

# Les dispositifs intra-utérins

PAR KILIANE DESCHAMPS, SAGE-FEMME

## LA POPULATION CONCERNÉE

**L**es recommandations de 2004 de la Haute Autorité de Santé (HAS) déclarent le DIU comme contraception de première intention pour l'ensemble des femmes, quels que soient leur âge, leur parité et leur gestéité<sup>(1)</sup>.

La pose peut être réalisée dès que les contre-indications, les risques infectieux, le risque de grossesse extra-utérine et les situations à risques ont été écartés<sup>(1)</sup>. L'OMS considère que les avantages de cette méthode de contraception, avant l'âge de 20 ans, l'emportent sur les risques théoriques ou avérés<sup>(2)</sup>.

Le DIU est le second mode de contraception choisi par les femmes avec un taux d'utilisation de 21 % de Françaises en âge de procréer<sup>(3)</sup>.

Selon les résultats de l'INED, 1,3 % de nullipares de 15-49 ans utilisent un DIU, 20 % des femmes ayant déjà eu un enfant et 40 % pour les femmes ayant deux enfants ou plus. Son taux d'utilisation augmente avec l'âge, passant de 1,4 % chez les jeunes de 20-24 ans à 36,5 % chez les femmes de 45-49 ans. Le DIU est utilisé en premier choix chez les femmes de plus de 45 ans ou ayant atteint le nombre d'enfants souhaité<sup>(4)</sup>. La même étude montre qu'entre 2010 et 2013, le taux de prescription du DIU a progressé passant de 2 % à 5 % chez les femmes de 20-24 ans et a doublé (de 8 % à 16 %) chez les femmes de 25-29 ans.

Cette augmentation a aussi été perçue chez les patientes nullipares avec une augmentation de 0,4 % à 8 %. On observe donc une relative atténuation quant à la sous-prescription de DIU chez les jeunes et/ou les nullipares. Seule l'utilisation chez les nullipares âgées de moins de 25 ans n'a pas augmenté.

## DESCRIPTION DES DIU

Il existe deux types de DIU :

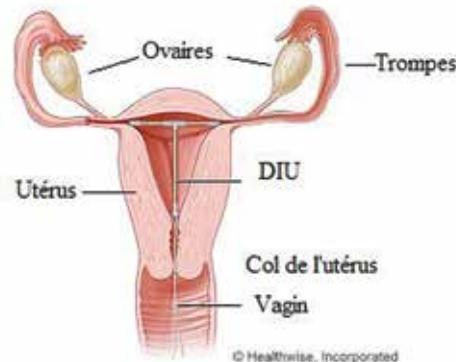
- Le DIU hormonal comprenant une hormone progestative,
- Le DIU au cuivre.



Le DIU hormonal

Le DIU au cuivre

Ils sont fondés sur le même modèle : un axe vertical raccordé à deux bras flexibles au pôle supérieur, deux fils en nylon au pôle inférieur, permettant le contrôle de la présence et le retrait du DIU. De nombreuses formes ont vu le jour au fur et à mesure de leur développement : formes arrondies, spirales, boucles, formes trapézoïdales, doubles « S », formes en « T ». Ils sont positionnés dans la cavité utérine.



Position du DIU dans l'utérus<sup>(5)</sup>

Deux formes sont présentes sur le marché, pour s'adapter à la hauteur de la cavité utérine, une taille dite « standard » et une « short » plus adaptée pour les nullipares. Le DIU au cuivre est indiqué en première intention, le DIU à la progestérone type Lévonorgestrel est le seul indiqué en cas d'antécédent de thrombose<sup>(6)</sup>.

## MÉCANISME D'ACTION

Le DIU au cuivre va créer une réaction locale inflammatoire toxique pour les spermatozoïdes et l'ovocyte, permettant d'empêcher la fécondation, et la nidation si la fécondation a eu lieu. Le DIU au cuivre est aussi utilisé comme contraception d'urgence dans les cinq jours suivant le rapport sexuel à risque. Le DIU à la progestérone type Lévonorgestrel agit, en plus, sur l'endomètre (décidualisation et atrophie) et épaisse la glaire cervicale, la rendant imperméable aux passages des spermatozoïdes. Il offre ainsi une protection supplémentaire importante contre une éventuelle grossesse<sup>(7)</sup>.

Les effets indésirables, le climat hormonal, la parité, les désirs de la patiente sont à prendre en compte lors du choix du type de DIU.

## L'EFFICACITÉ

Les DIU présentent un indice de Pearl excellent. Il est de 0,2 % pour le DIU à la progestérone, et de 0,6 % pour le DIU au cuivre, selon l'OMS<sup>(8)</sup>.

L'indice de Pearl est un outil statistique permettant de mesurer l'efficacité des méthodes de contraception, il

suite p. 14 >

# matilia® GROSSESSE

Recommandé par  
les Sages-Femmes

## Smoothies

100% Fruits

Sans sucres  
ajoutés

Faites le plein de vitamines  
fruitées toute l'année !

