dit que l'argument marketing, le nom stérilet en tout cas était, a changé puisque ça faisait très peur cette idée de stérilet quand même, et que donc Dispositif Intra Utérin c'était beaucoup mieux pour rassurer les personnes.* »

Une autre raison à la persistance de cette croyance tient au fait que la nulliparité était auparavant

une contre-indication à la pose d'un DIU, ce qu'ont bien retenu la plupart des femmes de l'étude. De là à établir une relation entre le fait de ne plus *vouloir* d'enfants et de ne plus *pouvoir* en avoir à cause du stérilet, il n'y a qu'un pas, que franchit par exemple Claire :

« Claire : on disait beaucoup, en tout cas à l'époque, que le stérilet c'est pour les femmes qui ont déjà eu plusieurs enfants, donc qui veulent plus avoir d'enfants. Donc j'avais l'impression que ça esquinçait la muqueuse utérine et que c'était peut-être pas pour moi dans la mesure où j'ai quand même l'intention d'avoir un enfant par la suite. »

Cette angoisse de la stérilité est si profonde qu'elle peut persister de manière irrationnelle, malgré des expériences positives dans l'entourage, comme chez Diane qui a pourtant vu une de ses amies avoir un enfant sans problèmes après plusieurs années sous DIU. Ce sentiment est encore renforcé par le fait que l'IVG est également parfois accusée de rendre stérile :

« Diane : je pense que toutes les femmes qui se sont faites avorter n'ont qu'une peur c'est de ne plus pouvoir après tomber enceinte. [...] Je me dis que je me suis faite avorter, donc si ça se trouve après je pourrais plus en avoir. »

3.11.2 Le contrôle sur la contraception

Un point abordé lors des entretiens est le degré de contrôle que peuvent avoir les femmes sur leur moyen de contraception. Si elles font confiance à leur DIU pour les prémunir contre une grossesse accidentelle, les femmes veulent avoir les moyens de « détecter » un problème éventuel. Plusieurs femmes se sont ainsi dites rassurées par le fait de pouvoir « sentir » un éventuel déplacement et la possibilité de vérifier sa bonne position en « touchant » leur DIU ou lors d'un contrôle gynécologique. L'une d'entre elles accorde d'ailleurs beaucoup d'importance à cette notion et affirme qu' « on a besoin d'avoir un contrôle sur ce moyen de contraception ».

Un autre moyen plébiscité est la persistance des règles sous DIU au cuivre. Comme expliqué précédemment, la plupart des femmes considère en effet leurs règles comme une garantie de l'absence de grossesse. Une majorité a ainsi exprimé ce besoin essentiel de garder le contrôle, tout du moins dans un premier temps :

« Florence : le fait de pas avoir le contrôle, enfin, je sais pas si on peut appeler ça un contrôle, de pas, je j'aurais pas pu.[...] Ça m'aurait trop perturbée. [...] On sait pas, pas de règles, est-ce qu'on est pas enceinte, je crois que c'est quelque chose qui m'aurait beaucoup angoissée. »

3.11.3 La protection contre la Grossesse Non Prévüe

Au moment des entretiens, soit en moyenne 2 mois après l'intervention, certaines femmes de l'étude ont exprimé la peur de retomber enceinte malgré leur DIU. Malgré sa fiabilité avérée, elles gardent en effet à l'esprit que la survenue d'une grossesse n'est pas impossible, aucun moyen de contraception n'étant sûr à 100%. Quelques-unes m'ont même demandé durant l'entretien si « *ça pouvait arriver* ». Les participantes parlent de cette faible possibilité comme d'une « *angoisse* », voire de « *terreur* » que « *ça recommence* ». L'une d'entre elles, Héroïse, se rassure en se référant aux « *statistiques* ».

Elles associent en fait cette peur à celle d'un déplacement du DIU. Deux des participantes expliquent par exemple avoir utilisé des préservatifs jusqu'à la consultation de contrôle dans la crainte que le dispositif ne soit pas efficace. Pour Issa, chez qui le DIU s'était effectivement déplacé, cette précaution devrait d'ailleurs être conseillée à toutes les femmes :

« Issa : heureusement que entre la pose du stérilet et qu'on s'est aperçu qu'il avait bougé j'ai pas eu de rapports parce que, enfin j'ai eu des rapports mais protégés, parce qu'on se dit c'est bon je suis protégée, y'a pas de risques, mais en fait pour moi c'était pas le cas. »

Bérénice explique néanmoins que cette angoisse, bien que toujours présente, a tendance à s'estomper avec le temps. Chez Diane, il est également paradoxal de constater qu'elle redoute autant une nouvelle grossesse qu'une stérilité suite à l'IVG et au DIU, ce qui illustre bien toute la complexité des préoccupations que peuvent ressentir les femmes à propos de leur fertilité.

Si quelques-unes gardent à l'esprit cette peur de la grossesse, la grande majorité des participantes ont heureusement exprimé un sentiment de sérénité, avec chez certaines la coexistence de ces deux sentiments contradictoires. Le DIU leur apparaît comme une « *protection* » permettant

d'éviter d'avoir à affronter une nouvelle IVG. Les femmes expliquent associer le DIU à la « *sécurité* », car il s'agit de « *quelque chose qu'on a en soi* », qui ne « *tombe pas en panne* », qu'on ne peut pas oublier, auquel il n'est pas besoin de penser. Beaucoup de participantes ont d'ailleurs opposé sa fiabilité à celle de la pilule. En fait, le principe du DIU délègue la responsabilité de la contraception aux professionnels de santé, la femme ne pouvant pas l'enlever elle-même ou « *l'oublier* » comme une pilule. La plupart des femmes apprécie ce fait :

« Claire : c'est un bon moyen de décider le moment réellement où je vais l'enlever, comme c'est un acte sinon chirurgical, en tout cas médical de le retirer, je peux pas le faire moi-même donc il peut rien se passer, du coup c'était quelque chose de rassurant. »

Les sentiments qu'ont exprimé les femmes depuis la pose de leur DIU ne manquent pas : elles se sont dites, en vrac, « *soulagées* », « *protégées* », « *libres* », « *tranquilles* » et « *plus confiantes* ». Cette sécurité contraceptive leur permet de mieux « *maîtriser la conception d'un nouvel enfant* », leur donnant la possibilité de « *vraiment pouvoir choisir* » le moment d'une nouvelle grossesse.

Pour la plupart des femmes, c'est cette sécurité qui a été la raison principale du choix du DIU :

« Florence : la pilule je l'ai oubliée j'y peux rien, c'est pour ça que quand elle m'a parlé du stérilet je me suis pas posée dix mille questions, ça a été oui tout de suite. Parce que je pense que je le revivrais très très mal si ça devait m'arriver, là, un avortement. Je pense que je le vivrais très très mal. [...] Maintenant que j'ai le stérilet je me sens beaucoup mieux. (rire) Je suis plus détendue. »

Cependant, il existe un paradoxe : c'est justement la « *trop grande* » fiabilité du DIU qui, pour d'autres, a pu retarder leur décision de l'adopter. En effet, le choix du DIU suppose d'accepter de « *planifier de façon carrée* » sa fertilité, ce qui n'est pas si évident pour certaines. Si la contraception par pilule laisse ouverte la possibilité d'une grossesse « *accidentelle* », ou tout du moins de se « *permettre* » de prendre ce risque, le DIU lui l'exclut totalement. L'exemple le plus parlant est celui d'Evelyne. Elle explique ainsi qu'elle trouvait le DIU trop « *définitif* » par rapport à son désir d'un deuxième enfant, sentiment partagé par son mari. Ce dernier s'était d'ailleurs inquiété de savoir si elle « *pourrait enlever* » son stérilet plus tard.

« Evelyne : là on a quasiment pas de risque de tomber enceinte. Bon il y a toujours un risque, mais on a moins de risques de tomber enceinte qu'avec la pilule. Comme j'étais pas très claire, et puis avec mon mari on se posait beaucoup de questions, un deuxième, pas un deuxième... [...] Peut-être que le stérilet c'était peut-être pas encore le bon moment, il fallait nous laisser un petit peu le temps... de cheminer aussi. »

Le choix du DIU est donc dans certains cas l'aboutissement d'un cheminement personnel sur le désir de maternité, l'IVG jouant le rôle de « *déclat* ».

4. DISCUSSION

4.1 Forces et faiblesses de l'étude

4.1.1 Limites de l'étude

Le faible nombre de participantes à cette étude peut poser question :

Le repérage des potentielles participantes s'est relativement bien déroulé, avec une participation active de l'équipe du centre d'orthogénie, mais la méthode de recrutement imposait de recontacter par téléphone les patientes à distance de l'intervention. Lors de cette étape la moitié seulement des femmes ont répondu positivement à mes sollicitations. Parmi elles, plusieurs ont ensuite changé d'avis et annulé, parfois à la dernière minute. Au total sur les 37 patientes repérées initialement par le centre entre mai et novembre 2013, et une fois écartées les 5 femmes ne correspondant pas aux critères d'inclusion dans l'étude, 10 entretiens ont effectivement été réalisés.

A noter que deux entretiens supplémentaires étaient prévus en janvier mais ont finalement été annulés par les participantes concernées.

La question principale est de savoir si la saturation des données a été atteinte. Si les derniers entretiens n'abordaient pas réellement de nouveaux thèmes, les données recueillies étaient en revanche plus précises et de meilleure qualité que lors des premiers entretiens réalisés, probablement en raison de l'expérience de travail d'enquêteur acquise. Il aurait été intéressant d'avoir quelques entretiens supplémentaires afin d'être sûr qu'aucune donnée nouvelle

n'apparaissait, ce que je n'ai pas pu faire en raison de contraintes temporelles et du caractère chronophage de la méthode de collecte.

De même, le délai entre l'intervention et l'entretien a parfois pu être un peu court. Ce délai était volontairement le plus bref possible à partir de l'IVG afin d'éviter de recueillir des données déformées par le temps, et de se confronter à des refus. Un délai minimum de 1 mois était toutefois respecté à titre de période de réflexion, mais a pu dans certains cas être trop court. En effet certaines participantes n'ayant à la date de l'entretien pas encore constaté le retour de leurs règles, des données relatives au cycle menstruel ont pu manquer. Néanmoins, l'étude ne portant pas sur la tolérance du DIU mais bien sur le vécu de la pose et les représentations associées, ce point ne constitue pas un biais susceptible de remettre en question la validité des résultats.

On peut se poser la question d'un biais de recrutement. En effet, les femmes ne parlant pas suffisamment bien le français pour mener un entretien exploitable ont été exclues de l'étude, ce qui a pu écarter certaines populations aux représentations potentiellement différentes. De même, la méthode de recrutement reposant sur le volontariat, on peut penser que les femmes enclines à partager leur expérience sont celles ayant le mieux vécu leur parcours, celles ayant gardé un mauvais souvenir de l'IVG et de la pose ne désirant pas revenir sur ces instants. On peut donc légitimement se demander si le processus de recrutement n'a pas eu tendance à sélectionner les témoignages positifs.

Un autre biais de recrutement concerne le fait que les participantes ont toutes été recrutées dans le même centre d'orthogénie. Mon souhait d'origine était d'inclure également des femmes recrutées par le biais d'un forum féminin sur internet, mais cela n'a pas été possible en raison de l'absence de réponses adéquates.

4.1.2 Forces de l'étude

Il s'agit d'une étude originale en France: en effet s'il existe des études de tolérance du DIU par questionnaire, à plus ou moins long terme après la pose, en revanche je n'ai pas retrouvé d'études qualitatives s'intéressant au vécu des femmes, que la pose ait lieu en contexte d'IVG ou non.

Dans notre étude, la double lecture verticale puis transversale a permis de dégager une logique interne à chaque entretien, puis de croiser les différentes dimensions repérées afin d'obtenir des

catégories générales. Ensuite, l'application de la méthode de la théorisation ancrée pour dégager les sous-thèmes de la grille, donc directement à partir des données au fur et à mesure du codage, a permis de respecter le sens des propos des femmes.

Une attention particulière a été portée au fait de laisser le moins possible de matériel inexploité lors de l'analyse des résultats, et ce même si certains thèmes traités n'étaient pas directement en rapport avec la question de recherche principale. Ce parti pris a été réfléchi et décidé dans le but de rester exhaustif, au risque de paraître parfois hors-sujet.

De plus, la phase de lecture verticale a été réalisée à deux personnes, avec confrontation des dimensions dégagées à l'issue du processus, ce qui augmente la légitimité des thèmes retenus.

Le recrutement raisonné des participantes a permis d'atteindre la diversité des profils malgré leur faible nombre, en termes d'âge, de nombre d'enfant et de statut socio-professionnel. Deux des femmes interrogées ne sont pas d'origine française, ce qui a pu élargir le champ des représentations explorées. Les circonstances de la pose sont également variées: en termes de technique d'IVG, les trois méthodes (aspiration sous anesthésie locale, générale, et médicamenteuse) sont représentées, alors même que le choix d'un DIU après une IVG médicamenteuse n'est pas une situation fréquente. De même, les poses concernent les deux types de DIU, cuivre et hormonal.

4.2 Discussion des résultats

4.2.1 Pose du DIU et vécu de la douleur

L'une de mes hypothèses de départ était que la réalisation d'une IVG modifie les notions de douleur et de corps étranger associées à la pose d'un DIU.

Au vu des résultats, si la douleur ressentie lors de la pose du DIU est effectivement négligeable en comparaison avec celle subie lors de l'IVG, il existe d'autres facteurs influant sur le vécu de la douleur. Pendant l'intervention, le rôle de l'anesthésie apparaît primordial dans le soulagement du moins physique, sinon psychologique des femmes, celle-ci permettant d'accepter avec sérénité une intervention jugée inenvisageable jusque-là. La douleur de la pose est décrite a posteriori comme de courte durée, fugace, rapidement oubliée.

De plus, dans l'étude il apparaît que les femmes associent spontanément vie gynécologique et douleur. Toucher vaginal, frottis, échographie endo-vaginale, règles, accouchement, IVG.. autant d'éléments de comparaison rendant la douleur d'un DIU a posteriori toute relative. Le fait d'anticiper cette douleur et de s'y préparer contribue à diminuer la douleur ressentie, de même que la bienveillance de l'équipe de soins. Le rôle du soutien de l'entourage dans la gestion de la douleur est d'ailleurs bien décrit par David Le Breton dans son Anthropologie de la douleur [44] qui affirme que « *l'accompagnement, l'écoute, la capacité à contenir l'anxiété, l'accueil par les soignants ou la famille de la parole souffrante exercent un effet d'apaisement sur la douleur* ».

Si la douleur au moment de la pose semble négligeable, celle ressentie lors des suites opératoires est plus présente dans les témoignages, sans pouvoir faire de distinction entre douleurs de l'IVG et douleurs du DIU. Les femmes associent certaines pertes vaginales ou douleurs post-opératoires normales à la crainte d'une potentielle infection ou expulsion du DIU. L'anxiété ainsi générée augmente la souffrance. Le sens attribué à la douleur vient donc renforcer son intensité et sa conscience. Cette constatation va également dans le sens des propos de David Le Breton qui affirme qu' « *une douleur identifiée à une cause, à une signification, est plus supportable qu'une douleur restée dans le non-sens, non diagnostiquée, non comprise par l'acteur* » [44]. Il étaye cette thèse en citant notamment une étude parue en 1964 au cours de laquelle sont comparées les attitudes face à la douleur de patients en post-opératoire en fonction des explications apportées par l'équipe avant l'intervention. Ainsi, les patients ayant reçu une information sur les conséquences de l'opération se plaignent moins, consomment moins d'antalgiques et restent hospitalisés moins longtemps que les patients n'ayant reçu aucune explication. En conséquence, apporter une attention particulière à l'information des femmes en amont de l'intervention permettrait d'améliorer le vécu de la période post-opératoire.

Si l'on considère que le sens attribué à l'acte influe sur le ressenti de la douleur, on peut émettre une autre hypothèse. Les femmes associant la pose du DIU à une protection contre une nouvelle grossesse non prévue en font un événement positif. Cela permet de supposer que la pose du DIU a pu être vécue elle aussi comme un événement positif, et ainsi diminuer la sensation de douleur. La pose d'un DIU serait ainsi plus facile à vivre dans un contexte d'IVG que dans d'autres circonstances où le sens attribué ne serait pas le même.

En résumé, ce n'est pas tant la réalisation de l'IVG en elle-même que les circonstances de la décision de la pose du DIU qui rendent le vécu de l'acte plus facile qu'envisagé au préalable.

4.2.2 Sentiment de corps étranger

J'avais postulé que poser un DIU dans le contexte particulier que sont les suites d'une IVG rend plus facile l'acceptation du corps étranger pour les femmes. Cette hypothèse est effectivement validée par les résultats de l'étude. En effet, le sentiment d'intrusion et l'atteinte de l'intégrité corporelle que peuvent représenter la pose pour certaines sont déjà inévitables du fait de l'IVG, surtout quand il s'agit d'une méthode par aspiration.