Calcium

Vitamine D

Fer

Vitamine C

Acide folique

Fibres



Matilia & Nébilia

matiliaetnebilia

Fabriqué en  
**FRANCE**

Vendu par pack de 4 bouteilles de 200 ml.



Notre boutique en ligne :  
[matilia.fr](http://matilia.fr)

correspond au nombre de grossesses observées pour 100 femmes utilisant une contraception donnée durant un an<sup>(1)</sup>.

La sécurité contraceptive est optimale. Il s'agit d'une contraception de première intention, de longue durée, sans souci d'observance, ni de contrainte et pour laquelle aucun risque cancéreux ou cardio-vasculaire n'est établi (selon les recommandations HAS de 2004). Notons toutefois que les DIU ne protègent pas contre les infections sexuellement transmissibles.

Les DIU au cuivre sont efficaces dès le premier jour de l'insertion selon INPES.

## DURÉE D'ACTION ET COÛT ÉCONOMIQUE

Pour les DIU au cuivre, la durée d'efficacité est de quatre à dix ans, une fois mis en place par un gynécologue, une sage-femme ou un médecin. La durée est de cinq ans pour les DIU à la progestérone type Lévonorgestrel Mirena® et de trois ans pour Jaydess®.

Le coût du DIU au cuivre est estimé à 30,50 € et celui du DIU hormonal à 125,15 €. Le bénéfice économique est alors considérable comparé aux autres méthodes de contraception (pour la pilule le coût varie entre 1,88 € et 14 € pour un mois). Le DIU est remboursé à 65 % par l'assurance-maladie sur prescription médicale<sup>(9)</sup>.

Le DIU constitue la méthode contraceptive la moins coûteuse à la fois en matière de coût total (dispositif, prescription et suivi) et en charge annuelle pour les femmes (un contrôle est nécessaire, un à trois mois après la pose, puis un rendez-vous gynécologique annuel suffit en absence de signe fonctionnel). La délivrance est gratuite et confidentielle, en pharmacie, pour les mineures d'au moins 15 ans assurées sociales ou ayant droit et dans les Centres de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF) sans conditions d'âge et pour les non-assurés sociaux.

## AUTRES AVANTAGES

Le DIU combine plusieurs autres avantages tels que la simplicité d'utilisation, le confort, mais aussi l'absence d'hormones (DIU au cuivre), et présente des effets sur les règles douloureuses et abondantes (DIU aux hormones).

Le retrait est possible à tout moment et ne retarde pas le retour à la fertilité. Il est également possible de l'utiliser en cas d'allaitement maternel.

## LES COMPLICATIONS

### ■ LES PRINCIPAUX EFFETS SECONDAIRES

Parmi les principaux effets secondaires, on retrouve les effets liés à l'insertion tels que les douleurs, les crampes, les contractions utérines, ou les saignements. Des modifications du cycle menstruel à type de ménorragies peuvent également apparaître essentiellement pour les DIU au cuivre, ainsi que des dysménorrhées.

On retrouve dans la littérature des risques tels que l'expulsion, la malposition ou la perforation utérine par le DIU<sup>(10)</sup>. Existe également le risque d'infections génitales hautes ou de grossesses extra-utérines<sup>(11)</sup>.

**54 % des femmes interrogées, en 2010, considèrent que le DIU ne peut être posé chez les femmes n'ayant pas eu d'enfant.**

### ■ LES CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES

Les contre-indications absolues sont la grossesse, les infections pelviennes aiguës, récentes ou récidivantes, les malformations utérines déformant la cavité utérine, les saignements d'origine génitale inexplicable, le cancer de l'utérus et les cardiopathies valvulaires (en raison des risques infectieux)<sup>(11)</sup>.

### ■ LES CONTRE-INDICATIONS RELATIVES

Les contre-indications relatives comprennent les antécédents de grossesse extra-utérine, les ménorragies, les myomes utérins (fibromes) avec déformations de la cavité utérine, et une hypersensibilité ou allergie au cuivre pour les DIU au cuivre (maladie de Wilson)<sup>(11)</sup>. Les contre-indications spécifiques au DIU à la progestérone regroupent la thrombose veineuse profonde, l'embolie pulmonaire en cours, la migraine avec symptômes neurologiques, le cancer du sein, la cardiopathie ischémique actuelle et les affections hépatiques.

### ■ LES INCONVÉNIENTS

Certains DIU peuvent avoir une incidence sur l'abondance et la durée des menstruations, notamment les DIU au cuivre. Il existe néanmoins plusieurs risques, comme l'infection après la pose, le risque d'expulsion ou encore le risque de perforation ou de migration le plus souvent liée à la pose<sup>(6)</sup>.