De ce fait, mettre à profit l'occasion d'une intervention pour poser un DIU évite d'avoir à se confronter à nouveau à un acte jugé intrusif. Cette thèse avait été évoquée dans une étude menée entre 2007 et 2009 aux USA dans le cadre du projet CHOICE visant à promouvoir les méthodes de longue durée d'action auprès du public [40]. Les auteurs avaient fait le constat que les femmes en situation de post-IVG ont tendance à choisir le DIU comme moyen de contraception en plus grande proportion que le reste de la population féminine. Ils avaient donc émis comme explication possible l'hypothèse qu'introduire un corps étranger est moins gênant pour la femme si cet acte est réalisé lors d'une procédure déjà invasive telle que l'IVG chirurgicale [45]. Les résultats de mon étude confirment donc cette hypothèse, et viennent renforcer la notion qu'il ne faut pas différer la pose du DIU à la visite de contrôle en cas d'IVG chirurgicale, sous peine de perdre ce bénéfice.

L'appréhension de la pose mise à part, la peur liée au principe même de vivre avec un corps étranger en soi est largement relayée au cours des entretiens. On peut remarquer que la taille et l'aspect du DIU sont sujets à de nombreuses représentations erronées chez les participantes à l'étude. Cela est particulièrement vrai pour le DIU au cuivre, la présence du métal cristallisant de nombreuses réticences. Cependant dans ce contexte la grossesse semble faciliter l'acceptation du corps étranger. De plus, l'existence du DIU hormonal présente l'intérêt de pouvoir proposer une alternative aux plus réticentes.

Le sentiment général est finalement excellent pour la majorité des participantes, une fois levées les inquiétudes liées aux sensations corporelles parfois perturbantes. On peut souligner le contraste entre les appréhensions initiales et le sentiment de soulagement et de liberté exprimé par les femmes lors de l'entretien.

On remarque également que la peur du déplacement du DIU est très présente tout au long des entretiens, à la limite de l'obsession pour certaines femmes. Il faut toutefois remettre en perspective ce résultat avec la faible fréquence de cet événement indésirable, entre 2,7 et 5% selon les études [33]. L'échographie de contrôle est d'ailleurs un temps très important pour les femmes, permettant de visualiser le corps étranger en position normale et de rationaliser sa présence dans l'utérus.

Si la plupart des femmes font le lien entre un déplacement et une perte d'efficacité du DIU, donc un risque de grossesse, d'autres expriment la peur moins rationnelle d'une migration « de l'autre côté » de l'utérus.

On peut émettre l'hypothèse que des représentations erronées de l'appareil génital féminin sont à l'origine de cet imaginaire, du moins en partie. En effet ce qui apparaît comme une évidence pour des professionnels de santé formés à l'anatomie peut ne pas être aussi clair pour certaines femmes. On retrouve cette notion dans plusieurs études portant sur les représentations du DIU chez les femmes en population générale, notamment dans une étude qualitative réalisée aux USA en 2010 chez 40 femmes non utilisatrices d'un DIU. Les auteurs rapportent que la principale réticence à l'utilisation d'un DIU pour ces femmes est le fait de volontairement placer un dispositif dans le corps tout en méconnaissant l'anatomie des organes reproducteurs féminins, et ce de manière prolongée [46].

A partir de ces différents résultats on peut supposer qu'apporter une information valide sur l'anatomie des organes génitaux féminins et la manière dont s'y intègre un DIU permettrait de lever un certain nombre de réticences, quel que soit le contexte de la pose. Les dispositifs factices de démonstration sont probablement des bons supports pour que patientes et soignants partagent les mêmes représentations. Ceci justifierait une étude quantitative.

4.2.3 Evolution de la perception de la fertilité au cours du parcours d'IVG

Comme postulé a priori, la GNP permet effectivement à certaines femmes de prendre conscience de leur fertilité, et du fait qu'elles l'avaient sous-estimée. Mais il ressort surtout des entretiens que les causes de la baisse de vigilance contraceptive sont parfois plus profondes et moins accidentelles qu'il n'y paraît au premier abord. Cette notion de vigilance est notamment explorée par l'étude qualitative réalisée par Nathalie Bajos et l'équipe Giné de l'INSERM auprès de

73 femmes ayant été confrontées à une GNP et parue en 2002 [20]. Selon les auteurs, de nombreux déterminants psychologiques sont en cause dans la mauvaise utilisation de la contraception. Ils décrivent ainsi une « théorie des conflits » dans laquelle la femme se retrouve confrontée au carrefour de considérations sociales, sexuelles, religieuses et familiales. La femme se voit ainsi imposer de se soumettre à une obligation sociétale de contraception tout en se conformant à des normes de maternité socialement acceptables (en termes de nombre d'enfant, âge de la maternité, conditions favorables à l'accueil d'un enfant). A ces normes sociales s'ajoutent le poids de modèles familiaux, de couples et religieux, parfois contradictoires entre eux, qui viennent influencer le parcours sexuel et maternel de la femme. La somme de ces contradictions aboutit alors à une mauvaise utilisation de la contraception et donc à une « situation à risque ».

Nous avons remarqué que pour bon nombre de femmes, la survenue d'une grossesse, même non prévue, reste une « bonne nouvelle ». En effet plusieurs des participantes ressentaient, de façon consciente ou inconsciente, un désir d'enfant avant la survenue de la GNP. Elles ne se sentaient donc pas prêtes pour un DIU, perçu comme un moyen contraceptif trop « efficace ». Chez elles, la GNP a joué le rôle d'un déclic, leur faisant prendre conscience de la réalité du risque de grossesse. Cette situation concrète leur a permis de mieux cerner leurs projets de parentalité, et donc d'adopter le DIU pour pouvoir les planifier.

Pour d'autres, la grossesse a permis à la femme, voire au couple, de se rassurer sur leur capacité à concevoir. Ces résultats vont dans le sens de ceux de l'équipe Giné, qui retrouvent chez certaines femmes un désir de « *réassurance narcissique sur leur fertilité* » [20]. De plus, « l'état contracepté », donc provisoirement stérile, annulerait le fantasme d'une grossesse potentielle qui fait partie de la construction de l'identité féminine. L'utilisation du DIU suppose alors d'accepter cette situation.

Cette peur d'être stérile, particulièrement présente chez les deux plus jeunes femmes de notre étude, s'inscrit à l'opposé de la peur de la grossesse des femmes des années 60 avant la légalisation de la contraception et de l'avortement. Elle paraît de plus en plus fréquente avec la banalisation de la contraception, bien que peu d'études, surtout dans les sociétés occidentales, aient spécifiquement étudié ce sujet. Néanmoins, une enquête réalisée aux USA en 2006 chez 300 adolescentes enceintes concluait que 42 % d'entre elles avaient peur de ne pas pouvoir concevoir [47]. De même, en 2011, une étude réalisée au Brésil auprès de mères adolescentes retrouvait chez ces jeunes filles des conduites à risque (par exemple une prise intermittente de pilule) pour « tester » leur fertilité prétendument altérée par la contraception prolongée [48].

Ainsi, au vu des résultats des entretiens, si la GNP et l'IVG ont eu pour effet chez les femmes de modifier leur perception de leur propre fertilité et de prendre conscience du risque de grossesse, elles ont surtout permis de mettre un terme à des conflits intérieurs plus ou moins conscients. Améliorer l'information des femmes sur la physiologie de la reproduction et la contraception permettrait sans doute de diminuer le nombre d'IVG et d'augmenter le recours au DIU. Cependant il est probable que toutes les GNP ne pourraient être évitées, leur survenue dépendant de facteurs psychiques inconscients allant bien au-delà de simples lacunes théoriques.

4.2.4 Le contexte de soins

D'après cette étude, la grande majorité des participantes a bien vécu la pose du DIU dans ce contexte particulier qu'est l'IVG. Le rôle joué par les professionnels de santé les prenant en charge apparaît prépondérant dans cette situation. Le dialogue et l'écoute dont ils ont fait preuve, et les explications adaptées aux inquiétudes de chacune ont permis aux femmes d'être rassurées à chaque étape de la prise en charge. Cette bienveillance tranche avec les difficultés qu'ont pu rencontrer certaines participantes dans leur parcours de soins jusqu'à l'IVG. Étonnamment, ces difficultés d'accès n'étaient pas notifiées dans l'enquête nationale de la DRESS parue en 2011, qui faisait état d'un système plutôt performant (en termes de délais d'accès entre le premier contact médical et la réalisation de l'IVG) [19].

De plus, comme pour le vécu de la douleur, l'établissement d'une relation de confiance entre l'équipe soignante et la femme joue très clairement un rôle majeur dans la prise de décision et l'acceptation du corps étranger. Une thèse a été réalisée à Tours en 2012 auprès de 137 patientes du centre d'orthogénie dans le but d'évaluer la tolérance du DIU 6 mois après la pose en post-IVG [35]. Dans cette étude prospective monocentrique, l'auteur met en évidence plusieurs facteurs pronostiques favorisant un retrait précoce du DIU : un jeune âge (25-29 ans), exposant à plus d'effets secondaires, un faible niveau social, et des antécédents d'IVG. Plus exploitable en pratique, les femmes initialement les plus réticentes et les plus inquiètes à l'idée de se faire poser un DIU avaient également un taux de retrait significativement plus élevé que celles ayant des a priori favorables sur le DIU. L'auteur propose alors de questionner spécifiquement les patientes pour rechercher celles qui ont des inquiétudes non exprimées, et préconise pour elles un accompagnement renforcé.

Les résultats de mon étude semblent valider cette proposition, mais vont même plus loin : il est particulièrement important de maintenir cette vigilance et cet accompagnement tout au long du processus, c'est-à-dire aussi bien en amont qu'en aval de la pose. Cette notion est retrouvée dans une autre étude récente réalisée aux USA à propos des questionnements qui peuvent persister chez les femmes après l'intervention [49]. Au cours d'un entretien téléphonique réalisé 6 semaines après la pose d'un DIU en post-IVG immédiat, il s'avère que la moitié des femmes exprimaient encore des inquiétudes à propos de leur DIU. Ces inquiétudes concernaient surtout des saignements (16% des femmes) et des douleurs (14,9%). Les auteurs proposent ainsi de renforcer le suivi des femmes après l'intervention, y compris par téléphone. Ils confirment donc que mieux informer les patientes permettrait d'améliorer leur acceptabilité du dispositif et, potentiellement, le recours plus important au DIU.

Ces données corroborent le fait que la consultation de contrôle joue un rôle primordial dans la réassurance des femmes, sorte de point final à l'épisode. Il serait intéressant d'insister auprès des patientes sur l'importance de cette consultation de contrôle, afin de réduire le nombre conséquent de femmes ne s'y présentant pas (estimée entre 1/4 et 1/3 selon les études [31, 32, 33]).

4.2.5 Le rejet de la pilule

Une notion ressortant particulièrement de mon enquête est le rejet de la contraception hormonale. La pilule est considérée par les participantes comme un moyen de contraception peu fiable, peu pratique au quotidien et responsable de nombreux effets secondaires. Il faut bien sûr considérer ces résultats en tenant compte du fait que les femmes recrutées dans l'étude ne sont pas ou plus utilisatrices de pilule, la GNP étant survenue pour certaines avec une prise de pilule irrégulière.

Néanmoins, ces résultats sont révélateurs d'une tendance apparue ces dernières années. En effet, la contrainte que représente l'usage quotidien de la pilule et la peur de l'oublier seraient selon une étude européenne de 2013 les premières causes de sa non-utilisation [50].

Plusieurs autres études multinationales parues depuis 2010 se sont intéressées aux critères de choix et d'utilisation de la contraception hormonale chez les femmes aux USA et dans de nombreux pays européens, dont la France. Ces études retrouvaient également la notion de contrainte quotidienne, ainsi que des préoccupations importantes liées au fait d'introduire des hormones dans

le corps [51, 52].

Dans mon étude, on peut remarquer que les femmes les plus influencées par cette tendance « anti-pilule », ou du moins la relayant, sont pour la plupart les plus jeunes des participantes. Elles s'inscrivent encore une fois à l'opposé de leurs aînées s'étant battues pour la légalisation de la contraception, et pour lesquelles la pilule représentait alors la liberté, et non une contrainte. Ces courants de pensée apparus ces dernières années ont probablement encore été renforcés suite au scandale des pilules de troisième génération éclaté en décembre 2012. A ce jour il est encore trop tôt pour évaluer l'impact de cette affaire sanitaire sur la contraception en France. Néanmoins, ceci annonce peut-être la fin de la suprématie de la pilule comme moyen contraceptif en France.

4.2.6 Freins à l'utilisation du DIU

Au-delà de l'exploration du vécu des patientes, mon enquête a permis de préciser certains freins à l'utilisation du DIU en post-IVG. Il s'agit de :

- la peur d'avoir mal au cours de la pose,
- l'appréhension d'un corps étranger et la peur d'un déplacement,
- la peur de l'impact sur la fécondité ultérieure,
- la crainte de la récurrence d'une grossesse,
- la peur de règles abondantes ou douloureuses,
- la peur d'être gênée lors des rapports sexuels,
- la peur d'une infection
- la peur d'une grossesse extra-utérine.

Je n'ai pas retrouvé d'autres études françaises sur le sujet, hormis celle réalisée au CIVG de Tours en 2012 (étude de tolérance à 6 mois par méthodologie quantitative) [35]. On y retrouve les mêmes craintes chez les femmes interrogées, à l'exception de la peur d'avoir mal au cours de la pose, qui ressort pourtant largement dans mes résultats, et de la peur d'une infection.

Il est important de noter que parmi toutes les craintes exprimées par les participantes à mon étude, réalisée 2 mois après la pose, seule la modification des règles reste une préoccupation importante (sauf pour Issa). Cependant, d'après l'étude réalisée à Tours, cette modification des règles est considérée comme « acceptable » après 6 mois [35].

Il aurait été intéressant de comparer ces résultats aux propos de femmes n'ayant pas choisi le DIU à l'issue d'une IVG. En l'absence de telles données, on peut se référer à ceux d'une étude qualitative de 2006 réalisée hors contexte d'IVG en Angleterre auprès de 10 femmes non utilisatrices d'un DIU. Leurs raisons étaient effectivement la peur d'avoir mal au cours de la pose et le risque d'infection, ainsi que la peur des effets secondaires à long terme sur leur fertilité. Les auteurs pointent également le manque de diffusion d'informations fiables et l'abondance de rumeurs souvent négatives véhiculées par l'entourage [53]. Le faible degré de contrôle dont disposent les femmes sur le DIU est également relevé par les auteurs, ce qui fait écho à la notion d'accepter de déléguer le contrôle de sa fécondité aux professionnels de santé, qui est exprimée dans mon étude. Les freins des femmes à l'utilisation du DIU en contexte de post-IVG semblent donc être les mêmes que pour les femmes en situation de choisir une contraception de routine.

En France, la dernière série de recommandations de l'HAS parue en 2013 établit un état des lieux en population générale des freins à l'utilisation des différentes méthodes contraceptives, dont le DIU [54]. On y retrouve cette notion de croyances « *de fiabilité douteuse* » et de désinformation circulant sur internet, notamment la « contre-indication chez la nullipare », largement relayée par les participantes à notre étude, et reflet de réticences anciennes des professionnels de santé [30].

Au vu de tous ces éléments, il est important de renforcer la diffusion d'informations fiables sur la contraception par DIU auprès du grand public, afin de changer l'image négative dont il souffre actuellement. Le mouvement a déjà été initié grâce à des sites tels que choisirmacontraception.org, mais ceux-ci restent encore trop souvent méconnus des femmes et impliquent une démarche active de leur part. Or cette démarche n'est pas si évidente pour toutes, la plupart des femmes préférant s'en remettre à l'avis des professionnels de santé dans le cadre du suivi de routine pour le choix de leur contraception.

Il ne faut pas sous-estimer le rôle des soignants dans le choix ou le non-choix du DIU par les femmes. En effet, d'après mes résultats, il apparaît très clairement que l'influence des professionnels de santé est le facteur ayant le plus pesé sur leur décision, avant celle de l'entourage ou du partenaire. De nombreuses autres études ont également prouvé que la source d'information principale des femmes en matière de contraception était leur médecin généraliste ou gynécologue habituel [52], et que l'influence des professionnels sur le choix de la contraception était encore plus important en contexte d'IVG qu'en routine [18]. Il est donc judicieux de s'intéresser non seulement aux freins des femmes, mais aussi à ceux des médecins.

Or, nombre d'entre-eux ont eux-mêmes une perception erronée du DIU, particulièrement pour la femme nullipare. Par exemple, la dernière étude publiée en 2014 par l'équipe FECOND de N. Bajos et C. Moreau avec l'INSERM s'est intéressée aux perspectives croisées des médecins (gynécologues et médecins généralistes) et des femmes sur le DIU [55]. Or il s'avère que si 56% des femmes pensent que le DIU n'est pas adapté aux nullipares, les médecins sont, eux, 83% à le penser. 53% d'entre eux craignent pour leurs patientes une GEU, et 38% redoutent une infection pelvienne. Les médecins sont donc particulièrement sujets à ces croyances sur le DIU, parfois plus que les femmes elles-mêmes.