### ■ LES FREINS RENCONTRÉS

Le faible taux d'utilisation du DIU chez les jeunes et/ou les nullipares est d'origine multifactorielle. Il résulte tant des réticences du corps médical que de celle des patientes. Il existe des préjugés, et une quantité d'informations de qualité et de fiabilité douteuses circulant sur les sites internet et dans les forums de discussions<sup>(12)</sup>.

Les mauvaises représentations par les femmes et par les professionnels de santé entraînent un manque de connaissances sur cette méthode de contraception. En effet 54 % des femmes interrogées, en 2010, considèrent que le DIU ne peut être posé chez les femmes n'ayant pas eu d'enfant<sup>(15)</sup>. De plus, le fait que le taux d'utilisation chez les nullipares de moins de 25 ans n'ait pas augmenté montre que les réticences quant à l'utilisation du DIU chez ces jeunes persistent toujours à l'heure actuelle.

Le meilleur taux de connaissance sur les DIU est détenu par les femmes les plus âgées, les multipares, celles ayant un niveau d'études plus élevé et celle ayant un suivi gynécologique régulier<sup>(7)</sup>.

D'autres études nous montrent que la survenue de complications durant la pose et le retrait des DIU est un frein à la prescription par les professionnels de santé. Cela peut être dû à un manque de formation adapté à la technique de pose<sup>(12)</sup>.

En France, en 2010, selon une enquête menée par l'INSERM, 69 % des gynécologues et 84 % des généralistes considèrent que le DIU ne peut pas être proposé à une femme n'ayant pas eu d'enfant. Aux États-Unis, 60 % des professionnels de santé ne prescrivent pas de DIU et 30 % n'ont pas confiance en ce moyen de contraception<sup>(13)</sup>.

Ainsi donc, il existe encore de nombreuses idées reçues qui vont à l'encontre des recommandations de l'HAS et des études récentes ainsi que du principe du choix éclairé envers les patientes.

## LA POSE

### ■ QUAND RÉALISER LA POSE ?

Il est préférable de poser le DIU durant la première partie du cycle, indicateur d'absence de grossesse (accord professionnel). Pendant les menstruations, il semblerait que le col soit légèrement ouvert facilitant l'insertion. La pose peut aussi être réalisée durant toute la période du cycle, après vérification d'absence de grossesse<sup>(1)</sup>.

Il peut également être posé dans les suites immédiates de fausses couches spontanées ou d'interruption volontaire de grossesse, ou dans le post-partum immédiat (dans les 48 premières heures).

Il n'est pas recommandé de poser un DIU entre 48 heures et quatre semaines de post-partum. De même si une patiente présente un risque accru d'infection sexuellement transmissible<sup>(14)</sup>.

### ■ AVANT LA POSE

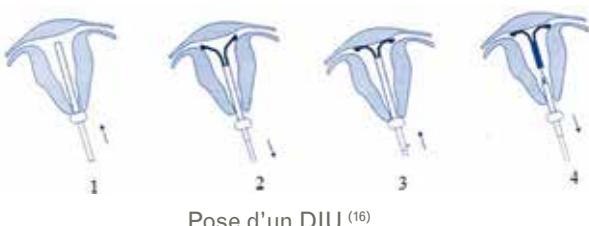
Un premier rendez-vous aura lieu en amont de la pose, durant lequel l'ensemble des méthodes de contraception sera exposé pour éclairer au mieux le choix de la patiente.

L'OMS conseille le recours à la méthode BERCER (Bienvenu Entretien Renseignement Choix Explication Retour) lors d'une consultation de contraception, à l'issue de laquelle, une ordonnance sera remise à la femme, ainsi qu'une pré-médication au choix de l'intervenant<sup>(8)</sup>.

Avant la pose, une anamnèse et un examen gynécologique devront être effectués. Un prélèvement vaginal sera réalisé en cas de suspicion d'infection génitale (à la recherche de *Chlamydia trachomatis* et à *Neisseria gonorrhoeae*) ou de pratiques sexuelles à risques<sup>(15)</sup>.

### ■ APRÈS LA POSE

Au décours de la pose du DIU, sa position sera contrôlée par échographie<sup>(18)</sup>. La patiente doit être informée des risques de saignements, de sensations de gêne, des douleurs à type de contractions utérines. Puis il lui sera remis une carte (généralement fournie avec le dispositif), rappelant la date de la pose, et la date approximative du retrait, ainsi que le numéro de lot.



## TECHNIQUE DE POSE

La technique de pose et la présentation des instruments peuvent différer selon le type de DIU et du laboratoire pharmaceutique qui le commercialise, cependant le principe reste globalement identique :

- Mettre en place le spéculum, après avoir installé la femme en position gynécologique ;
- Vérifier la position et la taille de la cavité utérine (à l'aide d'un hystéromètre) afin d'assurer une insertion correcte du DIU ;
- Placer la bague sur le tube inserteur au niveau de la mesure retrouvée ;
- Introduire le tube inserteur avec le poussoir par le canal cervical jusqu'à la bague, en butant sur le fond utérin ;
- Le reculer et laisser ainsi le DIU en place dans la cavité utérine ;
- Retirer le matériel et couper les fils.