D'autres études en France et à l'étranger confirment ce manque d'information des professionnels de santé à propos du DIU [56, 57]. L'HAS elle-même pointe ces lacunes. Elle relève également chez les professionnels français une formation aux techniques de pose insuffisante, ainsi que des réticences à la réalisation de gestes techniques, parfois en raison de contraintes matérielles ou temporelles [54] (cf annexe 5).

Ce constat fait, on conçoit qu'il soit difficile pour de nombreux professionnels de proposer et d'informer efficacement les femmes sur un moyen contraceptif dont l'innocuité et la pertinence ne les ont pas eux-mêmes convaincus. Pourtant, depuis les années 80 de nombreuses études ont prouvé l'absence de risque infectieux et de conséquences à court et long terme des DIU sur la fécondité, y compris chez la nullipare [58, 59, 60]. Cette information a d'ailleurs été validée par l'OMS dès 2002 qui classe le DIU en catégorie 2 chez les nullipares, ce qui signifie des « *avantages de la méthode contraceptive généralement supérieurs aux inconvénients* » [13], puis en France successivement par l'ANAES en 2004 et l'HAS en 2013 [15].

L'enquête FECOND a permis d'identifier chez les médecins certains facteurs favorisant une prescription plus fréquente des DIU. Il s'agit notamment d'une formation récente et du fait de se tenir au courant de l'information médicale, que ce soit par le biais de lectures spécialisées ou des visites des délégués de l'industrie pharmaceutique [55].

En conséquence, il est primordial d'améliorer la formation théorique et pratique de tous les professionnels de santé intervenant dans les centres d'orthogénie et plus largement dans le suivi contraceptif des femmes. Les croyances erronées étant moins répandues chez les jeunes médecins que chez leurs aînés [55, 56], il est probable que cette mesure soit déjà en pratique dans certaines facultés de médecine. Il serait néanmoins souhaitable de toucher les professionnels déjà installés, par exemple par le biais de formations médicales continues indépendantes de l'industrie pharmaceutique.

CONCLUSION

La pose d'un DIU dans les suites immédiates d'une IVG est particulièrement intéressante à deux points de vue : elle est non seulement une manière efficace de prévenir la survenue d'une nouvelle grossesse non prévue, mais elle est de surcroît très bien vécue par les femmes qui choisissent cette option.

En effet, l'IVG et le contexte dans lequel elle s'inscrit, en particulier l'attitude soutenante de l'équipe de soins, favorisent la pose dans de bonnes conditions pour les femmes en termes de douleur et d'acceptabilité du dispositif. Si elles appréhendent initialement la douleur de la pose de ce « corps étranger », il s'avère que le fait d'intégrer la pose dans le processus d'IVG rend cet acte beaucoup moins intrusif qu'imaginé, et quasiment indolore. La peur d'un déplacement secondaire du dispositif est cependant fréquente les premiers temps, notamment en raison des pertes et des sensations corporelles post-opératoires parfois attribuées à tort au DIU. Mais cette crainte est facilement dissipée par l'échographie et les explications des professionnels de santé lors de la consultation de contrôle des 15 jours.

En moyenne 2 mois après l'intervention, les femmes se disent unanimement soulagées par la pose du DIU qui leur apporte un sentiment de liberté et une vie sexuelle plus épanouie en les affranchissant de la peur d'une grossesse.

Le DIU est donc le moyen de contraception à conseiller dans le contexte particulier de l'IVG. Mais sa plus large utilisation nécessite de rectifier les perceptions erronées qu'en ont les femmes et aussi les médecins, auprès de qui il souffre encore trop d'une image négative. Ce renforcement de l'information est donc crucial, tant du côté des femmes que des professionnels. En effet, c'est l'information éclairée dans le cadre d'une relation de confiance entre les patientes et leurs soignants qui leur permet de dépasser leurs appréhensions à propos du DIU, et ce tout au long du parcours de soins.

Il est évidemment illusoire de croire que le DIU est la réponse universelle à toutes les situations de grossesse non prévue. Ce choix nécessite en effet un cheminement personnel que les femmes ne sont pas toujours prêtes à réaliser, et que le praticien n'a en aucun cas à faire à leur place en leur imposant une contraception qu'il considère comme la meilleure. Si les professionnels se doivent d'être présents pour conseiller au mieux les femmes, ils ne doivent pas perdre de vue que la meilleure méthode contraceptive reste avant tout celle que la femme choisit pour elle-même.

Néanmoins, l'augmentation du recours au DIU pourrait bien être la réponse à la problématique de la stagnation du nombre d'IVG en France, surtout dans ce contexte de désaffection croissante de la pilule. La prolifération des études à son sujet et sa médiatisation de plus en plus grande semblent d'ailleurs confirmer que le DIU est voué à jouer dans le futur un rôle important dans la contraception en France.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. INED Avortements

http://www.ined.fr/fr/pop_chiffres/france/avortements_contraception/avortements/ (page consultée le 01/05/2014)

2. Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2011. *Etudes et Résultats*. juin 2013;(843).

3. Contraception et IVG : les lois - Ministère des Affaires sociales et de la Santé - www.sante.gouv.fr. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/contraception-et-ivg-les-lois.html> (page consultée le 18 janv 2014)

4. IGAS. Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001. 2009 oct. Report No.: N°RM2009-112P.

5. HAS. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée- Rapport de synthèse. Avril 2013.

6. HAS. Fiche Mémo Contraception chez la femme après une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG). 2013.

7. Jeandet-Mengual E. Rapport d'activité du groupe national d'appui à la mise en oeuvre de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. IGAS; 2002 déc. Report No.: 2002-145.

8. Moisy AV et M. L'enquête nationale de la DREES sur les femmes ayant eu recours à une IVG en 2007. *Revue française des affaires sociales*. 22 juin 2011;n° 1(1):69-85.

9. Moreau C, Bohet A, Hassoun D, Teboul M, Bajos N. Trends and determinants of use of long-acting reversible contraception use among young women in France: results from three national surveys conducted between 2000 and 2010. *Fertility and Sterility*. août 2013;100(2):451-458.

10. Enquête FECOND, Bohet A, Le Guen M, Moreau C, Bajos N. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Population et Sociétés. Sept 2012 ;492.
11. Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job efficiency. Hum Reprod. 5 janv 2003;18(5):994-999.
12. Moreau C. et al. Circonstances des échecs et prescription contraceptive post-IVG : analyse des trajectoires contraceptives autour de l'IVG. Revue française des affaires sociales. 22 juin 2011;n° 1(1):148-161.
13. World Health Organization. Dept. of Reproductive Health and Research. Pour un meilleur accès à des soins de qualité en matière de planification familiale : critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. 2nde édition. Genève-Organisation Mondiale de la Santé; 2002.
14. ANAES. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Synthèse et Argumentaire 2004 déc.
15. HAS. Fiches mémo - Contraception chez l'homme et chez la femme - Documents de travail. 2013.
16. Bianchi-Demicheli F, Perrin E, Bianchi PG, Dumont P, Lüdicke F, Campana A. Contraceptive practice before and after termination of pregnancy: a prospective study. Contraception. févr 2003;67(2):107-113.
17. Bender SS, Geirsson RT. Effectiveness of preabortion counseling on postabortion contraceptive use. Contraception. juin 2004;69(6):481-487.
18. Upadhyay UD, Brown BA, Sokoloff A, Raine TR. Contraceptive discontinuation and repeat unintended pregnancy within 1 year after an abortion. Contraception. janv 2012;85(1):56-62.
19. Vilain A. Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge. Revue française des affaires sociales. 22 juin 2011;n° 1(1):116-147.

20. Nathalie Bajos, Michèle Ferrand. De la contraception à l'avortement- Sociologie des grossesses non prévues. INSERM; 2002. 348 p
21. Bajos N, Prioux F, Moreau C. L'augmentation du recours répété à l'IVG en France : des enjeux contraceptifs au report de l'âge à la maternité. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. août 2013;61(4):291-298.
22. Prager SW, Steinauer JE, Foster DG, Darney PD, Drey EA. Risk factors for repeat elective abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. déc 2007;197(6):575.e1-575.e6.
23. Direction Générale des Affaires Sanitaires et Sociales, Cynthia Morgny. Interruptions volontaires de grossesse: tenter de comprendre la répétition. 2005 janv.
24. Ames CM, Norman WV. Preventing repeat abortion in Canada: is the immediate insertion of intrauterine devices postabortion a cost-effective option associated with fewer repeat abortions? *Contraception*. janv 2012;85(1):51-55.
25. Goodman S, Hendlish SK, Reeves MF, Foster-Rosales A. Impact of immediate postabortal insertion of intrauterine contraception on repeat abortion. *Contraception*. août 2008;78(2):143-148.
26. Rose SB, Lawton BA. Impact of long-acting reversible contraception on return for repeat abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. janv 2012;206(1):37.e1-37.e6.
27. Schunmann C, Glasier A. Specialist contraceptive counselling and provision after termination of pregnancy improves uptake of long-acting methods but does not prevent repeat abortion: a randomized trial. *Hum Reprod*. 9 janv 2006;21(9):2296-2303.
28. Roberts H, Silva M, Xu S. Post abortion contraception and its effect on repeat abortions in Auckland, New Zealand. *Contraception*. sept 2010;82(3):260-265.
29. Dispositif intra-utérin - Wikipédia. Disponible sur: http://fr.wikipedia.org/wiki/Dispositif_intra-ut%C3%A9rin (page consultée le 22 janv 2014).

30. Martin Winckler. Tout ce que les femmes doivent savoir pour se faire poser un DIU («stérilet»). Disponible sur: <http://martinwinckler.com/spip.php?article393> (page consultée le 22 janv 2014).
31. Langston A, Joslin-Roher S, Azinge S, Rosario TL, Westhoff C. Immediate post-abortion access to contraception and repeat pregnancy at 12 months — a cohort study. *Contraception*. sept 2012;86(3):298.
32. Grimes DA, Lopez LM, Schulz KF, Stanwood NL. Immediate postabortal insertion of intrauterine devices. *Cochrane Database of Systematic Reviews* John Wiley & Sons, Ltd; 2010.
33. Bednarek PH, Creinin MD, Reeves MF, Cwiak C, Espey E, Jensen JT. Immediate versus Delayed IUD Insertion after Uterine Aspiration. *New England Journal of Medicine*. 2011;364(23):2208-2217.
34. Rose SB, Lawton BA, Brown SA. Uptake and adherence to long-acting reversible contraception post-abortion. *Contraception*. oct 2010;82(4):345-353.
35. Aurélie Flamant. La pose de Dispositifs Intra-Utérins en per-IVG dans le service d'orthogénie du CHRU de Tours: étude de la tolérance à 6 mois de la pose et recherche de facteurs pronostiques. Tours; 2012.
36. Betstadt SJ, Turok DK, Kapp N, Feng K-T, Borgatta L. Intrauterine device insertion after medical abortion. *Contraception*. juin 2011;83(6):517-521.
37. Shimoni N, Davis A, Ramos ME, Rosario L, Westhoff C. Timing of copper intrauterine device insertion after medical abortion: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. sept 2011;118(3):623-628.
38. Buhling KJ, Zite NB, Lotke P, Black K. Worldwide use of intrauterine contraception: a review. *Contraception*. mars 2014;89(3):162-173.
39. Henri Leridon, Pascale Oustry, Nathalie Bajos, Equipe COCON. La médicalisation croissante de la contraception en France. *Population et Sociétés*. août 2002;(381).

40. Secura GM, Allsworth JE, Madden T, Mullersman JL, Peipert JF. The Contraceptive CHOICE Project: reducing barriers to long-acting reversible contraception. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. août 2010;203(2):115.e1-115.e7.
41. INPES. CONTRACEPTION: Les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie? 2011 (page consultée le 14 sept 2012).
42. F. Mulet, Ph. Descamps. Contraception du post-partum - Contraception du post-abortum. CNGOF; 2006 nov. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2006_GM_041_mulet.pdf
43. Notice Dispositif Intra-Utérin UT 380, laboratoire C.D.D. Date de révision : 20 avril 2012.
44. Le Breton D. *Anthropologie de la douleur*. Métailié. 1995
45. Madden T, Secura GM, Allsworth JE, Peipert JF. Comparison of contraceptive method chosen by women with and without a recent history of induced abortion. *Contraception*. Déc 2011; 84(6) :571-577.
46. Rubin SE, Winrob I. Urban female family medicine patients' perceptions about intrauterine contraception. *J Womens Health (Larchmt)*. avr 2010;19(4):735-740.
47. White E, Rosengard C, Weitzen S, Meers A, Phipps MG. Fear of inability to conceive in pregnant adolescents. *Obstet Gynecol*. déc 2006;108(6):1411-1416.
48. Helen Gonçalves, Ana D. Souza, Patricia A. Tavares, Suelen H. Cruz, Dominique P. Behague. Contraceptive medicalisation, fear of infertility and teenage pregnancy in Brazil. *Culture, Health & Sexuality*. 2011;13(2):201-215.
49. Diedrich JT, Drey EA, Dehlendorf C, Steinauer JE. Women's questions after postabortion insertion of intrauterine contraception. *Contraception*. sept 2013;88(3):396-400.
50. Egarter C, Frey Tirri B, Bitzer J, Kaminsky V, Oddens BJ, Prilepskaya V, et al. Women's perceptions and reasons for choosing the pill, patch, or ring in the CHOICE study: a cross-sectional survey of contraceptive method selection after counseling. *BMC Women's Health*. 2013;13(1):9.

51. Hooper DJ. Attitudes, Awareness, Compliance and Preferences among Hormonal Contraception Users. *Clinical Drug Investigation*. nov 2010;30(11):749-763.
52. Johnson S, Pion C, Jennings V. Current methods and attitudes of women towards contraception in Europe and America. *Reproductive Health*. 2013;10(1):7.
53. Asker C, Stokes-Lampard H, Wilson S, Beavan J. What is it about intrauterine devices that women find unacceptable? Factors that make women non-users: a qualitative study. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 4 janv 2006;32(2):89-94.
54. HAS. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée - Rapport de synthèse. Avril 2013.
55. Moreau C, Bohet A, Hassoun D, Ringa V, Bajos N. IUD use in France: women's and physician's perspectives. *Contraception*. janv 2014;89(1):9-16.
56. Elise Reynier. Dispositifs Intra-Utérins chez les nullipares: enquête sur les pratiques des médecins généralistes. Nantes; 2011.
57. Stubbs E, Schamp A. The evidence is in. Why are IUDs still out?: family physicians' perceptions of risk and indications. *Can Fam Physician*. avr 2008;54(4):560-566.
58. Hov GG, Skjeldestad FE, Hilstad T. Use of IUD and subsequent fertility — follow-up after participation in a randomized clinical trial. *Contraception*. févr 2007;75(2):88-92.
59. Delborge W, Bátár I, Bafort M, Bonnivert J, Colmant C, Dhont M, et al. Return to fertility in nulliparous and parous women after removal of the GyneFix intrauterine contraceptive system. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. mars 2002;7(1):24-30.
60. Wilson JC. A prospective New Zealand study of fertility after removal of copper intrauterine contraceptive devices for conception and because of complications: A four-year study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. févr 1989;160(2):391-396.

61. Laurence Bardin. L'analyse de contenu. Puf; 2007.

62. Alain Blanchet, Anne Gotman. L'enquête et ses méthodes - L'entretien. Armand Colin. 2007.

63. Nicolas Hennebo. Guide théorisation ancrée. 2009. Disponible sur: <http://www.theorisationancree.fr/Guide11.pdf> (page consultée le 26 mars 2014).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	page 11
1. REVUE DE LA LITTÉRATURE	page 12
1.1. Pourquoi s'intéresser à la contraception post-IVG ?	page 12
1.1.1 Une question de santé publique	page 12
1.1.2 Le paradoxe contraceptif	page 13
1.1.3 Diminuer le recours répété à l'IVG : la piste des méthodes de Longue Durée d'Action (LDA)	page 15
1.2. Le Dispositif Intra-Utérin	page 16
1.2.1 Rappels généraux	page 16
1.2.2 Spécificités de la pose en contexte d'IVG	page 18
1.2.3 L'utilisation du DIU en France	page 19
2. MATÉRIEL ET MÉTHODES	page 22
2.1 Méthodologie de l'étude	page 22
2.1.1 Justification de la méthode employée	page 22
2.1.2 Trame d'entretien et thématiques abordées	page 22
2.1.3 Recrutement des participantes et déroulement des entretiens	page 23
2.1.4 Méthode d'analyse	page 24
2.1.5 Aspects éthiques et légaux	page 25
2.2 Caractéristiques de l'échantillon	page 25
2.2.1 Le centre d'orthogénie du Kremlin-Bicêtre	page 25
2.2.2 Caractéristiques des participantes	page 26
3. RÉSULTATS	page 28
3.1 La douleur	page 28
3.1.1 Entre représentations et vécu réel	page 28
3.1.2 Douleur de l'IVG et douleur du DIU	page 29
3.1.3 Les déterminants du ressenti de la douleur	page 30
3.1.4 Autres références douloureuses	page 32
3.2 Le corps étranger et le rapport au corps	page 33
3.2.1 La conscience du corps étranger	page 33
3.2.2 Représentations de l'objet DIU	page 35
3.2.3 La peur du déplacement	page 37
3.2.4 Le rapport à l'intime	page 39
3.3 Le cycles et les règles	page 40