**Il est impératif que la pose soit faite par un professionnel de santé formé, muni des instruments appropriés, dans le respect des conditions d'asepsie. L'emballage du DIU ne doit pas avoir été ouvert ni endommagé<sup>(17)</sup>.**

Les utilisatrices doivent être informées des avantages et des possibles inconvénients de la contraception par DIU, afin qu'elles soient en mesure de reconnaître les signes de complications le plus précolement possible<sup>(17)</sup>.

Une consultation sera réalisée un à trois mois après la pose afin de s'assurer que le DIU est bien toléré (douleur, métrorragies, règles anormales), ainsi que l'absence de signes cliniques d'infection génitale. La position du DIU dans la cavité utérine devra être contrôlée par échographie pour vérifier qu'il ne soit pas expulsé, en effet la présence visible des fils au spéulum n'exclut pas une perforation ou une malposition du DIU<sup>(10)</sup>.

**La femme doit connaître les signes d'alerte de consultation en urgence :**

- Les douleurs ou crampes soudaines
- Les leucorrhées inhabituelles et malodorantes
- Les métrorragies ou saignements ininterrompus
- Les aménorrhées avec un DIU au cuivre
- Retard ou absence de règles (sauf si DIU hormonal)
- Fils non perceptibles
- Signes évocateurs d'une grossesse : tension des seins, nausées matinales, fatigue entre autres.

Le DIU peut être retiré dès que la femme le souhaite. Après

**Il est préférable de poser le DIU durant la première partie du cycle, indicateur d'absence de grossesse.**

la mise en place d'un spéculum, le DIU sera enlevé en tirant sur les fils du dispositif à l'aide d'une pince longuette.

En absence de visualisation des fils, il convient de s'assurer que le dispositif est bien dans l'utérus, par une échographie avant le recours éventuel à une instrumentation spécifique de retrait (canule de Novak, pince fine courbe...).

Le renouvellement du DIU peut se faire le même jour que le retrait du précédent ou une contraception temporaire peut être proposée à la femme si cette dernière exprime le souhait de changer de contraception<sup>(14)</sup>.

## RÉFÉRENCES

1. HAS. Haute Autorité de Santé - *Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles* [Internet]. [cité 29 sept 2016]. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr>
2. OMS, éditeur. *Critères des recevabilités pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*. 28 août 2016 ;
3. Association Nationale des Centres d'IVG et de contraception. *La contraception au fil du temps* [Internet]. 2017 [cité 19 avr 2017]. Disponible sur : <http://www.avortementancic.net/>
4. Paitraud D. *La contraception en France : utilisation de la pilule en baisse et diversification des méthodes* [Internet]. VIDAL. 2014 [cité 2 oct 2016]. Disponible sur : <https://www.vidal.fr/>
5. Healthwises Staff. *Intrauterine Device (IUD) Insertion : Care Instructions* [Internet]. 2016 [cité 18 avr 2017]. Disponible sur : <https://myhealth.alberta.ca/>
6. Association française pour la contraception. *Le Dispositif Intra-Utérin (DIU)* [Internet]. 2014 [cité 29 sept 2016]. Disponible sur : <http://www.contraceptions.org/>
7. Moine L. *Évaluation des connaissances des primipares concernant les contraceptifs intra-utérins* [Internet]. [Bourg-en-Bresse, France] : Université Claude Bernard Lyon 1 ; 2015 [cité 29 sept 2016]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/>
8. HAS. Haute Autorité de Santé - *Contraception : prescriptions et conseils aux femmes* [Internet]. [cité 29 sept 2016]. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr>
9. Inconnu. DIU - *Dispositif intra-utérin* [Internet]. *Choisir sa contraception*. [cité 26 mars 2017]. Disponible sur : <http://www.choisirsacontraception.fr>
10. Nohuz E, Battista R, Tamburro S, Leonenko M, Bayeh S, Varga J, et al. *A more and more painful intrauterine device... where it is not enough to see the wires to exclude malposition !* Gynecol Obstet Fertil. avr 2014; 42 (4): 261-4.
11. IENA Gynécologie obstétrique. *Contre-indications à l'utilisation du Stérilet* [Internet]. [cité 25 sept 2016]. Disponible sur : <http://www.igogyneco.com/>
12. HAS. *État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée* [Internet]. [cité 29 sept 2016]. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr>
13. Lefèvre M. *Contraception intra-utérine chez la femme nullipare*. Revue de la littérature [Internet]. 2015 [cité 2 oct 2016]. Disponible sur : <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/>
14. Gaucher M. *Appréciation d'une brochure d'information sur les dispositifs intra-utérins à l'officine* [Internet]. 2015 [cité 29 sept 2016]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/>
15. Desoubry N. *Contraception intra-utérine : information des patientes* [Internet]. 2016. Disponible sur : <http://dumas.ccsd.cnrs.fr>
16. Bernardet-Vaksmann L. *Gestes pratiques en gynécologie* [Internet]. [cité 25 mars 2017]. Disponible sur : <http://formathon.fr>
17. Vidal. MONA LISA® [Internet]. [cité 25 août 2016]. Disponible sur : [vidal.fr](http://vidal.fr)
18. Inconnu. *Les stérilets* [Internet]. [cité 24 avr 2017]. Disponible sur : <https://www.gyneobs.com/>