3.3.1 L'influence de la contraception sur le cycle	page 40
3.3.2 Interruption volontaire de grossesse et DIU	page 42
3.3.3 Le rôle des règles	page 43
3.4 La santé	page 44
3.4.1 Le rejet de la contraception hormonale	page 44
3.4.2 DIU et santé	page 46
3.4.3 La contraception et le suivi médical	page 46
3.5 La vie de couple	page 47
3.5.1 Implication du partenaire dans la contraception et le processus d'IVG	page 47
3.5.2 Contraception et sexualité	page 48
3.6 Vie quotidienne et familiale	page 49
3.6.1 La contrainte de la contraception dans la vie quotidienne	page 49
3.6.2 La praticité du DIU	page 50
3.7 Le vécu psychologique	page 51
3.7.1 Le vécu de l'IVG	page 51
3.7.2 Le vécu de la pose du DIU couplée à l'IVG	page 52
3.7.3 Le vécu du DIU	page 53
3.8 Le parcours contraceptif	page 53
3.8.1 Un parcours non linéaire	page 53
3.8.2 Un parcours standardisé	page 54
3.8.3 L'information sur la contraception	page 55
3.9 Les rapports avec le système de soins	page 56
3.9.1 Le dialogue et l'écoute	page 56
3.9.2 Une relation de confiance	page 57
3.9.3 La critique du système	page 58
3.10 La Grossesse Non Prévues (GNP)	page 60
3.10.1 Perception du risque de grossesse	page 60
3.10.2 Le contexte de la Grossesse Non Prévues	page 62
3.10.3 Le vécu et le sens de la Grossesse Non Prévues	page 63
3.11 La maîtrise de la fertilité	page 65
3.11.1 La peur de la stérilité	page 65
3.11.2 Le contrôle sur la contraception	page 66
3.11.3 La protection contre la Grossesse Non Prévues	page 67
4. DISCUSSION	page 69
4.1 Forces et faiblesses de l'étude	page 69
4.1.1 Limites de l'étude	page 69

4.1.2 Forces de l'étude	page 70
4.2 Discussion des résultats	page 71
4.2.1 Pose du DIU et vécu de la douleur	page 71
4.2.2 Sentiment de corps étranger	page 73
4.2.3 Evolution de la perception de la fertilité au cours du parcours d'IVG	page 74
4.2.4 Le contexte de soins	page 76
4.2.5 Le rejet de la pilule	page 77
4.2.6 Freins à l'utilisation du DIU	page 78
CONCLUSION	page 81
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	page 83
TABLE DES MATIÈRES	page 90
ANNEXES	page 93
Annexe 1 : Tableau OMS 2002 sur l'efficacité des méthodes contraceptives	page 93
Annexe 2 : Extrait de la fiche mémo HAS 2013 « Contraception chez la femme après une interruption volontaire de grossesse » avril 2013	page 94
Annexe 3 : Grille de support des entretiens	page 95
Annexe 4 : Grille d'analyse transversale ayant servi au codage	page 97
Annexe 5 : Extrait du document relatif aux freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée- l'HAS 2013 - freins des professionnels	page 99

ANNEXES

Annexe 1 : Tableau OMS 2002 sur l'efficacité des méthodes contraceptives

Efficacité des différentes méthodes contraceptives (OMS)

Efficacité	Méthode	Grossesses pour 100 femmes au cours des 12 premiers mois d'utilisation	
		En pratique courante	En utilisation optimale*
Toujours très efficace	Implants	0,1	0,1
	Vasectomie	0,2	0,1
	Stérilisation féminine	0,5	0,5
	Progestatifs injectables	0,3	0,3
	DIU	0,8	0,6
	Pilules progestatives pures (au cours de l'allaitement)	1	0,5
Efficace dans son emploi courant	Méthode de l'aménorrhée lactationnelle	2	0,5
Très efficace lorsqu'elle est employée correctement et régulièrement (utilisation optimale)	Contraception orale oestroprogestative	6-8	0,1
	Pilules progestatives pures (en dehors de l'allaitement)	- §	0,5
A une certaine efficacité dans son emploi courant	Préservatifs masculins	14	3
	Retrait	19	4
	Diaphragme et spermicide	20	6
Efficace lorsqu'elle est employée correctement et régulièrement (utilisation optimale)	Méthodes naturelles	20	1-9
	Préservatifs féminins	21	5
	Spermicides	26	6
	Cape cervicale (nullipares)	20	9
	Cape cervicale (multipares)	40	26
	Pas de méthode	85	85

* Correspond à l'efficacité obtenue des essais thérapeutiques.

§ : En dehors de l'allaitement les pilules progestatives pures sont « un peu » moins efficaces que les contraceptifs oraux oestroprogestatifs.

Annexe 2 : Extrait de la fiche mémo HAS 2013 « Contraception chez la femme après une interruption volontaire de grossesse » avril 2013

Dispositifs intra-utérins (DIU) (DIU au cuivre et au lévonorgestrel [LNG])

- **Les DIU sont utilisables après une IVG** (chirurgicale ou médicamenteuse) en l'absence de contre-indications (en particulier malformations utérines, infections en cours ou saignements inexpliqués), après avoir évalué et écarté un risque infectieux (rechercher une infection à *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae*⁹ avant la pose notamment en cas d'IST, infection génitale haute en cours ou récente, âge < 25 ans, partenaires multiples). Les contre-indications du DIU au LNG sont les mêmes que celles des progestatifs.
- **Quel que soit le DIU, il peut être mis en place :**
 - immédiatement au décours de l'aspiration après une IVG chirurgicale (sauf en cas d'épisode infectieux) ;
 - lors de la visite de contrôle après une IVG médicamenteuse si la vacuité utérine à l'échographie est constatée ou si le dosage de bêta-hCG plasmatique est négatif. En cas de doute, le DIU est posé lors des règles suivantes (dans ce cas, une autre contraception doit être utilisée dans l'intervalle).
- Les femmes doivent être informées sur :
 - l'efficacité contraceptive de ces méthodes (voir fiche « Efficacité des méthodes contraceptives ») ;
 - leur longue durée d'action (4 à 10 ans pour les DIU au cuivre, 5 ans pour le DIU au LNG) ;
 - leurs risques potentiels (risque d'expulsion, risque de perforation et de migration le plus souvent lié à la pose [exceptionnelle]) ;
 - l'impact du DIU sur les cycles (règles plus importantes avec le DIU au cuivre, spotting, oligoménorrhée ou aménorrhée avec le DIU au LNG).
- Le DIU au LNG est à privilégier en cas de ménorragies fonctionnelles ou de saignements abondants avec un DIU au cuivre, à condition que les femmes acceptent l'éventualité de ne plus avoir de règles.
- Conseiller aux femmes de consulter 1 à 3 mois après la pose puis annuellement ainsi qu'en cas de douleurs pelviennes, de saignements ou de fièvre inexpliqués.



⁹. Ces examens sont gratuits en centre de planification ou d'éducation familiale.

Annexe 3 : Grille de support des entretiens

(○ : dimensions à explorer

italique : exemple de question à poser)

Consigne de départ:

Vous vous êtes récemment fait poser un stérilet après une IVG, pouvez-vous me raconter comment cela s'est passé?