# Prise en charge de la douleur lors de la pose d'un dispositif intra-utérin

## ÉTAT DES LIEUX DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DANS LE PUY-DE-DÔME

PAR KILIANE DESCHAMPS, SAGE-FEMME

*Étude descriptive observationnelle de type transversal.*

### L'ÉTUDE

**L'**étude a duré cinq mois. Elle a débuté par l'envoi de courriers électroniques aux professionnels concernés par l'étude et s'est poursuivie par la distribution des questionnaires du mois d'octobre 2016 à janvier 2017.

### LIEU DE L'ÉTUDE

Cette étude a été réalisée dans le Puy-de-Dôme, dans l'ensemble des établissements de santé privés ou publics, dans les cabinets des sages-femmes libérales et dans les centres de périnatalité de proximité.

### LES OBJECTIFS

#### ■ L'OBJECTIF PRINCIPAL

L'objectif principal de ce travail était de décrire l'état des lieux des pratiques des professionnels dans le Puy-de-Dôme concernant la prise en charge de la douleur lors de la pose d'un dispositif intra-utérin.

Le critère de jugement principal a été le pourcentage des pratiques déclarées entre les différentes méthodes de prise en charge (% d'antispasmodiques, % des anti-inflammatoires non stéroïdiens, % d'antalgiques...).

#### ■ L'OBJECTIF SECONDAIRE

L'objectif secondaire était d'étudier et d'évaluer l'adéquation entre les pratiques professionnelles des sages-femmes libérales et les sages-femmes exerçant dans les centres hospitaliers.

Le critère de jugement secondaire a été le pourcentage des pratiques déclarées entre les différentes méthodes de prise en charge.

### MÉTHODE

#### MATÉRIELS

#### ■ POPULATION CIBLE

La population cible a compris l'ensemble des sages-femmes en activité dans le Puy-de-Dôme. Ce département compte

66 sages-femmes libérales, 5 sages-femmes travaillant à la Protection Maternelle et Infantile, 1 sage-femme exerçant en milieu scolaire/universitaire et 135 en milieu hospitalier.

#### ■ POPULATION SOURCE

La population source a été constituée des sages-femmes volontaires réalisant des consultations et le suivi gynécologique et pratiquant la pose des dispositifs intra-utérins, dans le Puy-de-Dôme.

#### ■ CRITÈRES D'INCLUSION

L'ensemble des sages-femmes réalisant la pose des dispositifs intra-utérins lors de consultations gynécologiques et de contraceptions a été inclus.

#### ■ CRITÈRES D'EXCLUSION

Ont été exclues de l'étude les sages-femmes ne réalisant pas de consultations gynécologiques telles que les sages-femmes des centres hospitaliers du Puy-de-Dôme ne pratiquant pas de consultations de grossesses ou de visites post-natales, et les coordinatrices.

### ANALYSE DE L'ÉTUDE

#### ■ LES LIMITES DE L'ÉTUDE

Parmi les limites de notre étude, nous pouvons noter un biais de sélection, les résultats de l'enquête se limitant à un seul département: le Puy-de-Dôme.

De plus notre étude ne s'intéresse qu'aux pratiques professionnelles des sages-femmes, cependant d'autres professionnels réalisent la pose de DIU notamment les gynécologues médicales, les gynécologues obstétriciens, les internes en gynécologie, en obstétrique ou médecine générale, et les médecins généralistes.

On retrouve aussi un faible taux de sages-femmes hospitalières en consultations réalisant des poses de DIU soit 14,5 % de notre échantillon, cependant peu de sages-femmes en milieu hospitalier réalisent des consultations gynécologiques.

Il faut aussi noter l'absence de cotation avérée de la douleur dans les questionnaires par l'EVA par les patientes.

#### ■ LES AVANTAGES

Les résultats de l'enquête montrent une participation active de la part des sages-femmes libérales s'élevant à 65,2 % de participation, entraînant une multiplication des points de vue. On note également une participation de 60 % par les sages-femmes exerçant à la PMI.

L'anonymat des questionnaires permet une fiabilité des réponses données par les professionnels de santé et ainsi des résultats plus représentatifs des pratiques actuelles. Les questions fermées permettent une simplicité de questionnement, un recueil de données standardisé, une rapidité de réponse et d'exploitation des données, cependant elles induisent une réponse et laissent peu de place aux avis personnels. Les questions ouvertes sont riches de renseignements, mais sont plus difficiles à exploiter statistiquement, car les réponses sont très hétérogènes.

On retrouve peu d'études s'intéressant à ce sujet dans la littérature, de plus il n'existe pas de recommandations

concernant la prise en charge de la douleur lors de la pose de DIU, ce qui entraîne une grande variabilité au niveau des résultats de notre recherche.

### L'ANALYSE DES RÉSULTATS

#### ■ CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON

Nous pouvons constater un taux de réponse satisfaisant s'élevant à 64,7 %. Ce taux peut s'expliquer par une approche par mail au préalable des professionnels afin de leur présenter le sujet, les objectifs du mémoire, et ainsi de les prévenir de l'envoi du questionnaire. Cette méthode a permis de sensibiliser les professionnels et de les motiver à participer à notre travail de recherche.

Notre population est répartie en quatre groupes: les sages-femmes libérales, les hospitalières, les sages-femmes exerçant à la PMI et les sages-femmes exerçant en milieu scolaire/universitaire. Aucune sage-femme exerçant en centre de planification et d'éducation familial ou dans un centre périnatal de proximité n'a répondu au questionnaire.

Dans notre enquête, l'exercice libéral semble surévalué. En effet, 78,2 % des sages-femmes ayant répondu exercent en milieu libéral, alors qu'en France, ce secteur représente 17,6 % des sages-femmes<sup>(1)</sup>. Néanmoins, les sages-femmes libérales sont davantage sollicitées pour réaliser des suivis gynécologiques et consultations de contraception. Cette surreprésentation correspond donc au fait que l'enquête a été menée auprès des professionnels réalisant des consultations de gynécologie et pose de DIU.

Notre échantillon compte 14,5 % de sages-femmes hospitalières, 5,5 % de sages-femmes travaillant en PMI et 1,8 % en milieu scolaire/universitaire.

Notre population est constituée d'une majorité de jeunes diplômés avec moins de dix ans d'expérience et leurs connaissances peuvent être différentes et plus récentes. L'âge moyen des sages-femmes françaises en activité est de 40,3 ans<sup>(1)</sup>.

Ce taux important de participation par les jeunes diplômées peut s'expliquer par le fait qu'elles soient plus sensibles aux travaux de recherche de fin d'études, et elles sont plus habituées à l'outil informatique utilisé pour ce travail.

Dans l'échantillon étudié, un tiers des sages-femmes possèdent un diplôme universitaire supplémentaire à leur formation initiale, et dans la majorité des cas, il est détenu par une sage-femme libérale.

#### ■ ANALYSE DU TYPE D'ACTIVITÉ

##### Réalisation de consultation de contraception, suivi gynécologique et pose de DIU

Parmi les sages-femmes interrogées, la quasi-totalité

**Dans l'échantillon étudié, un tiers des sages-femmes possèdent un diplôme universitaire supplémentaire à leur formation initiale, et dans la majorité des cas, il est détenu par une sage-femme libérale.**

réalise des consultations de contraception et des suivis gynécologiques et une partie pratique la pose de DIU.

Les résultats montrent qu'il y a seulement dans le secteur libéral que certaines sages-femmes ne réalisent pas de consultations de contraception et des suivis gynécologiques, de plus il semblerait que ces dernières soient celles diplômées avant les nouvelles réformes incluant le suivi gynécologique dans les compétences des sages-femmes. Dans les autres secteurs, l'ensemble des sages-femmes interrogées réalisent des consultations de contraception et des suivis gynécologiques.

Pour les sages-femmes hospitalières, la pose de DIU se fait principalement à la visite post-natale. Pour celles ne pratiquant pas la pose du DIU, elles expliquent que le temps de consultation n'est pas assez long pour réaliser à la fois la consultation post-natale et la pose du DIU, mais qu'elles réorientent systématiquement les patientes vers d'autres professionnels.

Aucune sage-femme de PMI ne réalise de pose de DIU. Ces dernières l'expliquent par un matériel inadapté, et par la rencontre des jeunes femmes en difficulté sociales, financières ou psychologiques, ne connaissant pas ce moyen de contraception.

#### Profil de la patientèle

L'étude montre que les DIU sont majoritairement posés aux femmes ayant déjà eu un ou plusieurs enfants, et ayant plus de 25 ans. Ces résultats sont semblables à ceux rencontrés dans la littérature<sup>(2)</sup>. D'après les commentaires généraux confiés par les sages-femmes de notre étude, ces résultats montrent que la population générale est mal informée sur les indications de la pose du DIU, et nombreuses ont été celles à avoir exprimé le souhait d'une campagne d'informations relatives à ce moyen de contraception.

Le type de DIU est laissé au choix de la patiente après avoir expliqué les bénéfices et risques de chaque modèle comme le recommande l HAS<sup>(3)</sup>. Et d'après les résultats, il semblerait que les femmes du département du Puy-de-Dôme préfèrent le modèle au cuivre sans hormones, comme le reste de la population française actuelle<sup>(4)</sup>.

#### ■ ANALYSE DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES LORS DE LA POSE

Concernant le moment de la pose du DIU, les recommandations de l HAS conseillent de la réaliser pendant la première phase du cycle afin de s'assurer que la femme ne soit pas enceinte<sup>(5)</sup>. Les résultats de l'étude montrent que la majorité des sages-femmes libérales posent les DIU pendant les menstruations. Pour la moitié des sages-femmes hospitalières, le moment de la pose d'un DIU n'a pas d'importance. Certaines études montrent que la pose est plus aisée et moins douloureuse pour les femmes pendant les menstruations car le col est plus perméable<sup>(5)</sup>. Il semblerait que les sages-femmes exerçant dans le milieu libéral soient plus sensibilisées à la douleur provoquée par cette pratique.

D'après les recommandations de l HAS, un examen gynécologique ainsi qu'une mesure de la hauteur de l'utérus doivent être réalisés en amont de la pose du DIU<sup>(5)</sup>, 28,8 %

---

**Certaines études montrent que la pose est plus aisée et moins douloureuse pour les femmes pendant les menstruations car le col est plus perméable.**

---

des sages-femmes suivent ces recommandations et réalisent une hystérométrie avant la pose. On note qu'il s'agit uniquement des sages-femmes exerçant en milieu libéral et des sages-femmes réalisant des consultations en milieu scolaire/universitaire.

Lors de la pose d'un DIU, l'utilisation de la pince de Pozzi n'est pas recommandée de façon systématique et d'après la thèse de Lori Savignac-Krikorian, les professionnels en ont parfois besoin mais en deuxième voire troisième intention après avoir essayé de bloquer l'utérus avec une main abdominale ou après avoir changé la position de la patiente<sup>(6)</sup>. D'après les résultats de notre étude, une majorité de sages-femmes ont recours à cette pince, soit majoritairement de façon systématique, soit pour faciliter l'accès l'insertion. On note que généralement les sages-femmes hospitalières l'utilisent de façon systématique.

Il semblerait donc que les sages-femmes libérales soient plus sensibilisées à la douleur engendrée par cette pratique et utilisent d'autres méthodes pour avoir accès au col (changement de position de la patiente par exemple).

#### ■ ANALYSE DE PRATIQUES PROFESSIONNELLES CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

D'après les résultats de notre étude, les femmes souhaitant ce moyen de contraception appréhendent la pose. Les sages-femmes rassurent les femmes en leur prescrivant une prémédication et en leur dispensant des conseils et informations sur la douleur pouvant être ressenties lors de la pose.

L HAS annonce que l'administration d'antalgiques avant la pose peut être proposée, notamment chez une femme nullipare dans la mesure où son risque de douleur est décrit comme plus élevé que chez la femme multipare<sup>(5)</sup>.

Dans notre étude dans le Puy-de-Dôme, la quasi-totalité des sages-femmes prennent en charge la douleur.

D'après les résultats, il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre le fait de prescrire une prémédication avant la pose d'un DIU et le secteur d'activité. On peut donc déduire que l'ensemble des sages-femmes réalisant la pose d'un DIU a conscience de la douleur et juge nécessaire la prise en charge de la douleur.

On note cependant une différence dans les méthodes de prise en charge de la douleur entre les sages-femmes libérales et les sages-femmes hospitalières. Les premières ont tendance à prescrire principalement de l'homéopathie ou des antispasmodiques, seuls ou en association avec une autre molécule. Les sages-femmes hospitalières ont tendance à moins faire d'associations entre les molécules et prescrivent des antispasmodiques seuls généralement, ou en association avec d'autres molécules. Les AINS sont

peu recommandés par les sages-femmes, notamment du fait qu'elles ne peuvent le prescrire en dehors du post-partum. D'autres techniques peuvent soulager les femmes pendant la pose d'un DIU, les résultats nous montrent que seules les sages-femmes libérales proposent d'autres techniques, notamment elles conseillent l'utilisation de la phytothérapie ou encore la relaxation.

Les réponses concernant la prise en charge de la douleur par les sages-femmes sont trop variées pour élaborer un protocole efficace.

### ■ ANALYSE DE LA SATISFACTION ET DU RESENTI DES SAGES-FEMMES

Comme les résultats retrouvés dans la littérature, les sages-femmes du Puy-de-Dôme interrogées estiment que la relation de confiance avec la patiente permet de diminuer l'apprehension de la douleur<sup>(7)</sup>. Tout comme l'explication de la procédure étape par étape diminuerait la perception de la douleur<sup>(8)</sup>.

Dans la majorité des cas, la pose a été vécue comme moins douloureuse que prévu par les patientes, ces résultats sont semblables à ceux retrouvés dans la littérature<sup>(9)</sup>.

Les sages-femmes du Puy-de-Dôme sont globalement satisfaites de leur prise en charge, et une majorité souhaiterait améliorer leurs techniques (rapidité, dextérité) et rendre le geste le moins douloureux possible. Un manque de connaissance par les femmes concernant ce moyen de contraception a également été noté.

### PROJET D'ACTION

Ce travail nous a permis de montrer qu'il était important de prendre en charge la douleur lors de la pose d'un DIU, et voici quelques actions qui pourraient être envisagées pour améliorer les pratiques.

#### ■ LA MÉTHODE DE LA « TORPILLE »

Dans les commentaires généraux, une sage-femme a déclaré utiliser la méthode « torpille », ou pose directe ou encore de floraison. Il s'agit d'une méthode de pose non validée, n'utilisant ni hystérométrie, ni pince de Pozzi.

Cette méthode présenterait certains avantages (moins de spasme utérin et moins de douleur notamment). Cette technique est également jugée par certains professionnels y ayant recours comme plus simple et plus rapide<sup>(10, 6)</sup>.

#### ■ BROCHURE D'INFORMATION

À l'issue de notre étude, il a été constaté qu'une certaine méconnaissance relative à ce moyen de contraception était associée à une grande appréhension de la pose du DIU par les femmes.

En revanche, on note une prise en charge de la douleur satisfaisante de la part des professionnels. Un outil d'information sous forme d'une plaquette a alors été créé afin de diffuser des informations concernant le DIU. Celui-ci, intitulé « *La pose de mon stérilet* », comprend les informations les plus importantes sur la technique de pose.

Cette brochure pourrait être distribuée à la consultation précédant la pose. Son but est d'informer et de rassurer

**Comme les résultats retrouvés dans la littérature, les sages-femmes du Puy-de-Dôme interrogées estiment que la relation de confiance avec la patiente permet de diminuer l'apprehension de la douleur.**

les futures utilisatrices des DIU. La femme aurait alors le temps de réfléchir à d'éventuelles questions auxquelles le professionnel de santé pourrait répondre avant la pose. Une relation de confiance essentielle entre le professionnel de santé et la femme serait alors établie et l'apprehension de la douleur par la femme lors de la pose du DIU serait alors amoindrie.

Une enquête réalisée en même temps que la diffusion de ces brochures semble être également un projet intéressant car il permettrait d'évaluer l'incidence de ces brochures sur la douleur ressentie lors de la pose d'un DIU par les femmes. Cette étude aurait recours à l'utilisation de l'EVA avant, après la pose, puis à la visite de contrôle dans les trois mois suivant la pose. Notre population de sages-femmes du Puy-de-Dôme et notre questionnaire pourraient servir de modèle et de comparaison pour l'élaboration de ce projet. •

### RÉFÉRENCES

1. CNOSG. *La démographie de la profession* [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 15 mars 2017]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr>
2. Inconnu. *Contraception en France*. Ined - Institut national d'études démographiques [Internet]. [cité 26 mars 2017]; Disponible sur : <https://www.ined.fr>
3. HAS. Haute Autorité de Santé - *Contraception : prescriptions et conseils aux femmes* [Internet]. [cité 29 sept 2016]. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr>
4. Clavreul Laetitia et Béguin François. *La contraception « naturelle » de plus en plus prisée*. Le Monde. [cité 16 avr 2017]; Disponible sur : <http://www.lemonde.fr/>
5. HAS. Haute Autorité de Santé - *Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles* [Internet]. [cité 29 sept 2016]. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr>
6. Savignac Krikorian. *Méthode de pose directe des dispositifs intra-utérins : comment ? pourquoi ?* [cité 18 avr 2017]; Disponible sur : <http://bibnum.univ-lyon1.fr/>
7. Moine L. *Évaluation des connaissances des primipares concernant les contraceptifs intra-utérins* [Internet]. [Bourg-en-Bresse, France] : Université Claude Bernard Lyon 1 ; 2015 [cité 29 sept 2016]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/>
8. Desouby N. *Contraception intra-utérine : information des patientes* [Internet]. 2016. Disponible sur : <http://dumas.ccsd.cnrs.fr>
9. Santos ARG, Bahamondes MV, Hidalgo MM, Atti A, Bahamondes L, Monteiro I. *Pain at insertion of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in nulligravida and parous women with and without cesarean section* [Internet]. Contraception. [cité 29 nov 2015]. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
10. Gaucher M. *Appréciation d'une brochure d'information sur les dispositifs intra-utérins à l'officine* [Internet]. 2015 [cité 29 sept 2016]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/>