Déroulement de l'IVG et de la pose		
○ type d'IVG: méd/chir, AG ou AL, terme, structure		
○ accompagnement: entourage, personnel médical		
○ pose du : DIU factuelle: type de DIU, contemporaine de l'IVG ou non, prémédication? durée? suites?		
○ vécu de la pose (exploration modale): douleur, sensation de corps étranger, sentiment d'intrusion, sécurité		
<i>Qu'avez-vous ressenti pendant la pose du DIU ? Quels sont vos sentiments par rapport à cette pose ?</i>		
+ rajoutées à partir de l'entretien 7 : <i>Que pensez-vous de la pose immédiatement après l'IVG, est-ce un avantage ou un inconvénient ?</i>		
<i>Pouvez-vous me parler des douleurs que vous avez ressenties ?</i>		
<i>Avez-vous eu un sentiment de « corps étranger » ?</i>		
Positionnement par rapport au DIU		
○ connaissances avant pose: quanti/quali, par quel biais?		
○ choix du DIU: par qui? influence de qui?		
○ attitude: perso, du partenaire, jugement global du DIU		
○ pourquoi maintenant et pas avant ?		
<i>Comment avez-vous connu le stérilet ?</i> <i>Comment avez-vous décidé de choisir le stérilet ?</i>		
<i>Pourquoi maintenant et pas avant ?</i>		

<p>+ rajoutées à partir de l'entretien 7 :</p> <p><i>Qu'est-ce qui vous a fait changer d'avis sur le stérilet ?</i></p> <p><i>Quelle idée vous faisiez-vous du stérilet avant et après l'IVG ?</i></p>		
Contexte de survenue de l'IVG		
○ contraception au moment de la GNP: oui ou non, raison de l'échec		
○ conscience du risque de grossesse et projet d'enfant		
○ situation de couple: récent? stable? conflits?		
○ situation perso: professionnelle, sociale, état psychique		
<p><i>Comment êtes-vous tombée enceinte ?</i></p> <p><i>Aviez-vous conscience du risque de grossesse ?</i></p> <p><i>Pensiez-vous que vous pouviez tomber enceinte ?</i></p>		
Jugement global a posteriori		
○ correspondance avec ce qu'elle avait imaginé		
○ comment elle aurait voulu que cela se déroule: prémédication, temporalité...		
○ informations qu'elle aurait voulu avoir avant la pose ou avant la grossesse		
<p><i>Comment vous imaginiez-vous la pose du stérilet ?</i></p> <p><i>Avez-vous été surprise de la façon dont s'est déroulée la pose du stérilet ?</i></p> <p><i>Y a-t-il des choses que vous auriez aimé changer ?</i></p> <p><i>Comment pensez-vous que l'on pourrait conseiller les femmes à propos du stérilet ?</i></p>		
Passé gynécologique et contraceptif		
○ gestité, parité: AVB/césarienne/FCS/IVG		
○ ATCD contraceptif: hormonal? corps étranger?		
○ suivi gynéco: par qui? régulier?		

Annexe n°4 : Grille d'analyse transversale

1. La douleur
 - 1.1 Entre représentations et vécu réel
 - 1.2 Douleur de l'IVG et douleur du DIU
 - 1.3 Déterminants du ressenti de la douleur
 - 1.4 Autres références douloureuses

2. Le corps étranger et le rapport au corps
 - 2.1 La conscience du corps étranger
 - 2.2 Représentations de l'objet DIU
 - 2.3 La peur du déplacement
 - 2.4 L'intrusion

3. Le cycle et les règles
 - 3.1 Influence de la contraception sur le cycle
 - 3.2 IVG et DIU
 - 3.3 Le rôle des règles

4. La santé
 - 4.1 Le rejet de la contraception hormonale
 - 4.2 DIU et santé
 - 4.3 La contraception et le suivi médical

5. La vie de couple
 - 5.1 Implication du partenaire dans la contraception et l'IVG
 - 5.2 Sexualité

6. La vie quotidienne et familiale
 - 6.1 La contrainte de la contraception
 - 6.2 Praticité du DIU

7. Vécu psychologique
 - 7.1 Vécu du DIU
 - 7.2 Vécu de la pose couplée à l'IVG
 - 7.3 Vécu de l'IVG

8. Le parcours contraceptif
 - 8.1 Un parcours non linéaire
 - 8.2 Un parcours contraceptif standardisé
 - 8.3 L'information sur la contraception

9. Les rapports avec le système de soins

- 9.1 Le dialogue et l'écoute
- 9.2 La relation de confiance
- 9.3 La critique du système

10. La Grossesse Non Prévüe

- 10.1 Perception du risque de grossesse
- 10.2 Contexte de la GNP
- 10.3 Le vécu de la GNP

11. La maîtrise de la fertilité

- 11.1 Peur de la stérilité
- 11.2 Sentiment de protection contre la GNP
- 11.3 Le contrôle sur la contraception

Annexe 5 : Extrait du document relatif aux freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée - l'HAS 2013 - freins des professionnels

Freins		Type de méthode							Leviers d'action	
		Pilule contraceptive	Patch contraceptif	Implant contraceptif	Anneau vaginal	DIU	Méthodes barrières	Méthodes naturelles		Méthodes définitives
Méconnaissance des risques et des contre-indications	<p>Croyance erronée que le DIU est contre-indiqué chez les nullipares.</p> <p>Surestimation des complications des DIU (grossesses extra-utérines, infections pelviennes).</p> <p>Sous-estimation des effets indésirables des pilules de 3^e et 4^e génération.</p>	✓				✓				Formation initiale et continue des médecins généralistes, gynécologues, et sages-femmes.
Méconnaissance de certains contraceptifs					✓		✓			Formation initiale et continue des médecins généralistes, gynécologues et sages-femmes.
Formation technique insuffisante ou réticence à la réalisation de gestes techniques	<p>Pose de DIU.</p> <p>Retrait d'implants expliquant leur réticence à en poser.</p>			✓		✓				Formation initiale et continue en particulier des médecins généralistes.
Contraintes matérielles et de temps pour la pose de DIU	<p>Contraintes matérielles liées à l'absence fréquente du matériel nécessaire à la pose de DIU chez les médecins généralistes.</p> <p>Contraintes liées au mode de prise en charge (paiement à l'acte).</p>			✓		✓				Information sur les kits de pose et de retrait d'implant et de DIU.
Réticence à informer et à proposer une contraception définitive	<p>Difficulté à porter atteinte à l'intégrité du corps dans une optique préventive.</p> <p>Méconnaissance de la loi de 2001.</p>								✓	<p>Information des femmes et des hommes sur ces méthodes.</p> <p>Formation des médecins.</p>

THÈSE DE Mademoiselle ROCCHI Delphine

Vu, le Directeur de thèse



DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE
Faculté de Médecine Pierre & Marie Curie
27, rue Chaligny
75571 Paris cedex 12
☎ 01 40 01 14 05 ou 13 05

Vu, le Président du jury de thèse

Professeur J.-M. ANTOINE

Service de Gynécologie - Obstétrique
et Médecine de la Reproduction
Hôpital TENON
04, rue de la Chine
75970 PARIS CEDEX 20
Tél. 01 56 01 61 02 / Fax 01 56 01 61 17
jean-marie.antoine@tnn.aphp.fr

**Vu, le Doyen de la
Faculté de Médecine
d'ANGERS**

Professeur I. RICHARD

Vu et permis d'imprimer

**VÉCU DE LA POSE D'UN DISPOSITIF INTRA-UTÉRIN EN POST-IVG IMMÉDIAT:
ANALYSE QUALITATIVE DES REPRÉSENTATIONS, FREINS ET EXPÉRIENCES
DES FEMMES AU CENTRE D'ORTHOGENIE DU KREMLIN-BICÊTRE.**

RESUME

Lorsqu'il est posé dans les suites immédiates d'une IVG, le dispositif intra-utérin est un moyen sûr et efficace pour faire diminuer le risque de grossesse ultérieure. Il n'est pourtant choisi que par 16,5 % des femmes après une IVG. Le but de cette thèse est d'étudier quelles sont les représentations des femmes à propos du DIU, comment elles vivent la pose d'un DIU dans ce contexte, et de comprendre quels sont leurs freins à son utilisation.

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés chez 10 femmes ayant bénéficié d'une IVG (toutes méthodes) avec pose de DIU au centre d'orthogénie du Kremlin-Bicêtre. Les entretiens ont été réalisés entre 1 et 4 mois après la pose.

Il existe un décalage important entre les représentations des femmes autour du DIU, souvent erronées, et le vécu réel des événements. La douleur et l'appréhension du corps étranger ressenties lors de la pose du DIU sont minimales, et la pose est un événement bien moins marquant que l'IVG. Certaines sensations corporelles post-opératoires et modifications du cycle menstruel peuvent être temporairement sources d'inquiétudes pour les femmes, mais l'attitude soutenante et les explications de l'équipe de soins sont efficaces pour les rassurer. L'information éclairée de la patiente tout au long du processus joue un rôle primordial dans le choix du DIU et le bon vécu de l'intervention. Ce choix nécessite toutefois d'accepter de planifier de façon stricte sa fécondité.

La pose d'un DIU en post-IVG est très bien vécue par les femmes qui choisissent cette option. Renforcer l'information des femmes et des professionnels de santé permettrait d'augmenter son utilisation et son acceptabilité.

MOTS-CLES

Dispositifs intra-utérins	Comportement en matière de contraception
Interruption légale de grossesse	Douleur
Image du corps	Corps étranger
Grossesse non planifiée	Médecine Générale

FORMAT

Mémoire
 Article¹ : à soumettre soumis accepté pour publication publié

¹ statut au moment de la soutenance

suivi par: