

Contraception intra-utérine : information des patientes

Nicolas Desoubry

▶ **To cite this version:**

Nicolas Desoubry. Contraception intra-utérine : information des patientes. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01081628

HAL Id: dumas-01081628

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01081628

Submitted on 10 Nov 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

Année 2014 N°

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

PAR

DESOUBRY Nicolas

Né le 6 juin 1985 à Vernon

Présentée et soutenue publiquement le 24 octobre 2014

Contraception intra-utérine : Information des patientes.

Président du Jury : Professeur Loïc MARPEAU - PUPH

Directeur de Thèse : Docteur Gérard SCHWEITZER - PH

ANNEE UNIVERSITAIRE 2013 – 2014

U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESSEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY

DOYENS HONORAIRES : **Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. PIGUET – C. THUILLEZ**

PROFESSEURS HONORAIRES : **MM. M-P AUGUSTIN - J.ANDRIEU-GUITRANCOURT - M.BENOZIO- J.BORDE - Ph. BRASSEUR - R. COLIN - E. COMOY - J. DALION -. DESHAYES - C. FESSARD – J.P FILLASTRE - P.FRIGOT -J. GARNIER - J. HEMET - B. HILLEMAND - G. HUMBERT - J.M. JOUANY - R. LAUMONIER – Ph. LAURET - M. LE FUR – J.P. LEMERCIER - J.P LEMOINE - Mle MAGARD - MM. B. MAITROT - M. MAISONNET - F. MATRAY - P.MITROFANOFF - Mme A. M. ORECCHIONI - P. PASQUIS - H.PIGUET - M.SAMSON – Mme SAMSON-DOLLFUS – J.C. SCHRUB - R.SOYER - B.TARDIF -.TESTART - J.M. THOMINE – C. THUILLEZ - P.TRON - C.WINCKLER - L.M.WOLF**

I - MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric **ANSELME**	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle **AUQUIT AUCKBUR**	HCN	Chirurgie Plastique
M. Bruno **BACHY (*Surnombre*)**	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice **BAUER**	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya **BEKRI**	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques **BENICHOU**	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Jean-Paul **BESSOU**	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise **BEURET-BLANQUART *(Surnombre)***	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy **BONMARCHAND**	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier **BOYER**	UFR	Immunologie
M. Jean-François **CAILLARD *(Surnombre)***	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François **CARON**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe **CHASSAGNE**	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Vincent **COMPERE**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Antoine **CUVELIER**	HB	Pneumologie
M. Pierre **CZERNICHOW**	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas **DACHER**	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale
M. Stéfan **DARMONI**	HCN	Informatique Médicale/Techniques de communication
M. Pierre **DECHELOTTE**	HCN	Nutrition

Mme Danièle **DEHESDIN** ***(Surnombre)***	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Jean **DOUCET**	HB	Thérapeutique/Médecine – Interne - Gériatrie.
M. Bernard **DUBRAY**	CB	Radiothérapie
M. Philippe **DUCROTTE**	HCN	Hépato – Gastro - Entérologie
M. Frank **DUJARDIN**	HCN	Chirurgie Orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice **DUPARC**	HCN	Anatomie - Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. Bertrand **DUREUIL**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène **ELTCHANINOFF**	HCN	Cardiologie
M. Thierry **FREBOURG**	UFR	Génétique
M. Pierre **FREGER**	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François **GEHANNO**	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel **GERARDIN**	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille **GERARDIN**	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel **GODIN**	HB	Néphrologie
M. Guillaume **GOURCEROL**	HCN	Physiologie
M. Philippe **GRISE**	HCN	Urologie
M. Didier **HANNEQUIN**	HCN	Neurologie
M. Fabrice **JARDIN**	CB	Hématologie
M. Luc-Marie **JOLY**	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal **JOLY**	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc **KUHN**	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie **LAQUERRIERE**	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent **LAUDENBACH**	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Joël **LECHEVALLIER**	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé **LEFEBVRE**	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Thierry **LEQUERRE**	HB	Rhumatologie
M. Eric **LEREBOURS**	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie **LEROI**	HCN	Physiologie
M. Hervé **LEVESQUE**	HB	Médecine interne
Mme Agnès **LIARD-ZMUDA**	HCN	Chirurgie Infantile
M. Pierre Yves **LITZLER**	HCN	Chirurgie Cardiaque
M. Bertrand **MACE**	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David **MALTETE**	HCN	Neurologie
M. Christophe **MARGUET**	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle **MARIE**	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul **MARIE**	HCN	ORL
M. Loïc **MARPEAU**	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane **MARRET**	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique **MERLE**	HCN	Epidémiologie
M. Pierre **MICHEL**	HCN	Hépato - Gastro - Entérologie
M. Francis **MICHOT**	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno **MIHOUT** ***(Surnombre)***	HCN	Neurologie
M. Jean-François **MUIR**	HB	Pneumologie

M. Marc **MURAINE**	HCN	Ophtalmologie
M. Philippe **MUSETTE**	HCN	Dermatologie - Vénéréologie
M. Christophe **PEILLON**	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc **PERON**	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian **PFISTER**	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe **PLANTIER**	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier **PLISSONNIER**	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard **PROUST**	HCN	Médecine légale
M. François **PROUST**	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie **RIVES**	HCN	Biologie et méd. du dévelop. et de la reprod.
M. Jean-Christophe **RICHARD** *(Mise en dispo)*	HCN	Réanimation Médicale, Médecine d'urgence
M. Horace **ROMAN**	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe **SABOURIN**	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume **SAVOYE**	HCN	Hépato – Gastro
Mme Céline **SAVOYE – COLLET**	HCN	Imagerie Médicale
Mme Pascale **SCHNEIDER**	HCN	Pédiatrie
M. Michel **SCOTTE**	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne **TAMION**	HCN	Thérapeutique
Mme Florence **THIBAUT**	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc **THIBERVILLE**	HCN	Pneumologie
M. Christian **THUILLEZ**	HB	Pharmacologie
M. Hervé **TILLY**	CB	Hématologie et transfusion
M. François **TRON** *(Surnombre)*	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques **TUECH**	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre **VANNIER**	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît **VEBER**	HCN	Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Pierre **VERA**	C.B	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric **VERIN**	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Eric **VERSPYCK**	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier **VITTECOQ**	HB	Rhumatologie
M. Jacques **WEBER**	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle **BARBIER-FREBOURG**	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy **BELLIEN**	HCN	Pharmacologie
Mme Carole **BRASSE LAGNEL**	HCN	Biochimie
M. Gérard **BUCHONNET**	HCN	Hématologie
Mme Mireille **CASTANET**	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie **CHASTAN**	HCN	Physiologie
Mme Sophie **CLAEYSSENS**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse **COEFFIER**	HCN	Nutrition
M. Stéphane **DERREY**	HCN	Neurochirurgie

M. Eric **DURAND**	HCN	Cardiologie
M. Manuel **ETIENNE**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Serge **JACQUOT**	UFR	Immunologie
M. Joël **LADNER**	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste **LATOUCHE**	UFR	Biologie Cellulaire
M. Thomas **MOUREZ**	HCN	Bactériologie
M. Jean-François **MENARD**	HCN	Biophysique
Mme Muriel **QUILLARD**	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent **RICHARD**	UFR	Pharmacologie
M. Francis **ROUSSEL**	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale **SAUGIER-VEBER**	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN**	HCN	Anatomie
M. Pierre Hugues **VIVIER**	HCN	Imagerie Médicale

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique **LANIEZ**	UFR	Anglais
Mme Cristina **BADULESCU**	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry **BESSON**	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques **BONNET**	Pharmacologie
M. Roland **CAPRON** (PU-PH)	Biophysique
M. Jean **COSTENTIN** (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
M. Loïc **FAVENNEC** (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean Pierre **GOULLE**	Toxicologie
M. Michel **GUERBET**	Toxicologie
M. Olivier **LAFONT**	Chimie organique
Mme Isabelle **LEROUX**	Physiologie
M. Paul **MULDER**	Sciences du médicament
Mme Martine **PESTEL-CARON** (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth **SEGUIN**	Pharmacognosie
M. Rémi **VARIN** (PU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
M. Philippe **VERITE**	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique **BOUCHER**	Pharmacologie
M. Frédéric **BOUNOURE**	Pharmacie Galénique
M. Abdeslam **CHAGRAOUI**	Physiologie
M. Jean **CHASTANG**	Biomathématiques
Mme Marie Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Cécile **CORBIERE**	Biochimie
M. Eric **DITTMAR**	Biophysique
Mme Nathalie **DOURMAP**	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUC**	Pharmacologie
M. Abdelhakim **ELOMRI**	Pharmacognosie
M. François **ESTOUR**	Chimie Organique
M. Gilles **GARGALA** (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla **GHARBI**	Chimie analytique
Mme Marie-Laure **GROULT**	Botanique
M. Hervé **HUE**	Biophysique et Mathématiques
Mme Laetitia **LE GOFF**	Parasitologie Immunologie
Mme Hong **LU**	Biologie

Mme Sabine **MENAGER**	Chimie organique
Mme Christelle **MONTEIL**	Toxicologie
M. Mohamed **SKIBA**	Pharmacie Galénique
Mme Malika **SKIBA**	Pharmacie Galénique
Mme Christine **THARASSE**	Chimie thérapeutique
M. Frédéric **ZIEGLER**	Biochimie

PROFESSEUR CONTRACTUEL

Mme Elizabeth **DE PAOLIS**	Anglais

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Imane **EL MEOUCHE**	Bactériologie
Mme Juliette **GAUTIER**	Galénique
M. Romy **RAZAKANDRAINIBE**	Parasitologie

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup **HERMIL**	UFR	Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre **FAINSILBER**	UFR	Médecine générale
M. Alain **MERCIER**	UFR	Médecine générale
M. Philippe **NGUYEN THANH**	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :

M Emmanuel **LEFEBVRE**	UFR	Médecine générale
Mme Elisabeth **MAUVIARD**	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse **THUEUX**	UFR	Médecine générale

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle
HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME
CB - Centre HENRI BECQUEREL
CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray
CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry **BESSON**	Chimie thérapeutique
M. Roland **CAPRON**	Biophysique
M Jean **CHASTANG**	Mathématiques
Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation, Economie de la Santé
Mme Elisabeth **CHOSSON**	Botanique
M. Jean-Jacques **BONNET**	Pharmacodynamie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
M. Loïc **FAVENNEC**	Parasitologie
M. Michel **GUERBET**	Toxicologie
M. Olivier **LAFONT**	Chimie organique
Mme Isabelle **LEROUX-NICOLLET**	Physiologie
Mme Martine **PESTEL-CARON**	Microbiologie
Mme Elisabeth **SEGUIN**	Pharmacognosie
M. Mohamed **SKIBA**	Pharmacie Galénique
M. Philippe **VERITE**	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil **ADRIOUCH**	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE**	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine **CLEREN**	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline **GAILDRAT**	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
M. Antoine **OUVRARD-PASCAUD**	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mme Isabelle **TOURNIER**	Biochimie (UMR 1079)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Serguei **FETISSOV**	Physiologie (Groupe ADEN)
Mme Su **RUAN**	Génie Informatique

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Remerciements

A notre Président et Juge,
Le **Professeur Loïc MARPEAU**,
Professeur de Gynécologie Obstétrique,
Pour avoir accepté de présider ce jury de Thèse,
Pour m'avoir enseigné sa discipline au cours de mon cursus,
Et avoir éveillé mon intérêt à l'égard de cette spécialité.

A notre Maître et Juge,
Le **Professeur Véronique MERLE**,
Professeur d'Epidémiologie,
Pour avoir accepté d'être membre de ce jury,
Pour ses enseignements lors de mes années d'externat.

A notre Maître et Juge,
Le **Professeur Bertrand MACÉ**,
Professeur d'Histologie, Embryologie et Cytogénétique,
Pour avoir accepté de participer à ce jury,
Pour m'avoir transmis avec passion sa spécialité au cours de la première année.

A notre Directeur et Juge,
Le **Docteur Gérard SCHWEITZER**,
Gynécologue Obstétricien,
Je vous adresse mes sincères remerciements et ma reconnaissance pour avoir accepté de me guider tout au long de ce travail, pour votre confiance, vos conseils ainsi que votre accompagnement dans le domaine de la Gynécologie et de l'Obstétrique.

A **mes parents**,
Qui n'ont cessé d'être présents et disponibles dans ce long parcours universitaire, pour leur amour, leur soutien dans les moments difficiles et les instants de remise en question.

A **mon frère**,
Pour sa proximité et son soutien dans les étapes successives d'une vie d'enfant, adolescent et jeune adulte, me permettant de grandir sans être seul.

A **ma sœur**,
Pour le dynamisme et l'optimisme qu'elle m'a apporté dans ce parcours, pour son soutien, pour les belles rencontres permises à ses côtés.

A mon Grand-Père, Jean-Pierre Desoubry, pour avoir éveillé ma curiosité à l'égard de la médecine dès mon plus jeune âge, pour ses encouragements. Que cette thèse soit le signe de mon plus profond respect.

A ma Grand-Mère, Aline Desoubry (✝), qui m'a quitté dans les premiers mois d'élaboration de ce travail. Je te dédie cette thèse en signe de mon éternel amour et pour tous les instants de joie passés à tes côtés.

A mes grands-parents Guy et Jacqueline, pour leur accompagnement tout au long de mes études, pour la fierté dont ils me font part.

A mes oncles et tantes, Olivier et Carole, Steeve et Laurence, Benoit et Florence, Jacques (✝) et Véronique, pour leur accompagnement et leurs encouragements.

A Sandrine,
Pour son inégalable bienveillance, son amour, son soutien, sa compréhension, sa patience. Je t'adresse tout mon amour et ma reconnaissance.

A Louis,
Pour m'avoir donné les clés dans la découverte d'une passion que j'ignorais, pour son accompagnement depuis plus de quatre ans au travers de nombreux moments partagés, pour sa confiance et son soutien, pour les projets qui ont vu le jour à ses côtés. Avec toute ma reconnaissance et mon amitié.

A Jean-Charles,
Pour la confiance qu'il m'accorde, sa présence et sa disponibilité dans les moments où le navire cherchait une lumière pour rentrer au port, pour ses conseils et l'équilibre qu'il sait m'apporter. Reçoit l'assurance de ma profonde amitié.

Aux nombreux amis qui ont pris de leur temps à mes côtés, lors de mon enfance, mon adolescence ou ma vie d'étudiant, me permettant un équilibre entre ma vie professionnelle et extra-professionnelle :

Marc et Mélanie, Florian, Yoann, Anne-Sophie, Thibaut et Marie, Florent et Céline, Jean-Charles et Marthe, Thibault et Constance, Aurélie, Arnaud, Jonathan et Mathilde, Mélissa, Marie, Stanislas, Aurore, Melchior, Christophe, Sophie, Charles et Charlotte, Quentin, Maxime, Clément et Marine, Matthieu et Bénédicte, Romain, Claude, Samia, Marc-Antoine.

A Morgan, mon plus fidèle co-interne avec qui les moments partagés furent nombreux lors de nos stages hospitaliers.

A Patrick, mon parrain, et son épouse Donatienne, pour m'avoir mis sur la voie de la médecine générale, pour m'avoir reçu à plusieurs reprises au cabinet ou à leur domicile lors de mes stages hospitaliers à Fécamp. Je suis très touché par l'aimable accueil que vous m'avez systématiquement réservé et par vos conseils en amont et au long de ces années d'internat.

A Pierre, Daniel et Pierre, les trois mousquetaires du club de tennis de Bihorel, pour l'ensemble des projets que nous avons construits, défendus, pour les nombreux moments de joie passés pendant plus de 10 ans, pour l'enseignement reçu à vos côtés au sein du monde associatif, cette école de la vie qui m'a fait grandir et murir.

A Jean-Paul, Professeur honoraire de Gynécologie Obstétrique, et Eveline, son épouse, pour m'avoir accompagné et veillé à proximité dans les années précédant mon entrée à la faculté et tout au long de mon parcours universitaire.

A Léo et Jean-Marc, respectivement Président et Vice-Président de la Commission Sportive du Golf de Rouen Mont-Saint-Aignan, et Hervé, Président du Golf de Rouen Mont-Saint-Aignan, pour leur accueil au sein de leurs commissions, leur confiance et leur écoute depuis plus de deux ans.

Au Professeur Alain Mercier, professeur associé de médecine générale, pour sa bienveillance et son attention tout au long de ces années d'internat, ses conseils lors des enseignements dirigés, le partage de son expérience.

Au Docteur Joël Ladner, maître de conférence des universités en épidémiologie et économie de la santé, pour ses conseils méthodologiques à l'égard de ce travail, sa disponibilité.

Au Docteur Jean-Yves Baril, Gynécologue Obstétricien, pour son accueil et la formation qu'il m'a donné au cours des deux semestres passés dans son service.

Aux praticiens ayant accepté de m'aider dans ce travail pluridisciplinaire pour constituer le groupe de réflexion sur l'élaboration du document d'information :
Dr Sylvie Ducrotté ; Dr Patrick Fournet ; Dr Teddy Linet ; Dr Valérie Saubry-Bobet ; Dr Féthi Taleb ; Dr Jacques Basuyau ; Dr Anne Dautreppe ; Dr Marie-Christine Grosdidier ; Dr Delphine Larroque ; Dr Marie Parent ; Dr Françoise Valla ; Dr Jeanne-Claire Yrles ; Nicolas Dutriaux ; Céline Liey Monesma ; Céline Malo ; Virginie Pasquier.

Aux praticiens m'ayant reçu et formé dans leurs cabinets lors des stages de médecine générale :
Dr Jean Méheut-Féron ; Dr Olivier Barnoud ; Dr Richard Ollivier ; Dr Jacques Basuyau ; Dr Françoise Valla ; Dr Philippe Roger.

Aux médecins qui m'ont accompagné et formé dans leurs services lors de mes stages d'externat et d'internat.

Table des matières

Table des matières 14

Glossaire des Abréviations 17

INTRODUCTION 18

Partie I. GENERALITES SUR LE DIU 25

1. HISTORIQUE DE LA CONTRACEPTION ET DU DIU 25

2. RÔLE ET MECANISME D'ACTION DU DIU 27

2.1. Les DIU avec fil de cuivre 28

2.1.1. Mode d'action et description 28
2.1.2. Indications et Population concernée 28
2.1.3. Efficacité 29
2.1.4. Contre-indications 29
2.1.5. Principaux effets indésirables 29
2.1.6. Conditions d'utilisation et de suivi 30

2.2. Les DIU avec progestatifs 30

2.2.1. Mode d'action et description 30
2.2.2. Indications et Population concernée 31
2.2.3. Efficacité 31
2.2.4. Contre-indications 32
2.2.5. Principaux effets indésirables 32
2.2.6. Conditions d'utilisation et de suivi 33

3. LE DIU PARMI LES AUTRES METHODES CONTRACEPTIVES 33

3.1. Efficacité 33

3.2. Risque vasculaire et contraception 35

3.2.1. En cas de thrombose veineuse profonde (TVP) ou d'embolie pulmonaire (EP) 35
3.2.2. En cas de thrombose veineuse superficielle (TVS) 35
3.2.3. Facteurs héréditaires de risque de thrombose (Facteur V Leiden, déficit en protéine C, S…) 36
3.2.4. Hypertension artérielle (HTA) 36
3.2.5. Cardiopathie ischémique (antécédent ou actuelle) 36
3.2.6. Accident vasculaire cérébral (AVC) 36
3.2.7. Tabac 36
3.2.8. Hyperlipidémies sévères avérées 37
3.2.9. Diabète 37
3.2.10. Facteurs de risque multiples cardiovasculaires (Diabète, tabac, âge, HTA, etc.) 37
3.2.11. Valvulopathies cardiaques 37
3.2.12. Céphalées 37

3.3. Dispositif Intra-Utérin et Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) (19) 38

3.4. Dispositif Intra-Utérin et post-partum (20) 39

3.5. Dispositif Intra-Utérin et adolescence (22) 40
3.6. Dispositif Intra-Utérin et contraception d'urgence (23) 41
Partie II. INFORMATION DES PATIENTS 43
1. LOI DU 4 MARS 2002 (dite Kouchner) 43
2. CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE 45
Partie III. QUESTIONS LIEES AU DIU 48
1. FREINS ET RETICENCES SOULEVES PAR DES THESES 48
1.1. Thèse d'Alice De Verbizier (Avril 2011) 48
1.2. Thèse de Dorothée Denant (Octobre 2012) 50
1.3. Thèse d'Anne-Laure Chanzy Waroquet (Septembre 2013) 51
2. FREINS ET RETICENCES SOULEVES PAR LES TRAVAUX DE L'HAS 52
2.1. Freins à l'accès à la contraception du côté des professionnels de santé 52
2.2. Freins à l'accès à la contraception du point de vue des usagers 53
2.3. Freins au choix d'une contraception adaptée du côté des professionnels de santé 53
2.4. Freins au choix d'une contraception adaptée du point de vue des usagers 54
2.5. Leviers concernant l'accès à la contraception 55
2.6. Leviers concernant le choix de la contraception la mieux adaptée à chacun 56
3. FREINS ET RETICENCES SOULEVES PAR UN PANEL DE PRATICIENS EN EXERCICE 56
3.1. Constitution du groupe de travail 56
3.2. Méthode de recueil des données 57
3.3. Réponses au questionnaire 58
3.4. Discussion des données et réunions de travail 63
Partie IV. DOCUMENT D'INFORMATION 65
1. ELABORATION D'UN DOCUMENT D'INFORMATION 65
1.1. Recommandations de l'HAS 65
1.2. Critères de qualité d'un document d'information en Médecine Générale 66
1.3. Création graphique et contenu du document 67
2. METHODE 69
2.1. Méthode Delphi 69
2.2. Questionnaire Delphi 70
2.3. Arbitrage des données et résultats du questionnaire Delphi 71
2.4. Document final 72
Partie V. DISCUSSION 73
1. DIU ET MEDIAS 73
2. METHODE 73

3. EVOLUTION DE L'UTILISATION EN FRANCE DES CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINES (COC) ET AUTRES CONTRACEPTIFS 76

CONCLUSION 78

ANNEXES 79

Bibliographie 95

Serment d'Hippocrate 101

Glossaire des Abréviations

AINS : Anti Inflammatoire Non Stéroïdien

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

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

C1G : Contraceptif oral de 1ère génération

C2G : Contraceptif oral de 2nde génération

C3G : Contraceptif oral de 3ème génération

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France

COC : Contraceptifs Oraux Combinés

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

CSP : Code de la Santé Publique

DGS : Direction Générale de la Santé

DIU : Dispositif Intra-Utérin

EP : Embolie Pulmonaire

GEU : Grossesse Extra-Utérine

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : Hypertension Artérielle

IGH : Infection Génitale Haute

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

IP : Indice de Pearl

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MIP : Maladie Inflammatoire Pelvienne

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SF : Sage-femme

SIU : Système Intra-Utérin

TVP : Thrombose Veineuse Profonde

TVS : Thrombose Veineuse Superficielle

INTRODUCTION

La contraception est un terme générique désignant un moyen visant à empêcher qu'un rapport sexuel entraine une grossesse. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) l'a définie comme étant « l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter ». La contraception devient légale en France à compter du 28 décembre 1967 grâce à la loi proposée par Lucien Neuwirth (1) autorisant l'utilisation de contraceptifs, et notamment la contraception orale. Elle vient donc abroger celle du 31 juillet 1920 qui interdisait toute contraception. La loi Aubry du 4 juillet 2001 a facilité l'accès à la contraception et l'avortement chez les patientes mineures en leur permettant de recourir au médecin de leur choix sans autorisation parentale. Elle a également légalisé la stérilisation à visée contraceptive, tout en restant interdite chez les mineures. La contraception est accessible depuis 1974 à une prise en charge par l'assurance-maladie. La part de remboursement varie selon la méthode contraceptive employée, allant de 80% à aucune prise en charge.

Les moyens contraceptifs n'ont cessé de se multiplier. Le début des années 2000 a été marqué par l'apparition de nouvelles méthodes hormonales telles que l'implant, le patch et l'anneau vaginal, faisant concurrence à leurs prédécesseurs comme la pilule, le dispositif intra-utérin et le préservatif. D'après l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED) et le Baromètre santé 2010, la pilule est de loin le contraceptif le plus utilisé par les femmes en France (2,3). Le Dispositif Intra-Utérin (DIU) arrive en seconde position. Ce dernier est utilisé par plus de 180 millions de femmes dans le monde. En France en 2010, 70,8% des femmes de moins de 35 ans déclarent utiliser la pilule (Tableau 1). Tous âges confondus entre 15 et 49 ans, la pilule est utilisée par 55,5% des patientes déclarant utiliser une méthode contraceptive. La pilule est la méthode la plus utilisée à tous les âges sauf chez les femmes de 45 à 49 ans préférant le dispositif intra-utérin, en dépit des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) diffusées en 2004 précisant que le DIU pouvait être utilisé à tous les âges, que la femme ait eu ou non un enfant. C'est pourquoi seules 1,3% des femmes de 15 à 49 ans sans enfant utilisent un DIU en 2010, la proportion s'élevant à 20% parmi celles ayant un enfant et 40% pour celles en ayant deux ou plus.

La « norme contraceptive française » se caractérise par l'utilisation du préservatif à l'entrée dans la sexualité, seul ou en association avec la pilule. Lorsque la relation se

stabilise, la pilule devient le principal mode de contraception chez la femme de moins de 45 ans. Puis l'utilisation de la pilule diminue progressivement au profit du DIU, ce dernier étant davantage prescrit lorsque le nombre d'enfants souhaité est atteint. Le taux de couverture contraceptive reste élevé en France puisque 90,2% des femmes sexuellement actives en 2010, non stériles, ayant un partenaire homme, non enceintes et ne cherchant pas à avoir un enfant utilisent une méthode de contraception. Chez les 15-24 ans, près d'une grossesse sur deux n'est pas prévue. Parmi les grossesses non prévues, 2 sur 3 surviennent chez des femmes utilisant une contraception. Comparativement à d'autres pays de niveau équivalent de développement, le modèle français fait preuve d'authenticité (Annexe - figure 1).

Dix années après la loi de L. Neuwirth, un profond changement s'opère en France. Adoptée par le Parlement le 21 décembre 1974 puis promulguée le 17 janvier 1975, la loi de Simone Veil autorise l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG). Le texte imposait un ré-examen après 5 ans et, le 31 décembre 1982, cet acte est devenu remboursé par la sécurité sociale. Des modalités nouvelles ont vu le jour avec la loi Aubry :

- L'entretien pré-IVG devient facultatif pour les femmes majeures ;
- Le délai légal est allongé de 2 semaines (porté à 12 semaines de grossesse ou 14 semaines d'aménorrhée) ;
- La prescription du RU 486 (avortement médicamenteux) par les médecins de ville est autorisée sous conditions ;
- L'autorisation parentale pour les mineures n'est plus obligatoire, la présence d'un adulte référent est requise ;
- Les médecins libéraux peuvent prescrire une contraception à une mineure sans autorisation parentale.

La légalisation de l'IVG et de la contraception orale n'a cependant pas apporté les résultats attendus. Le paradoxe de ces dernières décennies montre que le recours à la contraception a progressé et le nombre d'IVG s'est stabilisé (Annexe - figure 2). Le taux oscille autour de 14 avortements annuels pour 1000 femmes de 15-49 ans, soit environ 200.000 IVG chaque année au début des années 2000 (4). En 2011, 222.500 IVG ont été réalisées en France. Un tiers des femmes avortent au cours de leur vie. Toutefois, cette stabilité globale masque une hausse des taux chez les moins de 25 ans.

Le rapport entre contraception et IVG est complexe. Le recours à l'IVG est un processus résultant de la succession de plusieurs événements. Il faut que la femme ait des rapports sexuels alors qu'elle ne souhaite pas être enceinte, puis qu'elle n'utilise pas de

méthode contraceptive ou bien qu'elle connaisse un échec de contraception. Lorsqu'une grossesse non prévue se produit, il faut qu'elle choisisse de l'interrompre plutôt que de la poursuivre, et qu'elle accède à temps au système de soins dans le cadre légal en vigueur (terme de la grossesse, lieu de l'intervention).

Bien que la proportion de grossesses non prévues ait diminué (essor des méthodes contraceptives), le recours à l'IVG en cas de grossesse non prévue a augmenté. Quatre grossesses non prévues sur dix se terminaient par une IVG en 1975, six sur dix en 2004 (4). Trente cinq pour cent des femmes ont recours à l'IVG au moins une fois dans leur vie (5). Cette tendance nouvelle est plus marquée chez les très jeunes femmes.

La modification du recours à l'IVG tient compte de l'évolution de la scolarisation et de l'activité des femmes (4). L'enfant doit aujourd'hui être « programmé » au moment où le couple se trouve dans un contexte affectif stabilisé et au bon moment de la trajectoire professionnelle des parents. Le modèle « maternité sous contrainte » a laissé place aujourd'hui à celui de « maternité choisie ». Il en découle un recours à l'IVG maximal chez les 20-24 ans (27,4 p. 1000 en 2004) avant de décroitre avec l'âge. Quant aux femmes recourant à l'IVG, deux sur trois sont sous contraceptif régulier, 3% seulement n'ont aucune contraception (5). Le recours à l'IVG ne peut donc se résumer à un échec de la contraception. Les problèmes rencontrés sont de nature affective, économique et sociale (4).

Cette évolution des statuts de la femme en termes d'activité contribue à la gestion moins aisée de leur contraception, la méthode utilisée n'étant pas toujours adaptée aux conditions de vie sociales, affectives et sexuelles des femmes. La « norme contraceptive française » citée ci-dessus ne peut à elle seule convenir aujourd'hui à toutes les femmes, tant leurs profils diffèrent. En 2007, 34% des femmes prenant la pilule disent ne jamais l'oublier (6).

En termes d'efficacité, on différencie les contraceptifs selon leur efficacité théorique (utilisation optimale) ou bien leur efficacité pratique (utilisation courante) (Annexe - Tableau 2). L'efficacité théorique correspond à l'efficacité observée du contraceptif quand il est utilisé parfaitement, sans interaction avec d'autres médicaments et sans problème d'utilisation. L'efficacité pratique correspond à l'efficacité mesurée dans la vie de tous les jours, prenant en compte les erreurs d'utilisation, les oublis etc. L'efficacité d'une méthode contraceptive se mesure par l'Indice de Pearl (IP), indice théorique égal au pourcentage de grossesses "accidentelles" sur un an d'utilisation de la méthode. A titre d'exemple, un indice de Pearl à 2 signifie que 2 femmes sur 100 utilisant cette méthode sur les douze derniers mois ont été enceintes dans l'année. La pilule oestro-progestative ou progestative seule fait partie des méthodes dont l'efficacité théorique est la plus élevée de tous les contraceptifs (à

l'exception de la stérilisation et de l'implant). Selon les données de l'OMS de 2011 (7), son indice de Pearl théorique est de 0,3. Cet indice passe à 0,05 pour l'implant progestatif. L'indice de Pearl théorique du DIU au cuivre est de 0,6 et passe à 0,2 pour le DIU à la progestérone. Alors que le DIU au cuivre n'est pas des plus efficaces en théorie (à l'exception du DIU à la progestérone), c'est en utilisation courante qu'il se démarque et devance largement la pilule en termes d'efficacité. En effet, l'indice de Pearl en utilisation courante du DIU au cuivre passe à 0,8 et celui du DIU à la progestérone reste à 0,2. Quant à la pilule, si théoriquement elle reste un très bon moyen contraceptif (IP=0,3), son efficacité diminue significativement en utilisation pratique (indice de Pearl = 9). En utilisation pratique, le risque de tomber enceinte est donc statistiquement plus important chez une patiente utilisant la pilule comme méthode contraceptive plutôt qu'un dispositif intra-utérin quel qu'il soit.

En octobre 1995, la contraception par pilule oestro-progestative suscite une grande polémique émanant du Royaume-Uni. Les autorités sanitaires britanniques alertent médecins et pharmaciens d'un risque accru de thrombose veineuse que fait courir aux femmes la prise d'une pilule de 3ème génération. Les études publiées dans de prestigieuses revues scientifiques (Lancet, British Medical Journal) démontrent un risque multiplié par 2 de thrombose veineuse (phlébite, embolie pulmonaire). Les pilules oestro-progestatives se distinguent par la nature de leur hormone progestative, ce qui définit leur génération. En 1984 apparaissent donc les premières pilules combinées avec un progestatif de type « Gestodène », « Desogestrel » ou « Norgestimate », définissant cette 3ème génération. Les pilules de seconde génération (1973) étaient constituées quant à elles de « Lévonorgestrel » ou « Norgestrel ». Cette polémique a suscité une augmentation importante du nombre d'IVG et une réduction massive de la contraception orale. En octobre 1995, les pilules de 3e génération représentaient 53,4% des contraceptifs oraux et les 2nde génération 20,1%. Six mois plus tard, ces taux sont inversés : 18,1% pour les pilules de 3e génération, et 48,4% pour les pilules de 2e génération. Ce « Pill Scare » britannique n'a eu que très peu de répercussions sur les pouvoirs publics français. Il faudra attendre fin 2012 pour que cette remise en question voie le jour.

La plainte déposée le 14 décembre 2012 par une jeune fille de 25 ans, utilisatrice d'une pilule de 3ème génération, victime d'un AVC avec handicap secondaire à 65% à l'égard du Laboratoire Bayer (Méliane®) sera le point de départ d'une remise en question de la contraception orale en France. D'autres plaintes similaires ont suivi contre divers

laboratoires. La polémique grandissante, les pouvoirs publics ont réagi et reconsidéré l'affaire qui avait tant fait parler outre-Manche 17 ans plus tôt. L'HAS avait notamment sorti en novembre 2012 une plaquette pour les professionnels de santé intitulée *« Contraceptifs oraux oestroprogestatifs : préférez les pilules de 1ère ou 2ème génération »* (8). A ce titre, le déremboursement des pilules de 3ème et 4ème génération prévu en septembre 2013 a du être avancé compte tenu de l'ampleur du phénomène. Le 2 janvier 2013, dans son communiqué de presse, le Ministère de la Santé représenté par la Ministre Marisol Touraine annonce le déremboursement des pilules de 3ème génération à compter du 31 mars 2013 et demande que celles-ci ne soient plus prescrites en premier choix (9). Le « pill scare » britannique de 1995 fait donc écho en France fin 2012.

Les chercheurs de l'INSERM (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale) et de l'INED (Institut National d'Etudes Démographiques) ont mené une enquête, dénommée *Fécond*, afin d'analyser différents enjeux en santé sexuelle et reproductive en France. Cette enquête initialement réalisée en 2010 a été reconduite en 2013 pour analyser l'impact de la crise médiatique de la pilule sur les pratiques et les représentations de la contraception (2,10). Depuis le débat médiatique de 2012-2013, une femme sur cinq déclare avoir changé de méthode contraceptive. Le recours à la pilule a baissé de 5 points entre le milieu des années 2000 (55,5%) et l'année 2010 (50%), cette diminution ayant été accélérée ensuite par le « pill scare » français puisque 41% seulement des femmes l'utilisent en 2013. Le recours à la contraception orale a ainsi reculé de 14 points en l'espace d'une décennie (10). En 2010, quarante pour cent des pilules utilisées étaient de 3ème ou 4ème génération, cette proportion étant passée à 25% en 2013. Cependant, les transferts vers les pilules de 2nde génération n'ont été que de très faible ampleur (22% d'utilisatrices de C2G en 2010 et 23% en 2013) témoignant d'une désaffection à l'égard de la méthode elle-même, ou de la volonté de s'affranchir des hormones. En 2010, 44% des femmes étaient d'accord avec l'idée selon laquelle « la pilule permet aux femmes d'avoir une sexualité plus épanouie » ; elles ne sont plus que 37% à le penser en 2013. Cette reconsidération du schéma contraceptif a fait émerger des disparités socio-économiques qui n'existaient pas en 2010. En 2013, les femmes dont le contexte socio-économique est favorable se sont tournées soit vers la pilule de 2nde génération soit vers des méthodes plus efficaces comme le dispositif intra-utérin (+ 1,9 point). Les femmes ayant une situation plus précaire se sont tournées vers des méthodes naturelles, moins efficaces, comme les dates (rapports en dehors des périodes de fécondabilité) ou le retrait (+ 3,4 points) (Annexe - figure 3). Les effets de la crise économique peuvent expliquer ce moindre recours à la pilule chez certaines femmes au

contexte socio-économique moins favorable et par conséquent le choix de méthodes naturelles. Bien que toutes les pilules de seconde génération soient remboursées, de même que le dispositif intra-utérin et l'implant, que certaines pilules de 3ème génération soient des produits génériques donc moins coûteux, la question de l'avance des frais d'une consultation dédiée à la contraception ainsi que les examens complémentaires qui peuvent lui être associés, peut représenter un frein d'accès à la contraception. Enfin, compte tenu de la complexité que peut représenter une situation socio-économique défavorable, les enjeux d'une contraception sont bien souvent relégués au second plan.

Comme nous l'avons vu, les contraceptifs oraux oestro-progestatifs sont l'une des méthodes contraceptives les plus efficaces (indice de Pearl < 1) à condition qu'il n'y ait pas d'oubli de prise. Aucune étude jusqu'à présent n'a montré un intérêt clinique supplémentaire des pilules de 3ème génération (C3G) sur celles de 1ère (C1G) ou 2ème génération (C2G) concernant les effets indésirables comme l'acné, la prise de poids, les nausées, les jambes lourdes, les mastodynies, la dysménorrhée, l'aménorrhée ou les méno-métrorragies (8). En termes de risque thromboembolique veineux, ce qui ressort de l'ensemble des travaux publiés est un sur risque des C3G par rapport aux C1G/C2G contenant moins de 50 µg d'éthinyl-estradiol :

- Chez une femme en bonne santé sans autre facteur de risque, ce risque est d'environ 0,02% par an avec les C1G et C2G (soit 2 cas pour 10000 par an), il passe à 0,04% par an avec les C3G (soit 4 cas pour 10000 femmes par an) ;
- En l'absence de prise d'une contraception orale, le risque est évalué à 0,01% ;
- En cas de grossesse, le risque est évalué à 0,06% (soit 6 cas pour 10000/an) ;
- Enfin, notons que le risque est maximal lors des 12 premiers mois de la prise de ce genre de contraceptif, diminuant avec la durée de la prise de la contraception, mais le sur risque lié aux C3G par rapport aux C1G/C2G persiste.

L'HAS, compte tenu des données scientifiques disponibles et au regard de l'existence d'alternatives (C1G et C2G), conclut fin 2012 que le service médical rendu par les contraceptifs oraux oestro-progestatifs dits de 3ème génération est insuffisant pour leur prise en charge par la solidarité nationale.

La polémique de fin 2012 liée aux pilules de 3ème et 4ème génération a conduit certaines femmes à repenser leur contraception. Certaines d'entres elles ont accouru chez leur praticien pour changer de méthode ou la génération de leur pilule. C'est dans ce contexte

que des méthodes contraceptives autres que la pilule ont connu un regain de popularité, parmi lesquelles le DIU ou l'implant.
Concernant le dispositif intra-utérin, son utilisation était au début des années 2000 quasi exclusivement faite par des patientes ne souhaitant plus avoir d'enfants. Il s'agissait donc d'une méthode peu connue des jeunes femmes qui avaient pour seules références les propos de leurs aînées et leur mère en particulier. Ainsi, les idées véhiculées par les mères n'étaient plus en rapport avec les recommandations en vigueur (11). La remise en cause des pilules conjuguée à l'évolution des modes de vie des patientes a obligé ces dernières à reconsidérer leur méthode contraceptive. Leur choix s'est donc préférentiellement porté vers des méthodes de longue durée d'action, ne nécessitant pas une prise quotidienne ou la gestion d'un oubli. Le dispositif intra-utérin et l'implant contraceptif sont donc des méthodes que les femmes recherchent davantage (Annexe - figure 4).

L'objectif principal de ce travail de thèse est l'élaboration d'un document d'information synthétique sur le dispositif intra-utérin pour éclairer les patientes au décours d'une consultation chez le médecin traitant, la sage-femme ou le gynécologue. Pour répondre à cette exigence, nous nous sommes demandés quelle représentation les femmes se faisaient du DIU pour ne pas le choisir davantage d'une part, et quelles fausses idées ont-elles sur le DIU d'autre part.

La première partie de cette thèse sera consacrée à l'historique de la contraception et du dispositif intra-utérin, la seconde partie à l'information des patients et la législation en vigueur. La troisième partie sera dédiée à l'identification des freins et réticences liées à la contraception par DIU par l'intermédiaire de thèses de médecine générale, des travaux de l'HAS, d'un groupe de praticiens en exercice. Enfin, la quatrième partie portera sur l'élaboration du document d'information.

Partie I. GENERALITES SUR LE DIU

1. HISTORIQUE DE LA CONTRACEPTION ET DU DIU

Faisant partie des méthodes les plus anciennes, le dispositif intra-utérin est aujourd'hui la méthode contraceptive la plus utilisée au monde. Près de 150 millions de femmes dans le monde l'utilisaient en 2003 (12) et 108 millions en 2007 (13).

De tout temps, les hommes ont imaginé bon nombre de recettes pour parer aux conséquences non désirées des rapports amoureux (14) :

- Introduction dans le vagin de miel ou de pommade à base d'excréments de crocodile en Egypte ;
- Badigeonnage d'huile de cèdre ou un onguent de plomb ou à l'encens mélangé à l'huile d'olive en Grèce ;
- Aux huiles (safran, acacia, racines de mandragore) mélangées à la pulpe de grenade ou figue pour éviter que le sperme pénètre dans le vagin préconisé par un médecin dans l'Antiquité (prémices des spermicides actuels) ;
- A l'eau froide pour tuer le sperme vivant à l'époque Romaine (*chez les nobles un esclave accourait après chaque rapport sexuel pour effectuer une douche vaginale*) ; les « poires » vaginales ont été beaucoup utilisé par nos grands-parents ;
- Aux tampons occlusifs en laine (principe de base du diaphragme), pour fermer le col de l'utérus, étudié par Soranos, le plus brillant gynécologue de l'Antiquité ;
- A l'étude des cycles préconisant l'abstinence juste avant et après les règles, pensant que la femme est fertile à ce moment là, procédé proposé par le même Soranos ;
- Aux instructions sur les périodes d'abstinence donnée dans le Kama-Sutra en Inde à partir du IVème siècle (par rapport au soleil, par exemple) ;
- A l'apparition, en Asie au XVIème siècle du préservatif. Les Chinois le fabriquent en papier de soie huilée, les Japonais en écaille de tortue ou en cuir.

En 1564, Gabriel Fallope invente un fourreau de lin « à la mesure du gland » imbibé de décoctions d'herbes astringentes. De nombreux textes du XVIIème siècle parlent de sachets péniens. C'est d'ailleurs au milieu de ce siècle qu'aurait vécu le Docteur Condom, médecin de Charles II d'Angleterre. Condom (préservatif) vient du verbe latin « condere » qui signifie, cacher, protéger. Louis XIV en commande pour son propre usage, puis le préservatif se banalise. D'abord en boyau animal (pas très confortable), « cuirasse contre le plaisir » dira la

Marquise de Sévigné. Il faut attendre la Révolution Française et les mœurs faciles du Directoire pour voir le commerce du préservatif se légaliser. C'est en 1839 que le latex fut découvert, par un dénommé Charles Goodyear. En 1870 apparaîtra le premier préservatif sur le marché.

Au début du XXème siècle, apparaît la mode des douches vaginales, avec l'invention de la pompe qui propulse dans le vagin, après chaque rapport sexuel, un mélange d'eau et de toutes sortes de produits supposés détruire les spermatozoïdes (vinaigre, acide citrique, etc.).

Le stérilet est mis au point au début du XXème siècle, mais ne sera utilisé qu'après la seconde guerre mondiale, venant concurrencer la méthode Ogino.

Déjà du temps des pharaons, on mettait des pierres dans l'utérus des chamelles pour qu'elles ne soient pas pleines pour la traversée du désert ; on a également retrouvé des stérilets dans les momies égyptiennes.

En 1924, Kiasuku Ogino, médecin japonais, met au point la méthode qui a pris son nom en calculant la période de fécondité au moment de l'ovulation entre le 12ème et le 16ème jour du cycle, et en pratiquant donc l'abstinence pendant cette période. Des milliers de femmes utilisent ce calendrier Ogino et des milliers de bébé Ogino comme on les appelle, naîtront ; les échecs étant d'environ 40%.

Puis arrive la méthode des températures, méthode Knauss, nom de son inventeur, repérant la montée de la température au moment de l'ovulation. Elle s'avéra être aussi un échec sur le plan contraceptif. Cette méthode est beaucoup plus efficace pour repérer l'ovulation dans une démarche de traitement de stérilité.

En 1912, une infirmière new yorkaise, Margaret Sanger assiste à la mort d'une mère de trois enfants qui avait tenté d'avorter. Elle se mobilise et en 1923 fonde à New York le premier centre de planning. Trois ans plus tard, il en existe 250 aux Etats-Unis.

En 1951, avec l'aide de cette femme Margaret Sanger, Grégory Pincus ouvre le premier centre de recherche où il travaille sur les hormones sexuelles. Son équipe à Mexico met au point une synthèse d'œstrogènes et progestérone qui empêche l'ovulation.

En 1954 les premiers essais à Porto Rico montrent l'efficacité de cette contraception orale. La pilule est née. Elle se nomme l'Enovid. Des effets secondaires importants apparaissent, mais cette méthode étant une grande avancée pour les femmes, les recherches continuent.

En 1960, aux Etats-Unis, la première pilule contraceptive est commercialisée.
En France, le pouvoir politique refuse son autorisation.

En Chine, dès 1965, elle connaîtra un développement considérable très rapidement.

La Grande Bretagne est la première en Europe à l'expérimenter.

En 1961, des françaises créent dans une quasi clandestinité, le premier centre de planning familial à Grenoble. On y fait venir de Suisse ou d'Angleterre des diaphragmes et la pilule y fait une timide apparition en 1965. Pour contourner la loi, ses propriétés contraceptives ne sont pas mentionnées. Officiellement, c'est un médicament pour régulariser les règles.
C'est en 1967 que fut votée la loi Neuwirth qui abroge les articles du code de la santé réprimant la propagande anticonceptionnelle, et autorise l'importation, la fabrication des contraceptifs (cf. Introduction).
En 1993, aux Etats-Unis, le Norplant (bâtonnet de silicone implanté sous la peau) est mis sur le marché. En France, l'implant contraceptif (Implanon®) a fait son apparition en 2001 et semble de plus en plus proposé, surtout lorsqu'il y a des oublis de pilule et des IVG répétées.
En 1999, la contraception d'urgence (pilule du lendemain) est mise en vente sur le marché, sans prescription médicale. Les infirmières scolaires en disposeront dès décembre de cette même année.
En 2002, un décret permet la délivrance gratuite pour les mineures de cette contraception en pharmacie.
Le patch et l'anneau vaginal, deux nouveaux contraceptifs hormonaux, seront commercialisés début 2004.
Aux Etats-Unis, la stérilisation est la méthode la plus répandue, légalisée en France depuis la loi du 4 juillet 2001 (loi Aubry – cf. Introduction).

2. ROLE ET MECANISME D'ACTION DU DIU

Les dispositifs intra-utérins ont considérablement évolué depuis leur création. Ce sont des objets de petite taille destinés à être placés à l'intérieur de l'utérus, et non dans le vagin comme certaines femmes peuvent le penser. En polyéthylène, matière plastique biologique inerte, ils sont repérables facilement en échographie et aux rayons X, donc visibles sur les clichés radiologiques.

Initialement fabriqués à partir de matériaux inertes, les premiers dispositifs intra-utérins (Oméga, boucle de Lippes, safe T Coil) agissaient essentiellement par leur surface de contact avec l'utérus (Annexe - figure 5). Ils ne sont plus utilisés.

On distingue aujourd'hui deux types de dispositifs intra-utérins :

- Les DIU avec fil de cuivre
- Les DIU avec progestatifs

2.1. Les DIU avec fil de cuivre

2.1.1. Mode d'action et description

Le DIU induit une réaction inflammatoire associée à l'action gamétolytique du cuivre, c'est-à-dire une destruction des spermatozoïdes par le cuivre et donc une diminution significative du pouvoir fécondant. La motilité tubaire et donc la migration des ovocytes au sein de la trompe de Fallope est également modifiée. Par sa localisation intra-utérine, le DIU est responsable d'une réaction inflammatoire réalisant une barrière cellulaire. L'implantation de l'œuf est donc altérée. Le mécanisme d'action du stérilet au cuivre est double : perturbation de la fécondation et de l'implantation (nidation) de l'œuf.

La DIU au cuivre se compose d'un support en plastique radio opaque, à bras flexibles, autour duquel s'enroule un fil de cuivre. La surface du cuivre est de 375 à 380 mm2 en fonction des dispositifs. Un fil de nylon rattaché au support permet le contrôle de la présence du dispositif et le retrait. Les premiers DIU cuivre dont la surface était inférieure à 375 mm2 ont été retirés du marché par manque d'efficacité. Plusieurs tailles de dispositifs sont disponibles afin de s'adapter à la hauteur de la cavité utérine. Il existe des modèles « standard » et des modèles « short », notamment pour les nulligestes (Annexe - Tableau 2) (15). La durée maximale d'efficacité varie de 3 à 10 ans selon les dispositifs.

2.1.2. Indications et Population concernée

Contraception intra-utérine. Certains DIU au cuivre sont indiqués dans la contraception d'urgence comme méthode de rattrapage dans les 5 jours suivant un rapport sexuel non protégé.

Le DIU ne protège pas contre les Infections Sexuellement Transmissibles (IST). Il s 'agit d'une méthode de première intention, considérée comme très efficace selon l'OMS (7), de longue durée d'action. Le recours à cette méthode permet de s'affranchir des contraintes liées à l'observance de la prise. Les DIU sont proposés à toutes les femmes, quelle que soit la parité (nullipares comprises) et cela depuis les recommandations de l'ANAES de 2004 (11), dès lors que les contre-indications à la pose, les risques infectieux, les risques de grossesse extra-utérine et les situations à risque ont été écartés. Avant 20 ans, l'OMS considère que les avantages de cette méthode de contraception l'emportent sur les risques théoriques ou avérés, tout en rappelant les risques d'expulsion chez les nullipares et les risques d'infections sexuellement transmissibles dus au comportement sexuel des classes d'âge plus

jeunes, avec notamment des risques de salpingites pouvant être responsables de stérilité tubaire (15).

2.1.3. Efficacité

Comme nous l'avons vu en introduction, le pourcentage de grossesses non désirées dans la première année d'utilisation est inférieur à 1. Il est de 0,6% en utilisation correcte et régulière et passe à 0,8% en emploi courant.

2.1.4. Contre-indications

Les contre-indications absolues à la pose d'un DIU au cuivre définies par l'OMS sont (15) :

- toute grossesse suspectée ou avérée ;
- infection puerpérale en post-partum ;
- en post-abortum : immédiatement après un avortement septique ;
- maladie inflammatoire pelvienne en cours ;
- cervicite purulente en cours, ou infection à chlamydia ou gonococcie en cours ;
- tuberculose génito-urinaire avérée ;
- saignements vaginaux inexpliqués (suspicion de pathologie grave) ;
- maladie trophoblastique gestationnelle maligne ;
- cancer du col utérin ;
- cancer de l'endomètre ;
- toute anomalie anatomique utérine congénitale ou acquise entraînant une déformation de la cavité utérine de telle sorte qu'il est impossible d'y insérer un DIU ;
- fibromes utérins avec déformation de la cavité utérine ;
- hypersensibilité au cuivre ou à l'un des composants du dispositif.

Il n'est pas recommandé de poser un DIU :

- dans la période de post-partum comprise entre 48 heures et 4 semaines après un accouchement ;
- lorsque la femme a un risque accru d'infections sexuellement transmissibles.

2.1.5. Principaux effets indésirables

Le DIU expose à des problèmes liés à son insertion (douleurs, contractions, saignements), à des risques d'expulsion et de perforation utérine, plus fréquemment à des

modifications des règles (ménorragies, saignements irréguliers, douleurs et crampes lors des règles). Les risques de maladie inflammatoire pelvienne (MIP) (ex : endométrite, salpingite) et de grossesse extra-utérine (GEU) sont rares.

2.1.6. Conditions d'utilisation et de suivi

Quand la pose d'un DIU est souhaitée, une grossesse, une MIP, une GEU doivent être écartées. Si des facteurs de risque infectieux existent (IST ou pratiques sexuelles à risque d'IST), des tests diagnostiques portant sur C. trachomatis et N. gonorrhoea sont recommandés avant la pose. Toute pose doit être précédée d'un examen gynécologique afin de préciser la taille, la forme et la position de l'utérus avec si possible une hystérométrie (hauteur de l'utérus). Des conditions d'hygiène rigoureuses doivent être respectées avant la pose. L'insertion d'un DIU est recommandée en première partie de cycle afin d'écarter une grossesse évolutive. L'administration d'une antibioprophylaxie en vue de la pose d'un DIU n'est pas recommandée compte tenu de l'absence d'efficacité des spécialités pharmaceutiques testées. A ce titre, le Collège National des Gynécologues-Obstétriciens de France (CNGOF), lors de ses 36èmes journées nationales (16), recommande, en cas de suspicion d'infection génitale haute (IGH), une antibiothérapie probabiliste précoce sans attendre les résultats bactériologiques de façon à préserver au mieux la fertilité (grade B). En cas d'IGH non compliquée, qu'il s'agisse d'un traitement intra-veineux hospitalier ou oral ambulatoire, le pronostic reste le même. L'utilisation de la voie orale reste donc recommandée dans ce cas (grade B). Le traitement antibiotique de première intention est l'association d'Ofloxacine 400 mg matin et soir avec du Metronidazole 500 mg matin et soir pendant 14 jours. En cas de découverte secondaire de gonocoque, une injection intramusculaire complémentaire de 500 mg de Ceftriaxone doit être effectuée. Si l'IGH survient sur un DIU, ce dernier doit être retiré et analysé en bactériologie (grade B).
L'administration d'antalgiques avant la pose peut être proposée, notamment chez la nullipare, davantage sujette aux douleurs.
Une consultation de suivi doit être programmée un à trois mois après la pose, puis une fois par an. Cette première consultation évaluera la tolérance et la position du dispositif.

2.2. Les DIU avec progestatifs

2.2.1. Mode d'action et description

L'anneau de cuivre est remplacé par un réservoir cylindrique qui libère un

progestatif (le lévonorgestrel). Le progestatif entraîne une modification de la glaire cervicale qui devient un obstacle à l'ascension des spermatozoïdes et diminuant également le risque de salpingites. Le passage plasmatique du lévonorgestrel est faible, mais comparable à celui d'un microprogestatif (taux sérique de 200 pg/ml) ce qui supprime l'ovulation dans 25% des cycles. Le progestatif entraîne également une atrophie de l'endomètre le rendant impropre à la nidation et diminuant le volume des règles. Il n'y a pas de différence significative d'efficacité entre un DIU au cuivre comportant plus de 250 mm2 et celui au lévonorgestrel.

Désormais, la pharmacopée française est dotée de deux dispositifs à la progestérone :

- MIRENA®

Il libère initialement 20 µg de lévonorgestrel par 24 heures, s'abaissant à environ 11 µg/24h au bout de 5 ans. Le taux moyen de libération est estimé à 14 µg/24h.

Dimensions : 32 x 32 mm ; diamètre tube inserteur de 4,8 mm.

- JAYDESS®

La courbe de libération in vivo du lévonorgestrel est caractérisée par une forte baisse initiale, qui ralentit progressivement, pour rester pratiquement constante. Sur les 3 années maximales d'utilisation du dispositif, il libère en moyenne 6 µg/24h de lévonorgestrel.

Les particularités de JAYDESS® sont doubles : être plus petit et pouvoir être proposé chez la nulligeste (en l'absence de contre-indications), contenir moins d'hormones et avoir donc une durée d'utilisation plus courte.

Dimensions : 28 x 30 mm, diamètre tube inserteur 3,80 mm.

2.2.2. Indications et Population concernée

Contraception intra-utérine. Seul le MIRENA® a l'indication pour les ménorragies fonctionnelles (après recherche et élimination de causes organiques décelables).

Pour MIRENA®, les recommandations précisent que ce dispositif n'est pas une méthode de première intention. La Commission de la transparence a situé MIRENA® en deuxième intention, après les DIU au cuivre.

2.2.3. Efficacité

- MIRENA®

L'indice de Pearl à 1 an est à 0,2 (en utilisation pratique ainsi qu'en utilisation courante) et le taux d'échec cumulatif est d'environ 0,7% à 5 ans.

- JAYDESS®

L'indice de Pearl à 1 an est de 0,41 et l'indice de Pearl à 3 ans est de 0,33. Sur l'étude clinique menée chez 1432 femmes âgées de 18 à 35 ans, le taux d'échec a été de 0,4% à 1 an et le taux d'échec cumulé a été de 0,9% à 3 ans.

Qu'il s'agisse de MIRENA® ou de JAYDESS®, l'utilisation d'un système de diffusion intra-utérin au lévonorgestrel n'a aucune incidence sur la fécondité ultérieure.

2.2.4. Contre-indications

Les SIU au lévonorgestrel (MIRENA® et JAYDESS®) ne doivent pas être utilisés dans les cas suivants. Si l'une des situations apparaît pour la première fois pendant son utilisation, le médicament doit être retiré.

- grossesse suspectée ou avérée ;
- infection pelvienne, en cours, récente ou récidivante (pelvipéritonite, endométrite, salpingite) ;
- infection génitale basse (cervicite, vaginite...) ;
- endométrite du post partum ;
- dysplasie cervicale ;
- antécédent d'avortement septique au cours des 3 derniers mois ;
- état médical associé à une sensibilité accrue aux infections ;
- hémorragie génitale anormale sans diagnostic ;
- anomalies congénitales ou acquises de l'utérus y compris les fibromes s'ils déforment la cavité utérine ;
- affection maligne du col ou du corps utérin ;
- tumeur hormono-dépendante ;
- affections hépatiques aiguës ou tumeur hépatique ;
- hypersensibilité à l'un des composants du dispositif ;
- thrombophlébite évolutive ou embolie pulmonaire évolutive (seulement MIRENA®).

2.2.5. Principaux effets indésirables

Le retrait du système doit être envisagé dans l'un des cas suivants :

- migraine, migraine ophtalmique avec perte de la vision asymétrique, ou autre symptôme évoquant une ischémie cérébrale transitoire ;
- maux de tête exceptionnellement sévères ;

- ictère ;
- augmentation importante de la pression artérielle ;
- pathologie artérielle sévère tel qu'un AVC ou un infarctus du myocarde ;
- suspicion ou diagnostic d'une tumeur hormono-dépendante, y compris cancer du sein (seulement MIRENA®) ;
- infection génitale haute.

2.2.6. Conditions d'utilisation et de suivi

Voir Chapitre « Les DIU avec fil de cuivre »

3. LE DIU PARMI LES AUTRES METHODES CONTRACEPTIVES

3.1. Efficacité

Comme nous avons pu le voir en introduction, le DIU est une méthode contraceptive considérée comme « très efficace » par l'OMS puisque son indice de Pearl (IP) est inférieur à 1.

Tableau 1 : Efficacité des méthodes contraceptives selon l'OMS 2011 (extrait) *(D'après le Document de Synthèse de l'HAS – Méthodes contraceptives – Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles – Mars 2013)*

	Taux de grossesses de la première année		Taux de grossesses sur 12 mois
Méthode de planification familiale	Utilisation correcte et régulière	Telle qu'utilisée couramment	Telle qu'utilisée couramment
DIU au lévonorgestrel	0,2	0,2	
DIU au cuivre	0,6	0,8	2
Contraceptifs oraux	0,3	8	7

Ce tableau illustre les différences importantes qu'il peut y avoir entre l'utilisation courante d'une pilule par rapport à un DIU en termes d'efficacité contraceptive. Le DIU est

significativement moins à risque de grossesse que la pilule.

D'après le Baromètre Santé 2005 (3), les circonstances de recours à la contraception d'urgence au cours des douze derniers mois précédant l'enquête étaient :

- Oubli de pilule : 30,1% chez les 15-54 ans, et **42,3%** chez les 20-24 ans ;
- Problème avec le préservatif : 30,7% (15-54 ans), 40% (15-19 ans), 29,4% (25-34 ans)

Ce recours à une méthode de rattrapage signe les difficultés que certaines femmes rencontrent dans la gestion quotidienne de leur contraception, et notamment les écarts fréquents d'observance. L'adéquation entre le contraceptif et le mode de vie de la patiente ou du couple est une condition indispensable à l'efficacité d'une méthode contraceptive.

Une importante étude américaine de Brooke Winner parue en mai 2012 dans le *New England Journal of Medicine* a permis de montrer que les méthodes de contraception à long terme, comme les dispositifs intra-utérins et les implants, constituent les méthodes les plus efficaces de contraception régulière, associées à un risque bien moindre de grossesse non désirée que les pilules, patchs et anneaux (17). Comme aux Etats-Unis, la pilule est la méthode contraceptive la plus utilisée en France où deux tiers des grossesses non désirées surviennent sous contraception (étude COCON de l'INSERM).

Dans l'étude de Winner, les chercheurs ont évalué l'efficacité des différentes méthodes contraceptives. Ils ont fourni une information et des conseils sur les méthodes de contraception réversible à une cohorte de 7486 femmes, visant à promouvoir en particulier les méthodes de contraception de longue durée. La contraception de leur choix leur était fournie gratuitement pendant trois ans pour les 5090 premières patientes et pour deux ans pour les suivantes. Brooke Winner a remarqué que lorsque la contraception était fournie gratuitement, les femmes choisissaient davantage les stérilets et implants, mettant en exergue la barrière du coût initial de la méthode, problématique que l'on ne retrouve pas en France (remboursement sécurité sociale). Il y a eu 334 grossesses non désirées pendant le suivi (soit 4,46%). Le taux d'échec contraceptif était près de 22 fois plus élevé avec les pilules, patchs et anneaux (4,55 pour 100 participantes-années) qu'avec les stérilets et implants (0,27 pour 100 participantes-années). L'étude montre en outre que le taux d'échec sous pilule, patch ou anneau était près de deux fois plus élevé chez les moins de 21 ans que chez les femmes plus âgées.

3.2. Risque vasculaire et contraception

Sous l'impulsion de la polémique autour des pilules de 3ème et 4ème génération, l'HAS a produit en juillet 2013 une fiche « mémo » récapitulative intitulée « Contraception chez la femme à risque cardiovasculaire » (18). Cette fiche est fondée sur les critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives établies par l'OMS.
Quatre niveaux d'éligibilité ont donc été définis :

- Catégorie 1 : méthode utilisable sans aucune restriction d'utilisation, suivi normal ;
- Catégorie 2 : méthode utilisable de manière générale avec un suivi plus attentif qu'en règle normale *(les avantages de la méthode contraceptive sont généralement supérieurs aux inconvénients)* ;
- Catégorie 3 : méthode non recommandée de manière générale, à moins qu'aucune autre méthode appropriée ne soit disponible ou acceptable ; elle nécessite un suivi rigoureux *(les risques théoriques ou avérés l'emportent sur les avantages procurés par l'emploi de la méthode)* ;
- Catégorie 4 : méthode à ne pas utiliser *(l'emploi de la méthode expose à un risque pour la santé inacceptable)*.

Nous comparerons les DIU au cuivre, à la progestérone (SIU hormonal) aux méthodes oestro-progestatives (contraception orale combinée, patch, anneau vaginal).

3.2.1. En cas de thrombose veineuse profonde (TVP) ou d'embolie pulmonaire (EP)

DIU au cuivre : catégorie 1.

SIU hormonal : catégorie 1, catégorie 2 (antécédent documenté de TVP/EP, TVP/EP et traitements par anticoagulants, chirurgie majeure avec immobilisation prolongée), catégorie 3 (TVP/EP aiguë).

Méthodes oestro-progestatives (pilule, patch, anneau) : catégorie 3 et 4.

3.2.2. En cas de thrombose veineuse superficielle (TVS)

DIU au cuivre : catégorie 1.

SIU hormonal : catégorie 1.

Méthodes oestro-progestatives : catégorie 1 (varice), catégorie 2 (thrombophlébite superficielle), catégorie 3 (antécédent de TVS ou TVS spontanée sur veine saine).

3.2.3. Facteurs héréditaires de risque de thrombose (Facteur V Leiden, déficit en protéine C, S…)

DIU au cuivre : catégorie 1.

SIU hormonal : catégorie 2.

Méthodes oestro-progestatives : catégorie 4.

3.2.4. Hypertension artérielle (HTA)

DIU au cuivre : catégorie 1.

SIU hormonal : catégorie 1, catégorie 2 (HTA élevée avec systolique ≥ 160 ou diastolique ≥ 100 mmHg OU pathologie vasculaire).

Méthodes oestro-progestatives : catégorie 2 (antécédent d'HTA gravidique), catégorie 3 (HTA bien contrôlée et mesurable OU HTA élevée avec systolique 140-159 ou diastolique 90-99 mmHg).

3.2.5. Cardiopathie ischémique (antécédent ou actuelle)

DIU au cuivre : catégorie 1.

SIU hormonal : catégorie 2 (instauration méthode contraceptive), catégorie 3 (méthode contraceptive en cours).

Méthodes oestro-progestatives : catégorie 4.

3.2.6. Accident vasculaire cérébral (AVC)

DIU au cuivre : catégorie 1.

SIU hormonal : catégorie 2.

Méthodes oestro-progestatives : catégorie 4.

3.2.7. Tabac

DIU au cuivre : catégorie 1.

SIU hormonal : catégorie 1.

Méthodes oestro-progestatives : catégorie 2 (âge < 35ans), catégorie 3 (âge ≥ 35ans et si < 15 cigarettes/jour), catégorie 4 (âge ≥ 35 ans et si ≥ 15 cigarettes/jour).

3.2.8. Hyperlipidémies sévères avérées

DIU au cuivre : catégorie 1.

SIU hormonal : catégorie 2.

Méthodes oestro-progestatives : catégories 2 et 3 (selon type, gravité et autres facteurs de risque).

3.2.9. Diabète

DIU au cuivre : catégorie 1.

SIU hormonal : catégorie 1 (antécédent diabète gestationnel), catégorie 2.

Méthodes oestro-progestatives : catégorie 1 (antécédent diabète gestationnel), catégorie 2 (diabète sans complication vasculaire), catégories 3 et 4 (diabète avec complications, selon gravité).

3.2.10. Facteurs de risque multiples cardiovasculaires (Diabète, tabac, âge, HTA, etc.)

DIU au cuivre : catégorie 1.

SIU hormonal : catégorie 2.

Méthodes oestro-progestatives : catégories 3 et 4 (selon gravité).

3.2.11. Valvulopathies cardiaques

DIU au cuivre : catégorie 1, catégorie 2 (si complications : hypertension artérielle pulmonaire, fibrillation atriale, antécédents d'endocardite bactérienne, antibiothérapie préventive pour insertion d'un DIU).

SIU hormonal : catégorie 1, catégorie 2 (si complications).

Méthodes oestro-progestatives : catégorie 2 (sans complications), catégorie 4 (avec complications).

3.2.12. Céphalées

DIU au cuivre : catégorie 1

SIU hormonal : catégorie 1 (céphalées non migraineuses), catégorie 2 (migraines sans aura et migraine avec aura si instauration de la méthode), catégorie 3 (migraines avec aura en cours d'utilisation de la méthode).

Méthodes oestro-progestatives : catégorie 1 (céphalées non migraineuses), catégorie 2 (migraines sans aura, femme < 35 ans, en instauration), catégorie 3 (migraines sans aura, femme < 35 ans, en cours ET migraines sans aura, femme ≥ 35 ans, en instauration), catégorie 4 (migraines sans aura, femme ≥ 35 ans, en cours ET migraines avec aura).

L'ensemble de ces différentes pathologies mises en parallèle des méthodes contraceptives témoigne d'un intérêt supérieur pour le Dispositif Intra-Utérin au cuivre en termes de risque cardiovasculaire d'une part, tout comme le SIU hormonal d'autre part mais avec des indications plus précises. Les méthodes oestro-progestatives présentent quant à elles davantage de risques de complications cardiovasculaires ou thromboemboliques et sont pour la plupart déconseillées voire contre-indiquées.

3.3. Dispositif Intra-Utérin et Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) (19)

Les DIU sont utilisables après une IVG (chirurgicale ou médicamenteuse) en l'absence de contre-indications (malformations utérines, infections en cours ou saignements inexpliqués), après avoir évalué et écarté un risque infectieux (rechercher une infection à *Chlamydiae trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae* 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 lévonorgestrel sont listées ci-dessus.
Quelque 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 ß-hCG plasmatique est négatif. En cas de doute, le DIU est posé lors des règles suivantes (il faut alors utiliser une autre contraception dans l'intervalle).

Les femmes doivent être informées sur :

- L'efficacité contraceptive de ces méthodes (7)
- Leur longue durée d'action (4 à 10 ans pour les DIU au cuivre, 3 à 5 ans pour le SIU) ;
- Leurs risques potentiels (risque d'expulsion, risque de perforation et de migration le plus souvent lié à la pose [exceptionnel]) ;
- L'impact du DIU sur les cycles (règles plus importantes avec le DIU au cuivre, spotting, oligoménorrhée ou aménorrhée avec le SIU hormonal).

Le SIU hormonal 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.
Enfin, il faut conseiller aux femmes de consulter 1 à 3 mois après la pose puis annuellement ainsi qu'en cas de douleurs pelviennes, de saignements, de fièvre inexpliquée.

3.4. Dispositif Intra-Utérin et post-partum (20)

Les DIU sont utilisables chez la femme en post-partum qu'elle allaite ou non :

- A partir de 4 semaines après l'accouchement ;
- Après avoir évalué et écarté un risque infectieux (cf. paragraphe ci-dessus).

La pose d'un DIU au cuivre dans les 48 heures après un accouchement est possible mais n'est pas d'usage courant en France.
Les femmes doivent être informées sur :

- Cf. paragraphe ci-dessus « DIU et IVG »
- Les risques potentiels restent exceptionnels mais augmentés chez la femme qui allaite.

Les conseils d'usage restent les mêmes que pour le DIU post-IVG.

Une récente revue de la littérature parue en 2013 dans *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* (21) a permis une mise à jour de la balance bénéfices/risques concernant la pose d'un DIU ou d'un implant dans le post-partum immédiat. Les patientes sont plus à risque de grossesses non désirées dans la première année suivant la naissance de leur enfant. On estime que 10 à 44 % des grossesses ne seront pas désirées dans cette période. La pratique habituelle est d'instaurer la contraception dans les 6 premières semaines, mais beaucoup de patientes ont déjà des rapports à cette période et une ovulation peut arriver dès le 28e jour. Il y a donc des avantages potentiels multiples à instaurer une contraception intra-utérine (DIU, SIU) et un implant dans la période immédiate du post-partum : leur efficacité est très importante. Elles sont réversibles et l'accès à un praticien effectuant la pose est plus facile, contrairement à la ligature tubaire.
Globalement, le faible taux d'effets indésirables comme la douleur, les saignements, l'infection et la perforation sont bien documentés dans toutes les études, quel que soit le moment ou la voie d'insertion de la contraception intra-utérine.
Si le taux d'expulsion du DIU est significativement plus élevé lorsqu'il a été posé immédiatement après un accouchement par voie basse, il n'a pas été montré de majoration

du risque d'expulsion après un accouchement par césarienne. L'insertion d'un implant en post partum immédiat n'est pas associée à une majoration des effets indésirables comparativement à une pose plus tardive. À ce jour, aucun impact sur la lactation ou la croissance de l'enfant n'est démontré. La plupart des recommandations basées sur des preuves sont favorables à l'instauration précoce de ces contraceptions réversibles d'action longue du fait de la balance favorable entre bénéfices et risques.

3.5. Dispositif Intra-Utérin et adolescence (22)

Les DIU peuvent être proposés aux femmes quelles que soient la parité et la gestité (femmes multipares ou nullipares/nulligestes), cela depuis les recommandations établies par l'ANAES en 2004 (11). Les DIU sont utilisables chez l'adolescente ne présentant pas de contre-indications (malformations utérines, infections en cours ou saignements inexpliqués), après avoir évalué et écarté un risque infectieux (cf. paragraphe ci-dessus).
Les adolescentes doivent être informées sur :

- Cf. paragraphe « DIU et IVG »
- La pose est souvent plus douloureuse chez les nullipares.

Certains dispositifs de plus petite taille sont mieux adaptés aux adolescentes.
Le SIU hormonal est à considérer avec précaution chez l'adolescente, notamment en raison des difficultés liées à la pose. Toutefois, il est possible de le proposer aux adolescentes ayant des règles abondantes, à condition d'accepter l'éventualité de ne plus avoir de règles. L'arrivée sur le marché d'un petit DIU à la progestérone (JAYDESS®) constitue donc une alternative possible.
Les conseils d'usage restent les mêmes : consulter 1 à 3 mois après la pose ou avant si douleurs pelviennes, saignements, fièvre inexpliquée.

Particularités de la prescription et du conseil chez l'adolescente

L'adolescente sera reçue de préférence sans ses parents. Si elle est accompagnée alors il faut proposer un temps de consultation uniquement avec elle. L'entretien est confidentiel, ce dont l'adolescente doit être informée. La prise en charge gratuite et confidentielle est possible dans les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF). En dehors des CPEF, les pilules oestro-progestatives ou progestatives, l'implant et le dispositif intra-utérin sont délivrés gratuitement sur prescription pour les mineures de 15 à 18 ans en pharmacie.

La démarche de conseil et d'accompagnement doit être adaptée à l'âge et aux besoins.
L'examen gynécologique peut-être différé. Il comprend l'examen général, taille, poids, indice de masse corporelle, tension artérielle, localisation de l'acné, la pilosité. L'examen gynécologique peut être expliqué lors du premier entretien et programmé pour une consultation ultérieure.
L'adolescente doit être informée sur les différentes méthodes contraceptives disponibles, l'âge ne devant pas limiter le choix de la méthode en dehors de la stérilisation. Il faut la rassurer sur ses craintes :

- Prise de poids : pas de preuve de prise de poids sous pilule oestro-progestative, relation entre prise de poids et progestatifs seuls mal documentée ;
- Acné : effets variables selon la femme et le type de contraception hormonale ;
- Retour à la fertilité : en général immédiat (sauf après injection de progestatifs où il peut prendre jusqu'à 12 mois) ;
- Impact sur les règles : amélioration possible des dysménorrhées sous pilule oestro-progestative, risque de trouble des règles (aménorrhée, spotting) sous contraception hormonale.

L'adolescente doit être informée sur les préservatifs, les IST, le SIDA.
La contraception d'urgence est un point fondamental à aborder avec elle :

- Conduite à tenir en cas d'oubli de pilule, de non-utilisation ou de rupture d'un préservatif et sur les méthodes de rattrapage possibles ;
- La gratuité et l'anonymat en pharmacie, dans les infirmeries scolaires, les CPEF de la contraception d'urgence au lévonorgestrel (NORLEVO®).

3.6. Dispositif Intra-Utérin et contraception d'urgence (23)

En situation d'urgence, le DIU au cuivre (seul DIU à avoir cette indication) est utilisable jusqu'à 120 heures (5 jours) après un rapport sexuel non protégé. La nulliparité / nulligestité n'est pas une contre-indication (11). Avant la pose, une évaluation du risque infectieux doit être faite afin d'écarter tout risque. Il n'y a aucune interaction médicamenteuse. L'accès au DIU nécessite une prescription par un médecin ou une sage-femme pour la délivrance et le remboursement à 65%.
La pose d'un DIU dans le cadre d'une contraception d'urgence représente également une méthode de contraception régulière efficace (au minimum 4 ans). Une information sur les complications potentielles et les symptômes les évoquant doit être délivrée, tout comme la nécessité d'une consultation 1 à 3 mois après la pose puis annuellement.

Selon le Baromètre Santé 2010, plus de 40 % des adolescentes âgées de 15 à 19 ans et des jeunes de 20-24 ans sexuellement actives ont déjà eu recours au moins une fois au cours de leur vie à la pilule du lendemain (49). Huit pour cent des jeunes âgées de 15 à 19 ans déclarent une grossesse non prévue au cours des cinq dernières années, ce pourcentage s'élevant à 15% chez les 20-24 ans (Baromètre Santé 2010).

Partie II. INFORMATION DES PATIENTS

L'exercice de la médecine ne se résume pas à la simple dispensation de soins. Tout médecin doit répondre à des obligations régies par des textes de loi. Parmi ces textes, ceux consacrés à l'information des patients ont pris une place importante ces dernières années dans le système de soins français. En 2000, les recommandations sur l'information des patients destinées aux médecins, éditées par l'ANAES, précisent que l'information écrite complète l'information orale donnée au patient, cette dernière devant toutefois rester prioritaire. Une première brochure d'information, destinée aux personnes asthmatiques et à leurs proches, a été élaborée et diffusée par l'ANAES en 2004 à la demande de la Direction Générale de la Santé (DGS) et des Caisses d'assurance maladie.

1. LOI DU 4 MARS 2002 (DITE KOUCHNER)

Un véritable tournant s'est opéré en mars 2002 avec les travaux dirigés par le Ministre de la Santé de l'époque, Bernard Kouchner. La loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé fut une avancé en terme de droit des patients à l'information sur leur état de santé (24). Le chapitre 1er intitulé «Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté » recense ces nouvelles obligations. C'est l'aboutissement d'une évolution confirmant une demande de plus en plus forte du corps social à plus d'autonomie et à une meilleure information.

L'article L1111-2 du Code de la Santé Publique, dont la dernière version date de juillet 2009 (25), stipule :

« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.
Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.
Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.
Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des dispositions de l'article L.1111-5. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle.
Des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information sont établies par la Haute Autorité de Santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé.
En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen.
L'établissement de santé recueille auprès du patient hospitalisé les coordonnées des professionnels de santé auprès desquels il souhaite que soient recueillies les informations nécessaires à sa prise en charge durant son séjour et que soient transmises celles utiles à la continuité des soins après sa sortie.»

Plusieurs points doivent être soulignés :

- L'information concerne aussi bien les actes de soins que de prévention ;
- Elle porte sur les risques fréquents ou graves normalement prévisibles. Cette formulation ne remet pas en cause la jurisprudence de la Cour de Cassation et du Conseil d'Etat sur les risques exceptionnels et l'information qui doit être donnée à leur propos.
- L'information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences (cf. article 64 du Code de Déontologie Médicale) et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables, c'est à dire en ce qui concerne les médecins dans le respect de l'article 35 du Code de Déontologie Médicale ;
- Une personne peut, à sa demande, être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission ou contamination.

Le présent article souligne l'importance de délivrer l'information à tout moment de la prise en charge d'un patient, sauf en situation d'urgence, d'impossibilité ou de refus du patient d'être informé.
Le droit du patient à l'information s'exerce a priori à l'occasion des soins et postérieurement à l'acte médical ou au cours du traitement de la maladie, par l'accès aux informations établies et détenues par le professionnel ou l'établissement de santé. Ces deux temps de l'information sont indissociables, la bonne qualité du premier facilitant l'exercice du deuxième.

L'article montre aussi l'importance de la tenue du dossier médical puisque le professionnel doit prouver que l'information a été délivrée au patient, preuve pouvant être apportée par tout moyen.
L'information écrite ne peut à elle seule remplacer l'information orale devant être dispensée par le praticien. Mais la mention écrite dans le dossier médical qu'une information orale a été délivrée peut radicalement changer une décision de justice.

La Loi du 4 mars 2002 (art. L1111-6) (26) prévoit la possibilité pour le patient de désigner une **personne de confiance**, cette désignation est porteuse de droits d'information pour la personne ainsi désignée qui agit alors au nom du patient.

« Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.[…] »

2. CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE

La déontologie d'une profession régie l'ensemble des principes et règles éthiques qui gèrent et guident une activité professionnelle. Ces normes sont celles qui déterminent les devoirs minimums exigibles par les professionnels dans l'accomplissement de leur activité.
Le Code de Déontologie Médicale, constitué de 112 articles, réfère certains devoirs du professionnel envers les patients, parmi lesquels le devoir d'information.

L'article 34 du Code de Déontologie Médicale ou article R.4127-34 du Code de la Santé Publique (27), stipule :

« Le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution. »

L'article 35 du Code de Déontologie Médicale ou article R.4127-35 du Code de la Santé Publique (28), stipule :

« Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.
Toutefois, lorsqu'une personne demande à être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sa volonté doit être respectée, sauf si des tiers sont exposés à un risque de contamination.

Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite. »

Cet article souligne l'importance de vérifier qu'une information a bien été comprise. En pratique quotidienne, il est souvent utile de reformuler une information préalablement délivrée, en utilisant un vocabulaire adapté à la personne se trouvant devant le praticien, en demandant au patient de ré exprimer avec ses mots l'information qui vient de lui être donnée.

Le préalable nécessaire à la dispensation de soins est l'obtention d'un accord entre le patient et le praticien, après formulation d'une information claire, loyale et appropriée, afin de recueillir le consentement du patient, comme le souligne l'article 36 du Code de Déontologie Médicale (29) :

« Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas.
Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences.
Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que ses proches aient été prévenus et informés, sauf urgence ou impossibilité.
Les obligations du médecin à l'égard du patient lorsque celui-ci est un mineur ou un majeur protégé sont définies à l'article R. 4127-42. »

S'agissant du patient mineur ou du majeur protégé, les dispositions régies par l'article R.4127-42 (30) sont telles que :

« […] un médecin appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur protégé doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement.
En cas d'urgence, même si ceux-ci ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires.
Si l'avis de l'intéressé peut être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans toute la mesure du possible. »

Lorsque plusieurs médecins concourent à prendre en charge un même patient, le devoir d'information incombe à chacun d'eux (article 64 du CSP) (31) :

« Lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés ; chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du malade.

Chacun des médecins peut librement refuser de prêter son concours, ou le retirer, à condition de ne pas nuire au malade et d'en avertir ses confrères. »

Ces différents extraits soulignent l'importance donnée, au XXIème siècle, au droit des patients à l'information sur leur état de santé.

Partie III. QUESTIONS LIEES AU DIU

La plupart des documents d'information, pour ne pas dire « tous », concernant le dispositif intra-utérin, sont élaborés par l'industrie pharmaceutique qui les commercialise. Il existe donc un biais manifeste dans la constitution de ceux-ci, le document étant centré sur le produit commercialisé par le groupe industriel. Ce travail de thèse se veut être généraliste en abordant les dispositifs intra-utérins dans leur globalité et non l'un d'eux en particulier. C'est pourquoi il a été nécessaire d'avoir un recul suffisant sur le sujet pour constituer un document qui puisse être applicable à tous les DIU actuellement en vente.

Le début de l'année 2013 fit couler beaucoup d'encre sur la prudence vis à vis des méthodes contraceptives oestro-progestatives, donnant une nouvelle dimension aux méthodes de longue durée d'action comme le dispositif intra-utérin. Le DIU fut mis en valeur pour palier aux contraintes qu'imposait la gestion quotidienne d'une méthode contraceptive comme la pilule d'une part, et la volonté de s'affranchir des hormones d'autre part (si DIU au cuivre). Nous avons souhaité identifier les freins et les réticences qui circulent encore et font de l'ombre au DIU, par l'intermédiaire de thèses existantes, de travaux menés par l'HAS, de l'avis de professionnels de santé en exercice. Nous n'avons pas souhaité nous intéresser aux écrits parus dans la presse grand public pour préserver la dimension scientifique médicale de ce travail.

1. FREINS ET RETICENCES SOULEVES PAR DES THESES

1.1. Thèse d'Alice De Verbizier (Avril 2011)

La thèse est intitulée « Dispositifs intra-utérins en Médecine Générale en Lorraine – Etat des lieux des pratiques concernant les dispositifs intra-utérins, facteurs influençant leur prescription et leur pose par les médecins généralistes » (32). Le travail mené était de nature descriptive et consistait en une enquête postale par questionnaire pour recueillir les connaissances, les attitudes et la pratique de la prescription et de la pose du DIU par les médecins généralistes. Les médecins interrogés ont été sélectionnés par tirage au sort en excluant les médecins à orientation particulière. Ce sont 298 médecins généralistes de

Lorraine exerçant en libéral qui ont été sollicités. Une première partie du questionnaire concernait le profil des médecins généralistes, la seconde la pratique de la gynécologie et la troisième la pratique concernant les DIU. Ce travail a permis de recueillir 180 réponses.

Les facteurs influençant la prescription de DIU ont été étudiés par analyse bivariée comparant les médecins prescripteurs aux non prescripteurs de DIU :

- Les femmes sont de plus grandes prescriptrices de DIU que leurs collègues masculins ;
- Le suivi d'une formation continue en gynécologie ainsi que d'une formation diplômante en gynécologie motivent la prescription de DIU ;
- La pratique d'actes de gynécologie, de frottis cervico-vaginaux et de suivi de grossesse sont significativement plus élevés dans le groupe des prescripteurs de DIU.

Il n'y a pas de différence significative entre les médecins prescripteurs et non prescripteurs de DIU concernant l'ancienneté d'exercice, le type d'exercice (rural, semi-rural, urbain), la proximité d'un gynécologue.

Les facteurs influençant la pose de DIU ont été étudiés par analyse bivariée comparant les médecins poseurs aux non poseurs de DIU :

- L'ancienneté d'exercice a une influence significative sur la pose de DIU : plus les médecins exercent depuis longtemps et plus ils posent les DIU qu'ils prescrivent.

Enfin, lorsqu'il a été demandé aux médecins généralistes de répondre à la question « pourquoi ne prescrivez-vous pas de DIU ? » ou « pourquoi ne posez-vous pas de DIU ? », les réponses ont été de la nature suivante :

- Pas de prescription car pas de pose ;
- Rôle particulier du gynécologue jugé plus compétent ;
- Le défaut de formation, de sensibilisation des médecins généralistes ;
- Manque de demande induisant une perte de pratique, d'expérience ;
- Manque de temps, difficulté d'organisation d'une consultation de gynécologie ;
- Contraintes matérielles (oxygène, matériel de réanimation) pourtant non nécessaires à la pose légale d'un DIU en cabinet depuis 1981 ;

- Risque médicolégal, problème d'assurance responsabilité professionnelle (bien qu'il n'existe pas de surprime pour la pose de DIU, les seuls risques étant l'aléa thérapeutique ou l'erreur médicale).

1.2. Thèse de Dorothée Denant (Octobre 2012)

La thèse est intitulée « Freins et réticences à l'utilisation du dispositif intra-utérin chez les nullipares en médecine générale » (33). L'objectif de ce travail était de définir les comportements et les préjugés des nullipares vis-à-vis des DIU en soins primaires. L'étude menée était qualitative, l'entretien individuel semi directif ayant été privilégié pour le recueil de données. L'enquête a été interrompue lorsque trois entretiens successifs ne révélaient pas de nouvelles données, c'est à dire 21 entretiens. Le recrutement de patientes s'est fait au sein de cabinets de médecins généralistes, maîtres de stage dans la faculté Université Versailles Saint Quentin en Yvelines, sélectionnés sur des critères géographiques (Yvelines et Hauts-de-Seine). Le faible nombre de nullipares a conduit à élargir le recrutement par effet boule de neige.

Les freins et réticences ayant émergé de ces travaux ont été :

- Un défaut d'information en général ;
- Les fausses idées circulantes (idées reçues) ;
- Une prescription « frileuse » de la part des praticiens ;
- Le refus de certains praticiens ;
- La notion de contre-indication du DIU chez les nullipares ;
- La peur des effets indésirables : à la pose, contrainte du geste pour la pose et le retrait, peur de la douleur, gène liée au port quotidien du DIU, crainte de la migration secondaire, gène au rapports ;
- Le doute quant à l'efficacité contraceptive ;
- La crainte des grossesses extra-utérines (GEU) ;
- Le risque de fausses couches spontanées ;
- La peur de l'infection ;
- Le refus d'une aménorrhée provoquée ;
- La perception de l'objet comme agressif, le refus de corps étranger ;
- La durée d'action et la perception d'une certaine forme d'engagement imposée ;
- La dimension « abortive » associée au dispositif ;
- La peur de la stérilité ;

- Les convictions religieuses personnelles ;
- Son nom courant jouant en sa défaveur (Stérile-t).

L'étude a reflété que les femmes refusent le DIU non pas par choix mais le plus souvent par désinformation. Elle révèle que les femmes souffrent de nombreux préjugés vis-à-vis du DIU. Le rôle du praticien pour délivrer des informations tient donc toute sa place en soins primaires.

1.3. Thèse d'Anne-Laure Chanzy Waroquet (Septembre 2013)

La thèse est intitulée « Pourquoi les nullipares ne choisissent pas plus le DIU ? Enquête auprès de femmes » (34). Avant de détailler son travail et ses résultats, sa revue de la littérature sur le DIU a permis de constater qu'il existe un taux d'expulsion plus élevé chez les nullipares (5 à 22%) que chez les multipares (3 à 5%) mais aussi chez les moins de vingt ans. Il en est de même pour les effets indésirables, légèrement augmentés chez les adolescentes et les nullipares. L'insertion du DIU semble plus douloureuse et plus difficile, mais reste opérateur dépendant.

L'objectif principal était de déterminer les réticences et les motivations des patientes à choisir le dispositif intra-utérin. L'étude s'est voulue prospective descriptive menée à l'aide de questionnaires anonymes distribués aux femmes dans différents sites (cabinet de gynécologie médicale de ville, centre de santé d'un campus universitaire, planning familial d'un centre-ville). Seules les patientes nullipares, en âge de procréer et majeures ont été incluses.

Deux cent cinquante cinq questionnaires ont été distribués, 223 ont été récupérés, 34 ont été exclus, soit 189 questionnaires exploitables.

Les raisons citées par les patientes pour ne pas choisir le DIU ont été, par ordre de fréquence, les suivantes :

- Corps étranger (59,3%)
- Peur de la pose (51,3%)
- Peur de l'échec / doute sur l'efficacité (26%)
- Peur de l'infection (19,3%)
- Peur de la stérilité (16%) / appréhension des règles abondantes (16%)
- Déconseillé par l'entourage (15,3%)
- Peur de la GEU (12%)
- Contre-indication au DIU (2,7%)

A l'inverse, les raisons citées par les patientes pour choisir le DIU ont été, par ordre de fréquence, les suivantes :

- Simplicité (89,7%)
- Absence d'hormones (64,1%)
- Durée d'action (53,8%)
- Efficacité (41%)
- Peu d'effets secondaires (23,1%)
- Contre-indication aux hormones (15,4%) tout comme le faible coût (15,4%)
- Autre raison comme l'impact économique ou le fait d'être fumeuse (7,7%)

Comparativement à la thèse de Dorothée Denant, on retrouve sensiblement les mêmes réticences. Le principal frein est avant tout le manque d'information des patientes, notamment de la part du corps médical, responsable de nombreuses craintes (peur de la pose, de l'échec contraceptif, de la GEU, de la stérilité etc…) bien souvent erronées.
Ces deux approches complémentaires, l'une qualitative de Mme Denant, l'autre quantitative de Mme Chanzy Waroquet, sur la même question de recherche ont permis de constater des résultats concordants.

2. FREINS ET RETICENCES SOULEVES PAR LES TRAVAUX DE L'HAS

La Haute Autorité de Santé, poussée par la polémique des pilules oestro-progestatives de 3ème et 4ème génération, a publié en avril 2013 un document de synthèse faisant état des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée (35). Des leviers généraux d'action ont pu être identifiés à partir des freins recensés.

2.1. Freins à l'accès à la contraception du côté des professionnels de santé

Les freins identifiés dans la littérature étaient principalement liés aux pratiques, à l'information et la formation, aux représentations que peuvent avoir les professionnels de santé. Certaines représentations socioculturelles peuvent diminuer l'attention des professionnels de santé dans l'identification des besoins contraceptifs des patients. C'est le

cas dans les situations où la grossesse n'est socialement pas envisageable et/ou lorsque les rapports sexuels sont supposés inexistants. Ces représentations peuvent influencer la décision du professionnel d'aborder ou non la question d'une prescription contraceptive et le choix des méthodes contraceptives qu'il leur propose. L'âge n'est donc pas un indicateur discriminant pour aborder la question de la contraception avec un patient.

2.2. Freins à l'accès à la contraception du point de vue des usagers

Certaines femmes sont réticentes à consulter un professionnel de santé par crainte de l'examen gynécologique ou de questions relevant de l'intime. Le choix d'une méthode contraceptive peut être freiné par des idées reçues sur sa propre fertilité, particulièrement chez les femmes mineures ou de plus de 40 ans. Les contraintes économiques diminuent le recours à la contraception, comme le suggère Nathalie Bajos et son équipe dans leur dernière étude FECOND (10). Les situations de grande difficulté sociale incitent les femmes à reléguer la question de la contraception au second plan, voire souvent à ne pas la considérer.

2.3. Freins au choix d'une contraception adaptée du côté des professionnels de santé

Les conceptions mécanistes du corps et l'hypermédicalisation de la contraception induisent un recours aux méthodes contraceptives les plus efficaces, pouvant être contre-productives si les besoins du couple ne sont pas pris en considération. Rappelons que l'objectif principal d'une consultation dédiée à la contraception est d'aider au choix d'une méthode efficace tenant compte du contexte psycho-socio-affectif du couple.

La formation initiale et continue insuffisante des médecins et sages-femmes se traduisent par la persistance d'idées reçues et de pratiques classiques voire stéréotypées. Pour les médecins généralistes, l'instauration d'un troisième cycle permet aux jeunes générations de recevoir une formation en gynécologie.

Le positionnement difficile des (anciens) médecins généralistes par rapport à leurs confrères gynécologues en termes de compétence contraceptive se veut également être un frein, alors que l'évolution démographique médicale favoriserait le transfert de ces compétences aux médecins généralistes (diminution du nombre de gynécologues, répartition inégale sur le territoire, féminisation des médecins généralistes).

Les conditions actuelles d'exercice et de paiement à l'acte se prêtent mal à une consultation contraceptive compte tenu du temps nécessaire pour étudier l'adéquation entre la méthode contraceptive et le profil de la patiente.

Enfin, la pression de l'industrie pharmaceutique pour influencer les prescripteurs se veut également être un frein supplémentaire.

S'agissant du DIU, un nombre important de freins le concerne :

- Croyance erronée que le DIU est contre-indiqué chez les nullipares ;
- Surestimation des complications (GEU, infections pelviennes) ;
- Formation technique insuffisante ou réticence à la réalisation de gestes techniques ;
- Contraintes matérielles et de temps pour la pose de DIU.

2.4. Freins au choix d'une contraception adaptée du point de vue des usagers

Le frein essentiel au choix d'une méthode contraceptive adaptée à la femme ou à l'homme est le manque d'informations objectives. La plupart des femmes choisissent seules leur méthode, mais ce choix est bien souvent conditionné par celui du conjoint, par priorité donnée au plaisir masculin. Des situations de fragilité et des facteurs de risque d'échec peuvent entraver le choix d'une méthode, comme par exemple :

- La non reconnaissance sociale et parentale de la sexualité chez la jeune femme ;
- La sous-estimation du risque de grossesse chez les femmes approchant la ménopause et pour lesquelles le recours à des méthodes dites « naturelles » semble plus fréquent, ou bien par absence totale de méthode ;
- Le post-partum ou le post IVG ;
- Les périodes d'instabilité et/ou de fragilité affectives ;
- Les situations de violence physique et morale ;
- Les situations professionnelles particulières, le mode de vie (travail de nuit…) ;
- Les périodes de transition entre deux méthodes.

Des facteurs culturels, religieux ou philosophiques peuvent conditionner le choix d'une méthode contraceptive.

Si l'on considère le DIU, les freins du point de vue des usagers sont de nature :

- Affective et sexuelle : la prise d'une contraception régulière peut-être jugée inadéquate avec la fréquence des rapports sexuels ;
- Subjective : la présence d'un corps étranger peut être vécu comme intrusif ;

- Confidentielle : les jeunes patientes utilisant la couverture sociale de leurs parents ne peut leur garantir la confidentialité attendue, bien que le consentement parental ne soit plus requis ;
- Informative : il existe une quantité d'informations de qualité et de fiabilité douteuses qui circulent sur les sites internet et dans les forums de discussion ;
- Géographique : le refus de poser un DIU ou un implant étant plus fréquent chez les médecins généralistes, le choix de cette méthode contraceptive est conditionnée par la proximité et l'accessibilité à un gynécologue ou une sage-femme.
- Organisationnelle : le choix d'un DIU nécessite deux consultations, l'une pour la prescription, l'autre pour la pose par le professionnel de santé, cela pouvant entrainer un retard dans la mise en œuvre de la méthode contraceptive ;
- Economique : difficulté à avancer les frais ou financer les dépassements d'honoraires, absence de couverture complémentaire.

Face à ces difficultés pour recourir dans un premier temps et choisir dans un second temps une méthode contraceptive adaptée, l'HAS a recensé différents leviers d'action générale.

2.5. Leviers concernant l'accès à la contraception

Les différents leviers identifiés par ces travaux sont :

- Faciliter l'information du grand public sur les dispositifs d'accès à la contraception et sur le rôle du médecin généraliste ;
- Mettre en œuvre et évaluer des protocoles de coopération entre les professionnels de santé dans le domaine de la prescription contraceptive ;
- Mettre en application et évaluer les dispositions légales concernant l'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires et développer celle-ci dans les autres structures éducatives d'accueil des jeunes ;
- Etendre le système du tiers payant pour les mineur(e)s et les jeunes de 18 à 25 ans ;
- Evaluer et le cas échéant généraliser les dispositifs intégrateurs permettant l'accès à la contraception et à la prévention des jeunes ;
- Développer l'information sur les dispositifs d'accès à l'assurance maladie obligatoire ;
- Favoriser l'accès à une assurance complémentaire santé.

2.6. Leviers concernant le choix de la contraception la mieux adaptée à chacun

Les différents leviers identifiés sont :

- Développer et adapter la formation initiale et continue des professionnels de santé concernés par la contraception, de façon indépendante de l'industrie pharmaceutique ;
- Promouvoir l'information des professionnels de santé sur la contraception par le biais des délégués de l'Assurance Maladie et au moyen de sites internet ;
- Evaluer l'intérêt d'une modification des modalités de rémunération des professionnels de santé ;
- Faciliter l'information du grand public sur les différents moyens contraceptifs disponibles au moyen d'une plate-forme d'information unique ;
- Exercer une vigilance accrue sur la qualité de l'information des différents moyens contraceptifs délivrée par les industriels aux professionnels de santé et au grand public.

3. FREINS ET RETICENCES SOULEVES PAR UN PANEL DE PRATICIENS EN EXERCICE

3.1. Constitution du groupe de travail

Ce travail de thèse se veut être avant tout généraliste, raison pour laquelle le groupe de travail constitué devait compter des praticiens de différentes spécialités, pour obtenir un éventail le plus représentatif possible de l'ensemble des professionnels de santé pouvant prescrire ou discuter une méthode contraceptive.

Le recrutement des différents praticiens s'est fait par mail, du 7 novembre 2013 au 6 mars 2014. Une présentation générale du thème et du sujet leur était expliquée, avec les différentes étapes du projet pour lesquelles leur participation était requise (cf. ci-dessous). Certains praticiens ont d'emblée répondu de façon non favorable, non pas par manque d'intérêt, mais par manque de disponibilité.

Les praticiens ayant répondu favorablement au premier mail envoyé ont été inclus dans le groupe de travail.

Cette démarche a permis la constitution du groupe suivant :

- 4 Gynécologues obstétriciens dont un expert judiciaire ;
- 1 Gynécologue médical ;
- 1 Gynécologue travaillant en PMI ;
- 7 Médecins généralistes dont 3 effectuant des vacations au planning familial. Parmi eux, certains exercent en milieu urbain, d'autres en milieu rural ou semi-rural.
- 1 Sage-femme (SF) homme, expert contraception pour le Collège National des SF ;
- 2 Sages-femmes libérales ;
- 1 Sage-femme hospitalière.

Le groupe de travail compte ainsi 17 membres au profil diversifié.
Parmi ces dix-sept praticiens, la majorité (c'est à dire 13) se trouvait en région Haute-Normandie, les autres en région Ile-de-France, Pays de la Loire, Limousin et Lorraine.

3.2. Méthode de recueil des données

La disparité géographique des différents membres de ce groupe a nécessité deux modes de recueil des données, par l'intermédiaire d'un questionnaire commun. Le questionnaire établi (20 questions – cf. Annexe) fut inspiré en partie de celui utilisé par Alice de Verbizier.
Pour les membres géographiquement proches de l'agglomération rouennaise, le questionnaire a servi de support pour l'entretien en face à face, cet entretien se voulait donc être semi-directif. Pour les membres géographiquement à distance ou ne pouvant pas se rendre disponible, le questionnaire leur a été envoyé par mail.
Ce questionnaire a permis d'interroger les praticiens sur des questions très générales liées à la contraception, sur leur façon de présenter et communiquer le DIU comme méthode contraceptive, sur les questions et problèmes fréquemment posés par les patientes, les fausses idées circulantes. Les deux dernières questions permettaient, après avoir discuté sur le DIU, d'élargir la réflexion et de se projeter dans l'élaboration d'un document d'information, en tenant compte des problématiques soulevées par les précédentes questions. Ces deux questions étaient :
« Selon vous, afin d'éclairer les patientes sur la contraception intra-utérine, quelles informations indispensables devraient figurer dans une brochure d'information ? »
« Sur quels points fondamentaux une brochure informative portant sur la contraception intra-utérine devrait-elle insister ? »

Pour bien distinguer ces deux questions, il était spécifié à la fin de la première et entre parenthèses « Quoi y mettre ? », et pour la seconde « Sur quoi insister ? ».
Sur les 17 praticiens de ce groupe, seul un n'a pas répondu au questionnaire puisqu'il a été inclus dans le groupe après la phase dédiée au recueil. Son inclusion a été motivée par son implication juridique puisqu'il est gynécologue obstétricien et expert judiciaire, donc très intéressé dans la constitution de ce document d'information.

3.3. Réponses au questionnaire

Nous ne détaillerons pas, volontairement, les réponses aux 20 questions référencées dans le questionnaire puisque certaines d'entre elles n'interviennent pas dans la constitution du document d'information mais sont utilisées comme support de discussion autour du dispositif intra-utérin.

A la question « Que pensez-vous en général de la contraception intra-utérine ? », les réponses apportées étaient de la nature suivante :

- Non hormonal ;
- Pas d'influence sur le cycle ovulatoire ;
- Pas de gestion de l'oubli / Liberté pour la patiente ;
- Suivi facilité.

A la question « Comment abordez-vous avec vos patientes la question de la contraception par dispositif intra-utérin ? », les réponses étaient de la nature suivante :

- Orientation selon le profil médical, psychologique et le mode de vie de la patiente, puis guidée par le praticien au cours d'une discussion ;
- Inspiration de la méthode BERCER de l'OMS (Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication, Retour) ;
- Proposition parmi les autres méthodes contraceptives en faisant ressortir la durée d'action, l'efficacité ;
- Présentation via des planches, des schémas, le dispositif taille réelle, le matériel de démonstration fournis par certains laboratoires ;
- Proposition directement faite par la patiente voulant s'affranchir de la gestion des oublis de pilule ou des hormones en général.

A la question « Avez-vous rencontré des complications (difficultés) lors de l'insertion d'un DIU ? Si oui, lesquelles ? », les réponses ont été, par ordre de fréquence :

- Douleurs à la pose (franchissement orifice interne ou pince de Pozzi)
- Lipothymie / réaction vagale (surtout lors du passage de l'orifice interne du col) ;
- Sténose du col (cicatriciel ou par spasme) ;
- Les autres réponses étant plus marginales : perforation (risque évalué dans la littérature à 1/1000 insertions, quelque soit le dispositif), saignement provoqué (Pozzi), DIU revenant lors du retrait du tube inserteur, convulsion.

A la question « Vos patientes ont-elles présenté des effets secondaires ? », les réponses ont été :

Pour les deux types de DIU (cuivre / hormonal) :

- Douleurs et pesanteur pelvienne ;
- Spottings ;
- Dyspareunies ;
- Gène aux rapports.

Pour le DIU au cuivre :

- Ménorragies ;
- Expulsion / Migration ;
- Dysménorrhée ;
- GEU (rare).

Pour le DIU hormonal :

- Aménorrhée non acceptée / perte d'un signe de féminité ;
- Acné modérée à sévère ;
- Diminution de la libido ;
- Prise de poids.

A la question « Quels sont les arguments que vous mettez en avant pour parler du DIU ? », les réponses ont été les suivantes :

- Observance (pas de gestion quotidienne ni de l'oubli) ;
- Efficacité ;
- Liberté pour la patiente et sécurité ;
- Durée d'action ;

- Réversibilité ;
- Confidentialité (pas de plaquettes ni de comprimés visibles, discrétion) ;
- Tolérance ;
- Coût annuel (inférieur à celui d'une pilule).

Pour le DIU au cuivre, l'argument mis en avant était l'absence d'hormones.
Pour le DIU hormonal, les arguments étaient : la quantité infime d'hormones, la diminution ou disparition des règles.

A la question « Quelles sont les réticences exprimées par vos patientes à l'égard du DIU ? », les réponses ont été les suivantes :

- Corps étranger ;
- Douleur de pose ;
- Manque d'efficacité ;
- Risque infectieux ;
- Abortif ;
- Migration secondaire ;
- Amie ou personne de l'entourage ayant eu une grossesse avec un DIU ;
- Refus du conjoint.

Pour le DIU au cuivre, les réticences exprimées étaient la crainte de la majoration des règles (quantité et durée), l'allergie aux métaux (cuivre).
Pour le DIU hormonal, les réticences étaient liées à la présence d'hormones, l'absence de règles, la prise de poids.

A la question 15 du questionnaire, les réponses apportées par les praticiens se voulaient être le miroir de celles apportées à la question 12 concernant les arguments mis en avant pour parler du DIU. Cependant, une nouvelle notion a été apportée par certains praticiens : la dimension « écologique » de la contraception par DIU au cuivre. En effet, l'absence de toute prise d'hormones se traduit par une absence d'hormones rejetées dans la nature et donc une meilleure préservation de la faune et la flore, un respect de la biodiversité.

A la question « Quelles sont les fausses idées que vous identifiez chez vos patientes concernant le DIU ? », les réponses ont été les suivantes :

- Surestimation du risque infectieux ;
- Manque d'efficacité ;
- Gène le partenaire aux rapports (car DIU imaginé placé dans le vagin) ;

- Méconnaissance de l'objet, sa taille, sa localisation anatomique ;
- Durée d'utilisation (à vie pour certaines patientes) ;
- Stérilité après avoir eu un stérilet ;
- Nulliparité excluant la possibilité de pose d'un DIU ;
- DIU perçu comme méthode de contraception d'arrêt et non comme méthode de régulation des naissances ;
- Migration aux rapports ou lors d'efforts physiques ;
- Amaigrissement et expulsion du DIU ;
- Risque GEU majoré par la présence d'un DIU ;
- DIU s'incrustant dans les chairs si gardé longtemps ;
- Poly malformation de l'enfant à naître si grossesse sur DIU ;
- La prise d'AINS diminuant l'efficacité des DIU au cuivre ;
- Lieu de pose : strictement hospitalier ou chez le gynécologue, impliquant un facteur temps non négligeable avec des délais d'obtention des rendez-vous.

A la question « Quels freins et contre-indications identifiez-vous personnellement pour prescrire un DIU ? », les praticiens ont cité les contre-indications essentielles figurant dans les brochures des laboratoires (malformations utérines, cancer, fibrome, infection pelvienne en cours ou récente, risque infectieux majoré chez les nullipares multipartenaires). Certains ont également apporté des réponses d'ordre plus général, parfois subjectives :

- Terrain psychologique de la patiente ;
- Manque de motivation de la patiente ;
- Densité démographique des gynécologues à proximité du cabinet : plus les gynécologues sont nombreux et accessibles, moins le médecin généraliste se sent impliqué dans la prescription et la pose d'un DIU en cabinet de ville ;
- Aspect dissuasif du geste de pose et les contraintes de l'époque : les médecins généralistes devaient avoir, avant 1981, une autorisation de l'Assurance Maladie pour poser en cabinet des dispositifs intra-utérins, du matériel de réanimation et de l'oxygène. Cet argument fut mis en avant par un des praticiens de notre groupe de travail, en fin de carrière professionnelle et exerçant en milieu urbain.

Enfin, comme nous l'avons évoqué ci-dessus, les deux dernières questions avaient pour objectifs d'élargir la réflexion et de projeter le praticien vers le document informatif.

A la question « Selon vous, afin d'éclairer les patientes sur la contraception intra-utérine, quelles informations indispensables devraient figurer dans une brochure ? (Quoi y mettre ?)», les réponses ont été nombreuses :

- Accessibilité à toutes les femmes après avis médical, y compris nullipares ;
- Indication à tout âge ;
- Avantage de l'observance, de la liberté (comme s'il n'y avait pas de contraception) ;
- Naturel par rapport aux cycles et à l'environnement ;
- Taille réelle du DIU et sa position dans l'utérus (anatomie) ;
- Rôles du DIU sur la fécondation et la nidation ;
- Efficacité, sureté, fiabilité ;
- Moindre risque de grossesse avec un DIU qu'avec une pilule ;
- Réversibilité à tout moment si désir de grossesse ;
- Durée d'action ;
- Idées reçues, fausses idées ;
- Effets secondaires possibles mais non systématiques ;
- Prévention possible de la douleur ;
- Non protection des IST avec le DIU et nécessité de rapports protégés ;
- Attente de quelques mois pour juger de la tolérance du DIU (spottings, aménorrhée) ;
- Vigilance incombant à la patiente dans les semaines suivant la pose (fièvre, douleurs…) ;
- Suivi gynécologique lié au port d'un DIU ;
- Coût, remboursement Assurance Maladie ;
- Choix de la patiente au cours d'une consultation dédiée, choix du couple ;
- Technique de pose ;
- Geste fait en cabinet sans matériel particulier (oxygène…) ;
- Contraception possible en post IVG.

A la question « Sur quels points fondamentaux une brochure informative portant sur la contraception intra-utérine devrait-elle insister ? (Sur quoi insister ?) », les réponses ont été, par ordre d'importance, les suivantes :

- Sécurité puisqu'absence de gestion de l'oubli ;
- Efficacité de la méthode ;
- Durée d'action (intérêt du long terme) ;
- Réversibilité ;

- Facilité de pose et retrait à tout moment dès que la patiente le souhaite, mais nécessité de l'intervention d'un professionnel ;
- Anatomie et lieu de pose (le DIU est intra-utérin et non intra vaginal).

L'ensemble de ces réponses apportées par les praticiens, en complément de celles obtenues par la lecture de thèses ou les travaux de l'HAS, ont permis d'avoir un nombre important de données sur lesquelles s'inspirer pour orienter notre document d'information.

S'agissant du format général du document, les praticiens ont pu être interrogés oralement lors des entretiens en face à face, mais les praticiens contactés uniquement par mail n'ont pas été sollicités sur ce point puisqu'aucune question ne leur été posée à ce sujet dans notre questionnaire. Nous détaillerons plus loin les critères ayant amené au choix du format du document.

3.4. Discussion des données et réunions de travail

L'ensemble des réponses aux questions a été compilé et listé dans un fichier unique. L'étape suivante consistait en la mise en œuvre de réunions de travail avec plusieurs praticiens, en présentiel, pour présenter l'ensemble de ces réponses. Le but était de rediscuter, reformuler ou préciser certaines données qui méritaient d'intégrer le document informatif.

Deux réunions ont eu lieu. La première s'est tenue le samedi 5 avril matin au club-house du Golf de Rouen Mont-Saint-Aignan. Le choix de la date fut précédé d'un mail adressé à l'ensemble des praticiens du groupe de travail afin de retenir celle pouvant rassembler la majorité d'entre eux. Je me suis rapidement rendu compte de la complexité à pouvoir rassembler un même jour et en un même lieu les praticiens. J'ai donc décidé de proposer une seconde date pour les praticiens ne pouvant être présents à la première séance.

La première réunion compta autour de la table un Gynécologue Obstétricien, un Gynécologue médical et un Gynécologue de PMI.

La seconde réunion, qui s'est tenue le mercredi 23 avril en début de soirée, a permis de réunir deux Médecins Généralistes dont un effectuant des consultations au Planning familial de Rouen, et une Sage-femme libérale.

Ces deux réunions se sont déroulées selon le même plan :

- Utilisation d'un ordinateur et d'un vidéoprojecteur pour diffusion des données sur un grand écran ;
- Diaporama introductif en 17 planches précisant le contexte général de ce travail et les problèmes soulevés, les objectifs dont l'élaboration du document d'information, la méthode générale, la liste des membres du groupe de travail et le profil de chacun, les rôles du modérateur (moi) et du groupe, les critères de qualité d'un document d'information selon un travail mené par des chercheurs de médecine générale, le planning prévisionnel pour les différentes étapes de ce travail de thèse ;
- Présentation et discussion question par question des données listées dans le fichier de compilation des réponses. Il s'agissait de l'étape la plus longue lors de ces réunions. Le but était de rediscuter de l'intérêt des données par rapport au document, en supprimer ou en ajouter, les reformuler pour en simplifier la compréhension. Pour certaines questions (la 10, 16 et 20), j'ai demandé aux praticiens de hiérarchiser les réponses (hiérarchie reprise dans la liste des réponses aux questions 10, 16 et 20 ci-dessus listées).
- Présentation et discussion d'un tableau à 3 colonnes avec respectivement la pilule, le DIU au cuivre et le DIU hormonal. Ce tableau de synthèse avait pour objectif de mettre en parallèle ces 3 méthodes contraceptives sur différents critères (durée d'action, efficacité, gestion globale, indications, incidence sur les règles…). La discussion a permis de supprimer ou d'ajouter certains critères différentiels, de les reformuler, les synthétiser.

La combinaison des différentes étapes successives préalables à la constitution du document d'information a permis de l'appréhender et l'imaginer avec une plus grande facilité. Les nombreux échanges avec les praticiens (en entretien individuel ou en groupe), la lecture de différents travaux sur le thème (thèses et travaux de l'HAS) ont été des étapes indispensables à mon cheminement intellectuel, permettant une projection vers le document.

Partie IV. DOCUMENT D'INFORMATION

1. ELABORATION D'UN DOCUMENT D'INFORMATION

1.1. Recommandations de l'HAS

En 2008, la Haute Autorité de Santé a publié une recommandation intitulée « Elaborer une brochure d'information pour les patients ou les usagers » (36). Elle souligne en préambule qu'une brochure permet d'informer les patients, les usagers et leur entourage, sur les soins qui leur sont proposés. Elle complète ainsi l'information orale délivrée par le professionnel de santé (mais ne la remplace pas) et peut aider le patient ou l'usager à participer aux décisions qui concernent leur santé. Cette brochure doit répondre à un objectif précis pouvant être différent selon le thème traité et l'utilisation prévue.

Dans ce travail de thèse, l'objectif a été d'élaborer un document d'information sur le dispositif intra-utérin, pouvant être remis au décours d'une consultation par le médecin généraliste, la sage-femme ou le gynécologue, afin d'apporter une information écrite en plus de l'information orale et ainsi permettre à la patiente de poursuivre sa réflexion à domicile quant au choix ou non de cette méthode contraceptive.

Quatre années plus tard, l'HAS publie une fiche méthodologique intitulée « Document d'information patient à partir d'une recommandation de bonne pratique » (37,38) en deux formats différents dont l'un cliquable. Cette fiche de 2012 s'adresse davantage aux organisations professionnelles (comme les Collèges nationaux de professionnels de santé, Collège de médecine générale, etc.), qui élaborent des recommandations pour les professionnels de santé qu'ils souhaitent compléter par un document d'information des patients. Cette fiche rappelle les différentes étapes d'élaboration d'un document d'information patient. Ces étapes sont inspirées de celles mentionnées dans le document de 2008 :

1ère étape - Préparation : impliquer les patients et les usagers dès le début du projet et à ses différentes étapes au même titre que les professionnels de différentes disciplines ;

2ème étape - Conception : réunir un groupe de travail multidisciplinaire (professionnels, patients, usagers etc.) afin de définir le contenu du document à partir de la littérature et des enquêtes réalisées auprès des patients et usagers ;

3ème étape - Test et diffusion : le test auprès des patients ou des usagers permet de rechercher ce qui peut être amélioré, tant sur le fond que la forme, le but étant d'intégrer in fine les suggestions d'amélioration ;

4ème étape - Evaluation de l'impact de la brochure : après une phase d'utilisation en routine de la brochure, l'évaluation de son impact permet de vérifier si les objectifs visés ont été atteints et dans quelle mesure.

Dans notre travail, il est difficile de respecter l'ensemble de ces étapes compte tenue des moyens financiers et personnels qu'ils devraient engager. Pour la phase de préparation, nous avons choisi d'impliquer des professionnels de santé de différentes disciplines. Nous n'avons pas souhaité impliquer les patientes ou les usagers, leurs questions et leurs besoins nous ayant été suggérés par les travaux de thèse que nous avons lus, les écrits de l'HAS, le retour des praticiens de notre panel. Pour préparer la conception du document, nous avons mené deux réunions multidisciplinaires. Enfin, les deux dernières étapes ci-dessus mentionnées n'ont pas été considérées dans ce travail (voir le chapitre Discussion).

1.2. Critères de qualité d'un document d'information en Médecine Générale

Afin de produire un document de bonne qualité, je me suis inspiré de travaux menés par des chercheurs en Médecine Générale dont une publication est parue dans un des volumes de la revue EXCERCER en 2012 (39). Cette étude a consisté en un « Inventaire et évaluation des documents écrits d'information destinés aux patients produits par les Départements Universitaires de Médecine Générale », ou « INDIC-MG » pour Inventaire National des Documents d'Information pour les patients Consultant en Médecine Générale. Un document écrit étant un élément dans le processus complexe de décision médicale partagée, les chercheurs ont établi une grille d'évaluation des documents d'information dont les critères dérivent de ceux de l'HAS.

Critères majeurs

1. Mention du (des) rédacteur(s) et leur(s) rattachement(s) institutionnel(s) ;
2. Date de publication et/ou date de dernière actualisation ;
3. Document publié ou actualisé depuis moins de 36 mois ;
4. Information quantitative sur la fréquence du problème de santé concerné ;

5. Description des bénéfices des interventions diagnostiques, préventives ou thérapeutiques ;
6. Description des risques des interventions diagnostiques, préventives ou thérapeutiques ;
7. Document exempt de nom commercial de produit pharmaceutique ;

Critères complémentaires

8. Recommandations professionnelles HAS/ANSM existantes et mentionnées ;
9. Document testé auprès de patients consultant en Médecine Générale.

Dans l'étude menée, en moyenne 3,7 critères majeurs par document d'information sur 9 étaient vérifiés et aucun document n'en vérifiait plus de 7. Tous les documents étaient de format A4 sauf un qui était en A5. En moyenne, ces documents faisaient 1,2 page.
Dans leur conclusion, les chercheurs soulignent le rôle des thésards comme pertinent du fait de l'absence de conflits d'intérêts et du faible coût de production et d'actualisation des documents. Ce mode de production pourrait ainsi favoriser la sensibilisation des futurs généralistes à l'intérêt de ces documents, et améliorer ainsi leur diffusion et leur appropriation.

1.3. Création graphique et contenu du document

Dès le début de ce travail, je souhaitais faire appel au savoir faire d'un ou d'une infographiste pour m'aider à concrétiser le document qui se dessinait dans mon imaginaire de semaines en semaines. Je n'aurais pas réussi à élaborer ce document seul sans les compétences techniques d'un professionnel. Le choix de ce professionnel est venu en regardant simplement une carte de visite d'un proche ami, carte que j'ai trouvée bien conçue, ce dernier m'ayant ensuite indiqué la personne qui en avait assurée la création graphique. Stéphanie Marques Alves, architecte de formation et infographiste, a accepté ce projet qui se distinguait par son originalité et son objectif principal.
J'ai rencontré mon infographiste à plusieurs reprises. Le premier rendez-vous se déroula le 2 mai et avait pour objectifs une première prise de contact, la visualisation d'un ensemble de travaux graphiques réalisés, la présentation de mon projet dans sa globalité. J'ai remis une plaquette schématique des grands chapitres que je souhaitais dans le document.

J'ai choisi un format A5 à 3 volets (triptyque) pour pouvoir attribuer un chapitre par page et ainsi permettre une lecture facilitée, compte tenu de l'ensemble des types d'information que je souhaitais y mettre (schéma utérus, tableau comparatif, idées vraies et fausses…).
Le second rendez-vous s'est tenu le 29 mai et a permis de visualiser 2 premières versions du document. Cette dualité, voulue par l'infographiste, a servi à extraire dans chacune des deux versions les éléments de forme et de fond qui me satisfaisaient le plus.
Le troisième rendez-vous (17 juin) était l'occasion de découvrir deux nouvelles versions (versions 2), tenant compte des désirs exprimés au second rendez-vous. J'ai considéré que certains éléments de forme étaient à revoir, notamment le tableau de la page centrale et la page « Ce que je dois savoir », qui rendaient la lecture et la compréhension difficiles.
Une nouvelle date a été définie pour un envoi d'une nouvelle version (version 3) par mail, le 26 juin, date à laquelle mon infographiste, bien que très demandée tant sur le plan professionnel que personnel, a su répondre.

Le document est alors constitué de 6 pages :

- Couverture : titre, but du document (« outils d'aide… »), présentation de 2 DIU distincts de taille réelle avec représentation d'une main pour en apprécier la dimension ;
- Page 2 – Le DIU et mon corps : schéma légendé d'un utérus et ses trompes avec un DIU posé dans la cavité utérine, explication et comparaison des rôles des différents types de DIU (cuivre vs hormonal) ;
- Page 3 – Le DIU et la pilule : tableau comparatif entre la méthode contraceptive par pilule d'une part et le DIU cuivre et DIU hormonal d'autre part. Le choix de la pilule en opposition au DIU a été volontaire puisque très utilisée par les patientes. Il permet également aux femmes qui connaissent bien la pilule de voir ce que peut leur apporter le DIU. Ainsi, ces méthodes ont été comparées du point de vue de leur durée, efficacité, accessibilité, retentissement sur les règles, présence ou non d'hormones…
- Page 4 – Ce que je dois savoir : les messages proposés concernent le suivi au delà de la pose, les messages de prévention associés à la pose d'un DIU, les contre-indications et effets indésirables retrouvés avec les 2 types de DIU ;
- Page 5 – Idées vraies idées fausses : cette page recense un ensemble de fausses idées qui circulent encore aujourd'hui. Leur présence dans ce document permet de rappeler ce qui est vrai de ce qui est faux ou désuet.

- Page 6 : un dessin humoristique vient clôturer ce document et permet de rappeler que le DIU est une méthode contraceptive vectrice de liberté pour les patientes. Des références utilisées pour l'élaboration du document sont mentionnées, de même que la liste des membres du groupe de travail et leurs spécificités, le nom de la graphiste, la date d'édition du document.

Cette troisième version ainsi obtenue, l'étape suivante était la soumission de celui-ci aux membres du groupe de travail pour recueillir leurs suggestions d'amélioration.

2. METHODE

2.1. Méthode Delphi

La méthode Delphi appartient à la famille des méthodes de consensus, qui comprend entre autres la méthode du groupe nominal et celle du groupe de parole (focus group). Elle a été développée par la RAND Corporation aux Etats-Unis dans les années 50 avec pour objectif initial de synthétiser le point de vue d'un groupe d'experts sous la forme d'un consensus (Dalkey et al, 1963). Elle a été définie comme une « technique de recherche ayant pour but d'obtenir une opinion de groupe fiable en utilisant un groupe d'experts » (Landeta, 2006). La méthode Delphi est fondée sur la « théorie des erreurs », selon laquelle la somme des opinions des membres d'un groupe constitue un jugement supérieur à celui des « meilleurs » membres de ce groupe (Rowe et al, 1991). Cette hypothèse a aussi été considérée comme une « sécurité par le nombre », c'est-à-dire que la probabilité d'obtenir une décision erronée est plus faible dans un groupe de personnes qu'avec un seul individu (Hasson et al, 2000). La méthode Delphi a pour caractéristiques de permettre un anonymat des participants. Le recueil des données est réalisé via la diffusion de questionnaires permettant d'éviter une rencontre directe (face-à-face) entre les participants, supposant limiter les effets psychologiques inhérents aux interactions sociales directes (pression de groupe, inhibition, etc.), ce qui doit favoriser un meilleur échange d'idées entre les participants. Le processus est itératif, c'est-à-dire que les questionnaires sont distribués successivement lors de différentes étapes appelées tours. La réalisation de chaque tour est conditionnée par le tour précédent, donc par les réponses fournies par les répondants au précédent questionnaire. Les participants ont donc la possibilité de modifier leurs réponses au fil des tours d'enquête. Pour limiter les phénomènes d'épuisement des répondants et de convergence forcée des réponses, le nombre de tours d'enquête est en moyenne limité à 3.

L'utilisation d'un processus itératif nécessite la définition de critères d'arrêt ou règles de décision (cf. infra).

Le groupe de travail que nous avons constitué a permis, au moyen d'un questionnaire Delphi, de recueillir l'avis de ce panel de praticiens en exercice afin d'apporter des améliorations sur le document.

2.2. Questionnaire Delphi

L'élaboration du questionnaire servant à recueillir l'avis du groupe de travail se devait d'être général. Les questions ont ainsi été listées dans l'ordre présenté par les différents chapitres de la maquette (cf. supra). Elles concernaient pour la plupart des données de fond (messages délivrés) mais aussi de forme (mise en page, présentation). Ce questionnaire a été envoyé par mail à chacun des membres du groupe de travail, accompagné de la maquette du document d'information élaborée par notre infographiste. Le questionnaire était peu volumineux pour cet envoi, à la différence de la maquette. Les praticiens n'ayant pu recevoir la maquette par mail (car message de non acheminement en retour) ont reçu un second mail avec un lien sécurisé leur permettant de visualiser en ligne (Google Drive) le document.

Le questionnaire Delphi était constitué de 16 questions et d'une partie de commentaires libres (Annexe questionnaire Delphi). Pour chacune des questions, une grille de réponse sous forme d'échelle en 9 points avec 3 démarcations était proposée (« 1 » : Aucune importance, « 5 » : Moyenne importance, « 9 » : Très grande importance). Les réponses « 1 » à « 3 » appartiennent au tertile inférieur, les réponses « 4 » à « 6 » au tertile intermédiaire, les réponses « 7 » à « 9 » au tertile supérieur. Toutes les questions étaient formulées de la façon suivante : « De façon générale, quelle importance accordez-vous à… ». Cette formulation des questions fut choisie pour limiter certains biais, parmi lesquels les biais d'acquiescence (tendance à être d'accord avec un item indépendamment de son contenu) et d'opposition (tendance à être en désaccord avec un item indépendamment de son contenu) (Ware et al, 1983). A l'issue des questions, les praticiens avaient la possibilité de s'exprimer librement sur la maquette pour suggérer de nouvelles données à intégrer, pour proposer de modifier certaines données, pour exprimer des remarques diverses.

2.3. Arbitrage des données et résultats du questionnaire Delphi

Le questionnaire Delphi a été distribué le 26 juin aux 17 praticiens constituant le groupe de travail. Quatorze retours ont été enregistrés entre le 27 juin et le 29 juillet 2014, les vacances ayant entrainé des réponses tardives pour certains praticiens.

Le taux de participation a été de 82,4% ce qui permet d'exploiter les résultats du questionnaire. La moyenne des réponses à chacune des questions ainsi que le pourcentage de réponses se situant dans le tertile supérieur (7 à 9) de l'échelle de notation sont présentés dans le tableau suivant :

Numéro Question	Moyenne des réponses	Pourcentage de réponses tertile supérieur (%)
1	8,07	92,9
2	7,86	85,7
3	7,79	85,7
4	7,43	71,4
5	7,00	57,1
6	7,50	78,6
7	8,21	92,9
8	7,50	85,7
9	7,36	78,6
10	6,21	42,9
11	8,50	100
12	7,07	71,4
13	6,50	57,1
14	5,29	28,6
15	4,29	7,1
16	7,43	78,6

Tableau 2 : Résultats du questionnaire Delphi – Moyennes et Pourcentages

Chaque question porte sur un aspect de fond ou de forme du document. Une réponse est définie comme consensuelle lorsque la moyenne de celle-ci est supérieure ou égale à 7 et que plus de 70% des praticiens ont répondu dans le tertile supérieur.

Les questions pour lesquelles les réponses apportées par les praticiens ont permis un avis consensuel sont la 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 12 et 16. Ainsi, les éléments du document en rapport avec ces questions ont été considérés comme validés par le groupe de travail.

La question n°11 au sujet de l'importance accordée à la mention d'idées vraies et idées fausses sur le DIU, a fait consensus au sein des 14 praticiens ayant répondu au questionnaire, avec une moyenne des réponses à 8,5.

La moyenne apportée par la question n°5, au sujet de l'importance accordée aux indications portant sur la durée d'action et la gestion des méthodes contraceptives présentées dans le tableau, ne fait pas consensus au sein du groupe puisque seulement 57,1% des répondants ont octroyé une note s'inscrivant dans le tertile supérieur.

De même, les réponses aux questions 10, 13, 14 et 15, puisque non consensuelles, amènent à réfléchir à des adaptions du document sur les points évoqués par chacune d'elle.

2.4. Document final

Les réponses apportées par le questionnaire Delphi ont permis d'orienter les corrections qu'il restait à faire. Une nouvelle date, le 21 août, avait été définie pour l'obtention par mail de la version 4 du document d'information. Dans cette version, la couleur de fond jaune a été remplacée par une couleur bleue pale, le jaune ayant été critiqué par une majorité de praticiens. Un rendez-vous s'est ensuite déroulé le 4 septembre, au lendemain de la réception de la version 5, pour rediscuter des ajustements finaux. Un travail de simplification de la partie dédiée aux contre-indications et effets indésirables a été mené, afin de répondre aux attentes des praticiens du groupe de travail d'une part, mais aussi pour ne pas véhiculer de messages dissuasifs ou alarmistes pour les patientes d'autre part. En effet, le but de notre document est avant tout de rassurer et éclairer les patientes quant à l'usage d'un DIU. Le choix du type de papier support pour l'impression du document a été étudié. Ce rendez-vous du 4 septembre s'est conclu par la nécessité d'une sixième version, obtenue le 13 septembre par mail. Cette dernière a permis de simplifier à nouveau la partie dédiée aux contre-indications et effets indésirables, en minimisant les données textuelles, en précisant le rôle du praticien dans l'information à délivrer. Le document final figure en annexe.

Partie V. DISCUSSION

1. DIU ET MEDIAS

Pour mener ce travail, nous avons choisi d'emblée de nous dispenser des écrits émanant de la presse « grand public » au sujet du dispositif intra-utérin. Certes la polémique lancée fin 2012 par les pilules de 3ème et 4ème génération a fait couler beaucoup d'encre dans les médias de quelque origine qu'ils soient. Cependant, l'ensemble des données ayant servi à l'élaboration de cette thèse a été puisé au sein d'écrits scientifiques, d'études antérieurement menées ou d'écrits produits par des instances de renommée scientifique (HAS, ANSM, INSEE…) à l'issue de cette polémique.

2. METHODE

La méthode générale employée pour ce travail de thèse, dont le but ultime a été l'élaboration de notre document d'information, fut la résultante d'un travail original combinant différentes phases complémentaires pour la confection de ce document.

Cette thèse se voulait d'emblée être qualitative et c'est pour cela que nous n'avons pas souhaité recueillir directement l'avis des usagers (les patientes, les associations de patients). La production du document a donc respecté partiellement les recommandations de la HAS sur l'élaboration des documents d'information (36,37), en proposant le document comme test auprès de praticiens en exercice (groupe de travail), et non auprès des patientes. L'avis des patientes fut repris dans les travaux de thèse que nous avons sélectionnés (32–34), mais aussi les travaux de l'HAS (35) et les retours de nos praticiens en exercice. Une phase de test de ce document, pour ajustements secondaires, auprès de patientes serait l'objet d'une autre thèse mais de nature quantitative. Par ailleurs, l'évaluation de l'impact de la brochure sur le choix de la méthode contraceptive en comparant par exemple une population ayant reçu une information orale puis écrite (notre document) à une population n'ayant reçu qu'une information orale pourrait faire l'objet du travail d'un autre thésard. Cela sous entend évidemment la mise à jour préalable de ce document d'information.

La phase d'entretiens individuels a permis le recueil exhaustif d'avis de praticiens en exercice à travers une discussion alimentée par un questionnaire support. Elle m'a

rapidement fait prendre conscience de la dimension confraternelle de notre profession et de la richesse que peuvent apporter les échanges entre praticiens pour améliorer sa connaissance et son exercice professionnel.

Les deux réunions de travail menées en avril ont permis des échanges constructifs sur le thème de la contraception en général, et du DIU en particulier. Elles ont aussi permis de faire un premier tri des données qui paraissaient indispensables dans notre document, de les hiérarchiser pour certaines voire de les reformuler pour en faciliter la compréhension par la population générale. Elles m'ont également servies pour amener intellectuellement à me représenter le document, l'imaginer en tenant compte de mes lectures et des remarques des praticiens.

Le questionnaire et la méthode Delphi utilisés ensuite pour l'arbitrage et la validation des données à intégrer dans le document se sont déroulés en pleine période estivale (Juin-Juillet) puisqu'il fallait avoir travaillé au préalable sur la maquette du document avant de le soumettre au groupe de travail. Il a été nécessaire de relancer les praticiens pour obtenir les réponses au questionnaire. En effet, les vacances estivales ont retardé pour certains leurs réponses. Seul un tour Delphi a été effectué pour l'arbitrage car le délai d'obtention des réponses du premier tour fut long, un second tour ne pouvait être envisageable pour respecter les délais impartis. D'autre part, cela a permis de limiter le risque d'une participation insuffisante pour un second tour (phénomène d'épuisement) et donc d'un tour inexploitable (données insuffisantes). Cependant, la conjugaison des données recueillies lors des entretiens individuels, des réunions de travail, du questionnaire Delphi et la lecture de publications scientifiques ont permis la constitution d'un document abouti et exploitable, remplissant l'objectif principal de ce travail.

Les réponses au questionnaire Delphi ont souligné les points d'accord et de désaccord de notre groupe de travail par rapport au contenu de la maquette.

La nomination des membres de ce groupe à la fin du document a obtenu une note approbative de 4,29/9 et seulement 7,1% des praticiens ont délivré pour cet item une note comprise dans le tertile supérieur de l'échelle de notation. Malgré l'absence de consensus, j'ai souhaité maintenir la liste nominative du groupe de travail pour montrer la pluridisciplinarité des intervenants, donner le ton scientifique du document et répondre aux critères de qualité des documents d'information établis par la HAS ou la grille « INDIC-MG ».

La note moyenne obtenue pour la mention des contre-indications et effets indésirables des 2 types de DIU n'a été que de 6,21/9 avec 42,9% des praticiens répondant dans le tertile supérieur de l'échelle de notation. Il est apparu délicat d'omettre leur mention puisque toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé, sur les traitements proposés, leurs

conséquences et leurs risques fréquents ou graves normalement prévisibles (article L1111-2 du Code de la Santé Publique). Bien que l'information orale prévaut sur l'information écrite délivrée, il est bien souvent utile de fournir ce type d'information écrite pour éviter qu'un patient présentant des complications ne porte plainte pour manque d'informations sur les contre-indications et effets indésirables d'un traitement ou d'un dispositif médical. Nous avons donc reformulé les contre-indications et effets indésirables des DIU en employant des phrases simples, des données chiffrées de prévalence et n'avons pas omis de citer le praticien comme référent pour toute question sur les contre-indications et effets secondaires.

La mention de références bibliographiques utilisées dans la brochure informative a obtenu une note moyenne de 5,29/9 avec 28,6% de praticiens répondant dans le tertile supérieur de l'échelle de notation. Le maintien de ces références dans le document suit les mêmes arguments que pour la liste des membres du groupe de travail (aspect scientifique, critères de qualité HAS et INDIC-MG).

Les données sur l'efficacité pratique de la pilule et des DIU ont été insérées dans le tableau car elles permettent d'interpeller les femmes doutant de l'efficacité contraceptive des DIU. Les 3 premiers items du tableau (« Utilisation », « Réversibilité à tout moment » et « Risque d'oubli »), bien que partiellement approuvés par le groupe de travail (note moyenne 7/9 et 57,1% de réponses dans le tertile supérieur de l'échelle de notation), ont été maintenus puisqu'ils permettent de signifier d'emblée les différences fondamentales entre ces méthodes, objectif principal du tableau comparatif.

Enfin, la question portant sur l'idée vraie du moindre risque de GEU lié au port d'un DIU comparativement à une patiente n'ayant pas de contraception a été supprimée. Le groupe de travail n'a attribué qu'une note moyenne de 6,5/9 avec 57,1% de réponses dans le tertile supérieur de l'échelle de notation. Le risque de GEU a été rappelé dans les effets indésirables du DIU Cuivre. Une idée vraie sur le sport en général et le port du DIU a été insérée à la place. Nous avons souhaité préciser que le port de DIU était compatible avec tous les sports, l'activité sportive n'étant pas susceptible de le déplacer. De même, la perte de poids secondaire à une activité sportive n'interagît pas sur le DIU puisque l'utérus est un muscle et par conséquent ne maigrit pas.

3. EVOLUTION DE L'UTILISATION EN FRANCE DES CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINES (COC) ET AUTRES CONTRACEPTIFS

L'ANSM étudie depuis la fin 2012 l'évolution des pratiques liées à l'utilisation des COC en France. Six états des lieux ont été publiés (25 février, 26 mars, 29 avril, 30 mai, 26 juin, 26 septembre 2013 et 5 février 2014). A la rédaction de cette thèse, la dernière mise à jour de ce rapport date du 23 juin (40), couvrant ainsi 16 mois d'observation (janvier 2013 à avril 2014). Les données de vente exploitées dans ce rapport sont issues de la société Celtipharm. Les données collectées viennent d'un panel de 3004 officines représentatives de l'ensemble des officines françaises, transmettant leurs données de vente plusieurs fois par jour depuis 2007.

Les analyses comparent le recours aux COC de 3ème et 4ème génération et de 1ère et 2ème génération puis toutes générations confondues de janvier 2013 à décembre 2013 et de janvier 2014 à avril 2014 par rapport aux mêmes périodes de l'année 2012 (avant la polémique). Elles montrent une stabilité concernant le changement des habitudes des femmes vis-à-vis de la contraception et objectivent :

- Une diminution globale de l'ordre de 5,6% des ventes générales de COC avec :
    - Une augmentation des ventes de COC de 1ère et 2ème génération de 32% ;
    - Une forte diminution de 48% des ventes de COC de 3ème et 4ème génération.
- Une augmentation marquée de 26% des ventes d'autres dispositifs comme les implants, les dispositifs intra-utérins avec ou sans progestatif. La plus forte augmentation concerne les DIU au cuivre avec une augmentation de 45% (16% pour le DIU hormonal et l'implant).
- La répartition des ventes de COC en fonction du dosage a évolué ; en avril 2014, 30% des ventes de COC concernaient les 1ères et 2èmes générations ayant une teneur en œstrogènes de 20µg alors qu'en avril 2012, ces ventes occupaient seulement 11% des ventes de COC.
- Depuis janvier 2014, le ratio des ventes de COC de 1ère et 2ème générations / COC de 3ème et 4ème générations est de 79% / 21% alors qu'il était de l'ordre de 52% versus 48% entre janvier et avril 2012.

Ces analyses confirment la volonté des patientes et des prescripteurs de privilégier les contraceptifs qui présentent le moins de risques thromboemboliques. A la différence de

l'Angleterre en 1995, la polémique des pilules contraceptives orales ne s'est pas soldée par un rebond des IVG. Afin d'aider au mieux les patientes à connaître les effets indésirables et les signes qui doivent alerter, l'ANSM a mis à disposition début janvier 2014 une brochure intitulée « Vous et vos contraceptifs oestroprogestatifs » (41), diffusée par les pharmaciens, médecins et disponible sur internet (ANSM, HAS). J'ai pu constater une évolution de la demande des patientes entre l'été 2013 et l'été 2014 au sein du même service de Gynécologie Obstétrique. En effet, lors de l'examen de sortie des patientes accouchées, la question de la contraception est systématiquement envisagée et les patientes sont de plus en plus nombreuses à demander, à terme, un stérilet.

CONCLUSION

La polémique liée aux pilules de 3ème et 4ème génération a modifié le paysage contraceptif français. Les patientes ont été contraintes à se poser des questions sur la méthode contraceptive qu'elles prenaient ou bien celle qu'elles seraient amenées à prendre. Parallèlement à cette remise en cause, l'évolution des modes de vie des patientes a conduit ces dernières à la reconsidérer au profit d'une méthode adaptée à leur rythme de vie. Devant de telles interrogations, le rôle du professionnel de santé s'avère essentiel. Qu'il soit médecin généraliste, sage-femme, ou gynécologue obstétricien, le praticien occupe une place de choix pour apporter les éléments d'information utiles aux patientes, au cours d'une discussion et d'un temps de consultation appropriés. Cette démarche, reconnue par l'OMS (Méthode BERCER – Annexe 3) permet d'aboutir à un choix éclairé de la patiente au regard des indications, contre-indications, modalités d'utilisation, suivi, effets indésirables fréquents ou graves. Le choix contraceptif est devenu au fil du temps un choix de couple, le conjoint étant associé à la question de la contraception.

Les récentes analyses confirment un désamour pour les pilules, puisque contraignantes par leur prise quotidienne et constituées d'hormones. Le choix se tourne davantage vers des méthodes de longue durée d'action, si possible sans hormones. Cette tendance explique la propulsion des ventes en l'espace de 16 mois des dispositifs intra-utérin au cuivre (donc non hormonal) de 45%. Devant l'ancienneté de cette méthode d'une part, les vraies et fausses idées encore véhiculées par les femmes d'autre part, la constitution d'un document d'information spécifique au DIU tient toute sa place.

La consultation dédiée à la contraception se veut être une consultation à part entière où sont recueillis un ensemble de données (antécédents familiaux, personnels, situation affective et sociale, sexualité…). Cette exhaustivité, nécessaire pour orienter vers la méthode la plus adaptée, est gage de temps pour le professionnel. On estime à vingt minutes la durée minimale nécessaire à une première consultation de contraception. L'information orale délivrée se veut indispensable, obligatoire. Une information écrite complémentaire, reprenant les points essentiels liés à une méthode contraceptive, permet à la patiente de poursuivre sa réflexion au décours de la consultation avec le praticien. La brochure informative, aboutissement final de ce travail, tient donc une place non négligeable pour la quête d'un consentement éclairé et constitue une aide double, pour la patiente comme pour le professionnel.

ANNEXES

Tableau 3 : Principales méthodes contraceptives utilisées par les femmes âgées de 15 à 49 ans en 2010 déclarant utiliser une méthode contraceptive. 80

Figure 1 : Méthodes de contraception les plus utilisées dans quelques pays du monde. 80

Figure 2 : Fréquence du recours à l'IVG et des grossesses non prévues en France sur 25 années. 81

Tableau 4 : Efficacité des méthodes contraceptives selon l'OMS (2011) 82

Figure 3 : Méthodes de contraception utilisées en France en 2013 selon l'âge des femmes. 83

Figure 4 : Evolution des méthodes de contraception utilisées en France entre 2010 et 2013 selon l'âge des femmes. 84

Figure 5 : Différents types de stérilets – Contraception mécanique (13) 85

Annexe 1 : Questionnaire support aux entretiens 86

Annexe 2 : Questionnaire Delphi 87

Tableau 5 : DIU commercialisés (Source : www.contraception.org) 91

Annexe 3 : Méthode BERCER 92

Annexe 4 : Document d'information 94

Tableau 3 : Principales méthodes contraceptives utilisées par les femmes âgées de 15 à 49 ans en 2010 déclarant utiliser une méthode contraceptive.

Principales méthodes contraceptives* utilisées par les femmes âgées de 15 à 49 ans en 2010 (en %) déclarant utiliser une méthode contraceptive.

	Contraception définitive (stérilisation)	DIU (ou stérilet)	Implant, patch, anneau, injection	Pilule	Préservatif	Méthodes locales	Méthodes naturelles
15-19 ans	-	-	2,8	78,9	18,3	-	-
20-24 ans	-	3,7	5,4	70,8 83,4	7,2	-	0,3
25-34 ans	0,5	20,3	6,2	63,4	8,7	0,1	0,8
35-44 ans	3,5	36,0	3,9	43,4	11,6	0,2	1,4
45-49 ans	5,2	43,2	3,4	35,5	9,7	0,4	2,6
Total	**2,2**	**26,0**	**4,7**	**55,5**	**10,3**	**0,1**	**1,2**

* : lorsque plusieurs méthodes étaient citées, la plus « sûre » a été retenue ; ainsi, c'est la méthode apparaissant la plus à gauche dans le tableau qui a été privilégiée.
Champ: France métropolitaine. Femmes non enceintes déclarant utiliser systématiquement ou non, un moyen pour éviter une grossesse, sexuellement actives dans les douze derniers mois, ayant un partenaire homme au moment de l'enquête.
Source : Baromètre Santé 2010.

Figure 1 : Méthodes de contraception les plus utilisées dans quelques pays du monde.

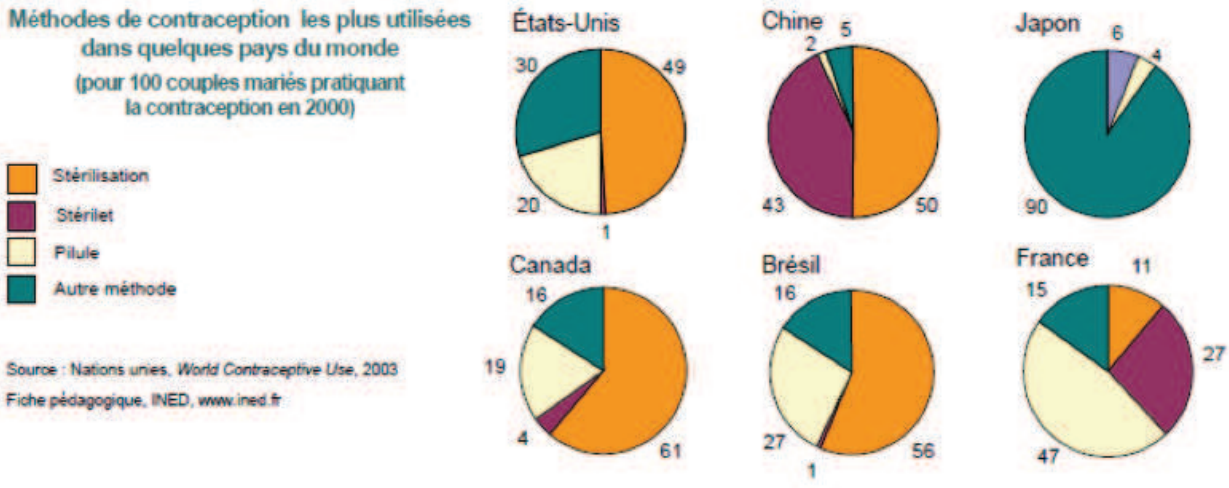


Figure 2 : Fréquence du recours à l'IVG et des grossesses non prévues en France sur 25 années.

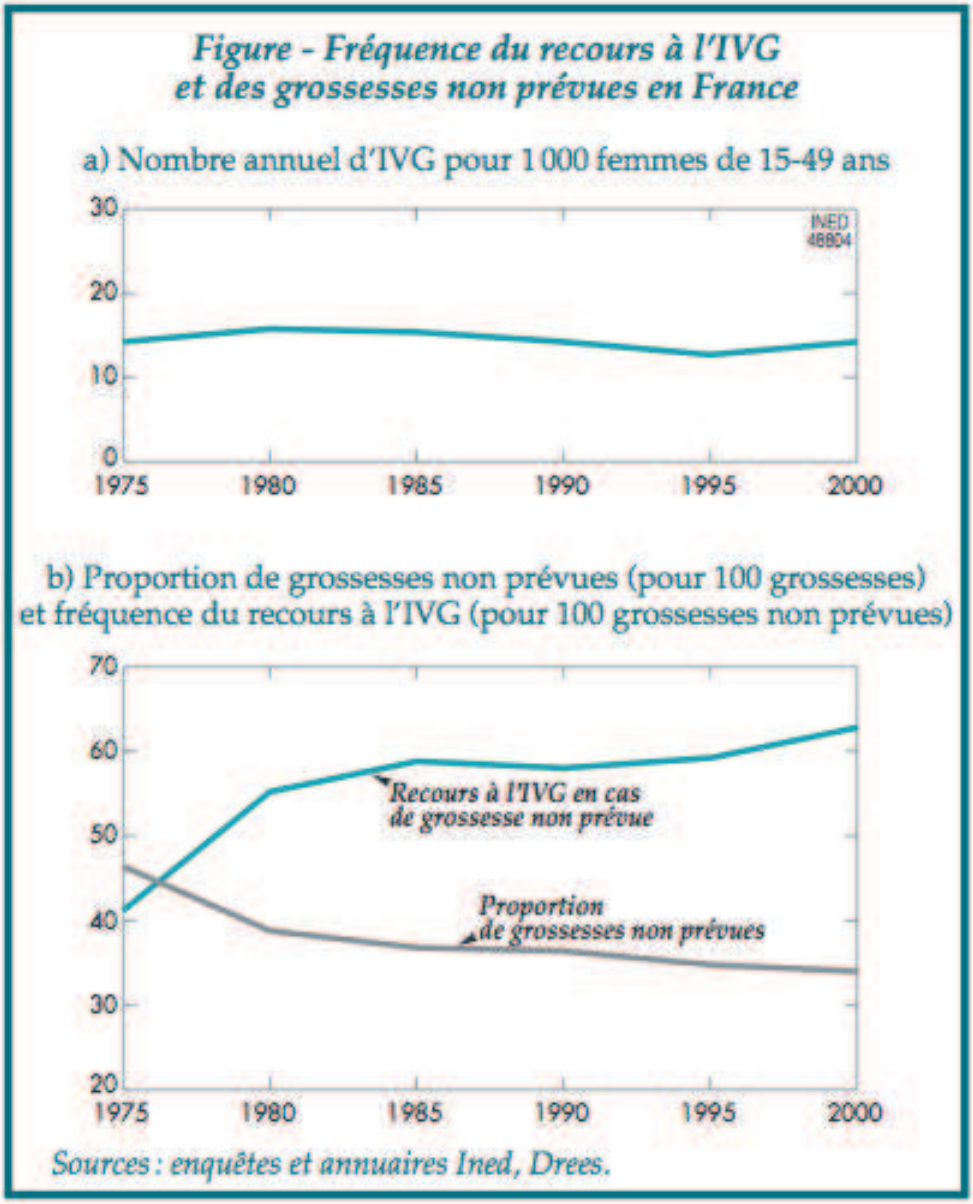


Tableau 4 : Efficacité des méthodes contraceptives selon l'OMS (2011)

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

* *Taux de grossesses pour les femmes qui ont accouché*
** *Taux de grossesses pour les femmes qui n'ont jamais accouché*

Clé :

0-0,9	1-9	10-25	26-32
Très efficace	Efficace	Modérément efficace	Moins efficace

Figure 3 : Méthodes de contraception utilisées en France en 2013 selon l'âge des femmes.

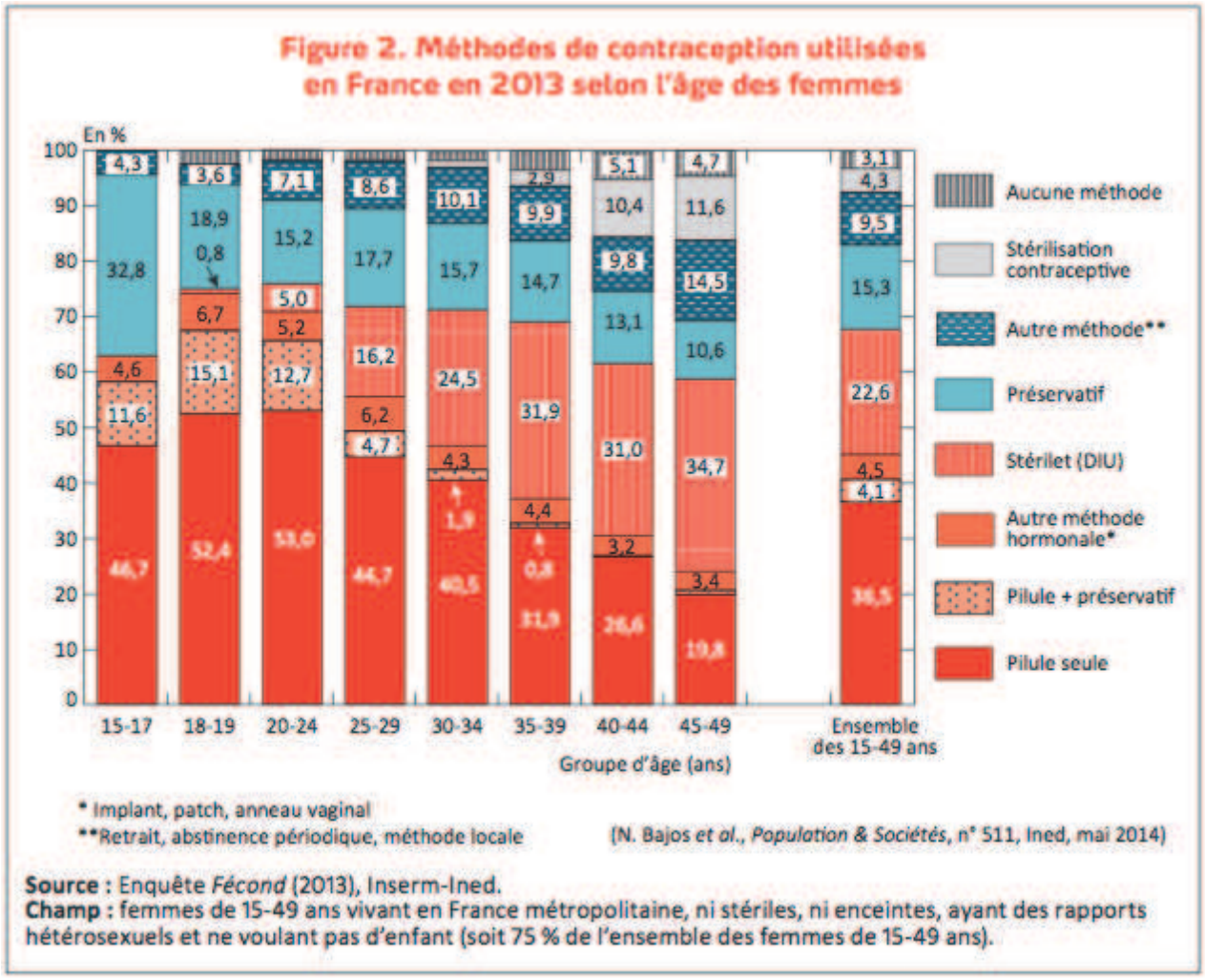
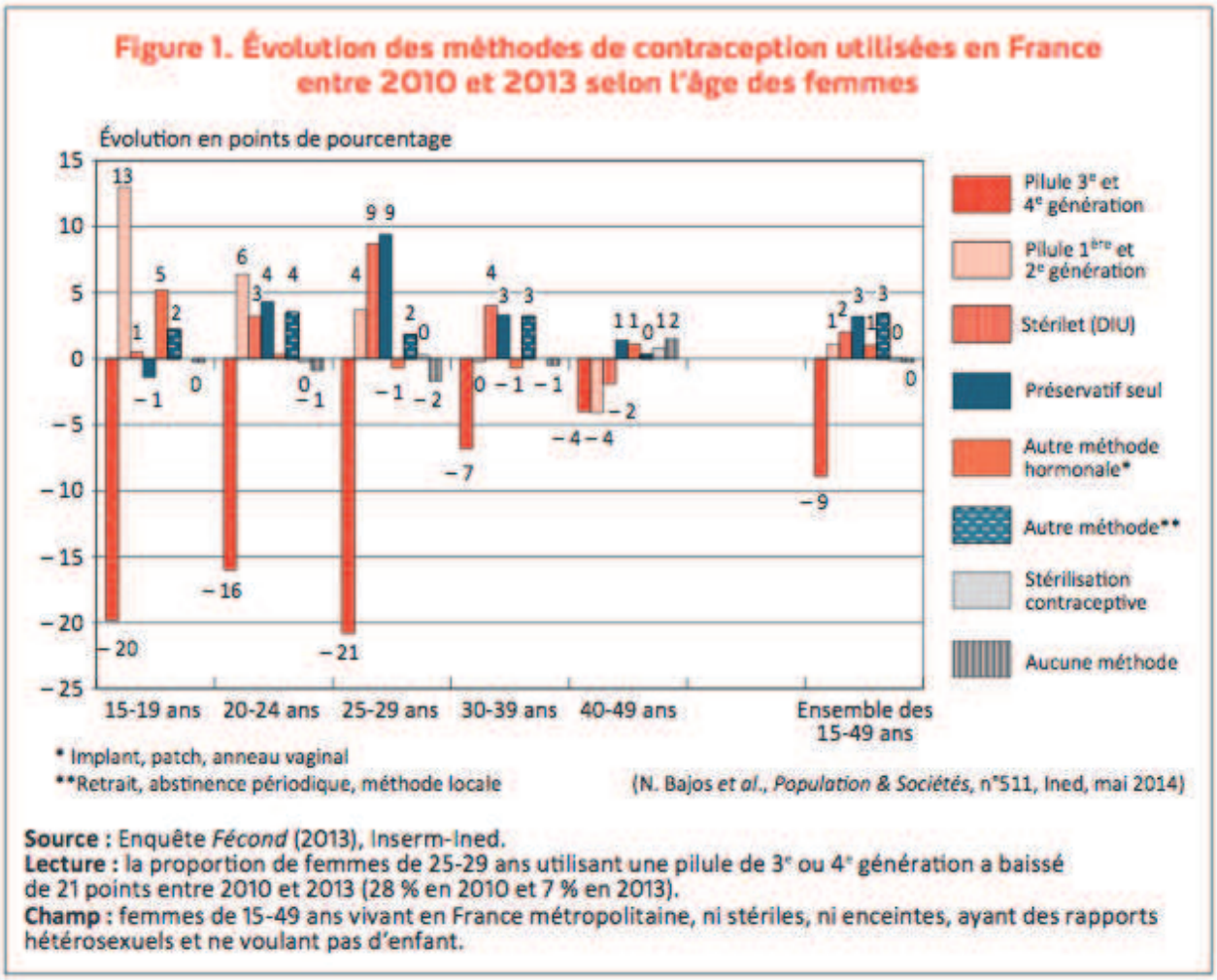
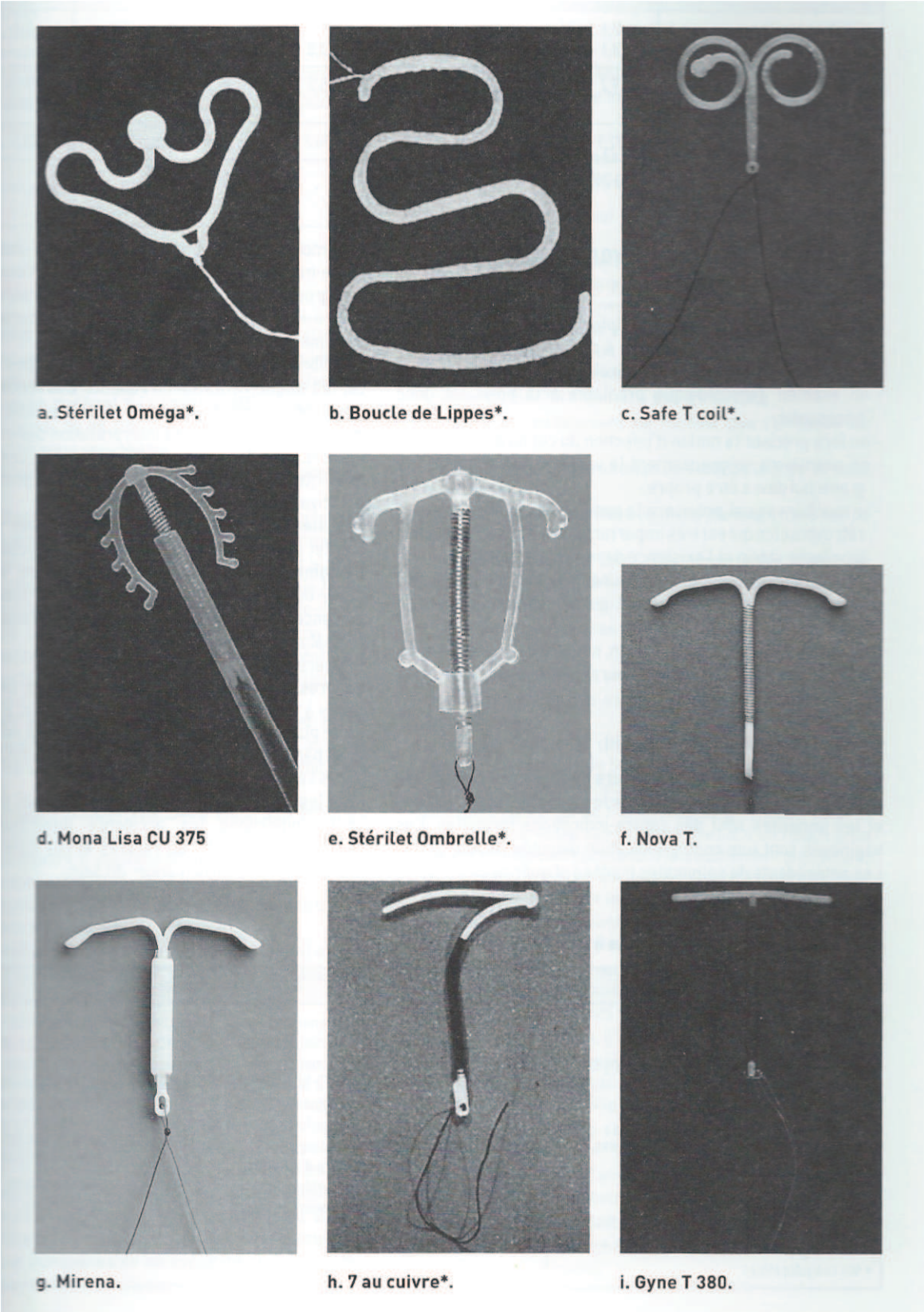


Figure 4 : Evolution des méthodes de contraception utilisées en France entre 2010 et 2013 selon l'âge des femmes.



Source : Enquête *Fécond* (2013), Inserm-Ined.
Lecture : la proportion de femmes de 25-29 ans utilisant une pilule de 3e ou 4e génération a baissé de 21 points entre 2010 et 2013 (28 % en 2010 et 7 % en 2013).
Champ : femmes de 15-49 ans vivant en France métropolitaine, ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports hétérosexuels et ne voulant pas d'enfant.

Figure 5 : Différents types de stérilets – Contraception mécanique (13)



Annexe 1 : Questionnaire support aux entretiens

QUESTIONNAIRE ENTRETIENS

Thèse de Médecine : Contraception intra-utérine et Information des patientes

Entretien avec : Date entretien :
Qualité :

Liste des questions référencées :

1) Que pensez-vous, en général, de la contraception intra-utérine ?
2) Quel est le moyen de contraception que vous prescrivez le plus ?
3) Comment abordez-vous avec vos patientes la question de la contraception par DIU ?
4) Si vous prescrivez des DIU, le(s)quel(s) proposez-vous ? Cuivre ? Progestérone ? Les deux ?
5) Vous arrive-t-il de prescrire un DIU chez une nulligeste ? En 1ère ou 2ème intention ?
6) Proposez-vous ou prescrivez-vous un DIU au cuivre dans le cadre d'une CU ?
7) Montrez-vous aux patientes le DIU taille réelle et comment celui-ci se pose ?
8) Prescrivez-vous une prémédication avant la pose d'un DIU ?
9) Réalisez-vous une anesthésie locale ?
10) Avez-vous rencontré des complications lors de l'insertion d'un DIU ? Si oui, lesquelles ?
11) Vos patientes ont-elles présenté des effets secondaires ?
12) Quels sont les arguments que vous mettez en avant pour parler du DIU ?
13) Y a-t-il un âge en dessous duquel vous vous interdisez de prescrire le DIU ? Si oui, pourquoi ?
14) Quelles sont les réticences exprimées par vos patientes à l'égard du DIU ?
15) Au contraire, sur quels arguments certaines patientes choisissent sans hésitation le DIU ?
16) Quelles sont les fausses idées que vous identifiez chez vos patientes concernant le DIU ?
17) Selon vous, la sortie de DIU « short » pour la nulligeste a-t-elle propulsé le recours à une contraception intra-utérine ?
18) Quels freins identifiez-vous personnellement pour prescrire un DIU ?
19) Selon vous, afin d'éclairer les patientes sur la CIU, quelles informations indispensables devraient figurer dans une brochure d'information ? (Quoi y mettre ?)
20) Sur quels points fondamentaux une brochure informative portant sur la CIU devrait-elle insister ? (Sur quoi insister ?)

Les réponses apportées à ces questions permettront de cibler au mieux les informations qui doivent être retenues pour éclairer les patientes sur la contraception intra-utérine par dispositif intra-utérin (cuivre ou à la progestérone).

Liste des abréviations :
DIU : Dispositif intra-utérin
CIU : Contraception intra-utérine
CU : Contraception d'Urgence

Questionnaire à retourner par mail à :
Nicolas Desoubry

Annexe 2 : Questionnaire Delphi

QUESTIONNAIRE DELPHI

Remarque

Une seule case doit être cochée par question pour que la réponse soit considérée valide.

Question N°1

De façon générale, quelle importance accordez-vous au fait que les deux dispositifs intra-utérin taille réelle figurent dans le document ?

1 (aucune importance) ☐	**2** ☐	**3** ☐	**4** ☐	**5** (moyenne importance) ☐	**6** ☐	**7** ☐	**8** ☐	**9** (très grande importance) ☐

Question N°2

De façon générale, quelle importance accordez-vous au schéma précisant la place du DIU au sein de la cavité utérine ?

1 (aucune importance) ☐	**2** ☐	**3** ☐	**4** ☐	**5** (moyenne importance) ☐	**6** ☐	**7** ☐	**8** ☐	**9** (très grande importance) ☐

Question N°3

De façon générale, quelle importance accordez-vous aux indications mentionnées quant aux rôles du DIU ?

1 (aucune importance) ☐	**2** ☐	**3** ☐	**4** ☐	**5** (moyenne importance) ☐	**6** ☐	**7** ☐	**8** ☐	**9** (très grande importance) ☐

Question N°4

De façon générale, quelle importance accordez-vous au tableau mettant en opposition la pilule et les DIU (cuivre et hormonal) ?

1 (aucune importance) ☐	**2** ☐	**3** ☐	**4** ☐	**5** (moyenne importance) ☐	**6** ☐	**7** ☐	**8** ☐	**9** (très grande importance) ☐

Question N°5

De façon générale, quelle importance accordez-vous aux indications portant sur la durée d'action et la gestion des méthodes contraceptives présentées dans le tableau ?

1 (aucune importance) ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 (moyenne importance) ☐	6 ☐	7 ☐	8 ☐	9 (très grande importance) ☐

Question N°6

De façon générale, quelle importance accordez-vous aux données chiffrées et textuelles de l'efficacité pratique des méthodes contraceptives présentées dans le tableau ?

1 (aucune importance) ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 (moyenne importance) ☐	6 ☐	7 ☐	8 ☐	9 (très grande importance) ☐

Question N°7

De façon générale, quelle importance accordez-vous au message concernant les IST présenté dans le tableau ?

1 (aucune importance) ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 (moyenne importance) ☐	6 ☐	7 ☐	8 ☐	9 (très grande importance) ☐

Question N°8

De façon générale, quelle importance accordez-vous aux messages de suivi et de prévention liés à la contraception par DIU, figurant sur la page « Ce que je dois savoir » ?

1 (aucune importance) ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 (moyenne importance) ☐	6 ☐	7 ☐	8 ☐	9 (très grande importance) ☐

Question N°9

De façon générale, quelle importance accordez-vous au message portant sur l'existence de DIU « short » au cuivre pour les jeunes patientes n'ayant jamais eu d'enfant ?

1 (aucune importance) ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 (moyenne importance) ☐	6 ☐	7 ☐	8 ☐	9 (très grande importance) ☐

Question N°10

De façon générale, quelle importance accordez-vous au fait que le document mentionne les contre-indications et effets indésirables des 2 types de DIU ?

1 (aucune importance) ☐	**2** ☐	**3** ☐	**4** ☐	**5** (moyenne importance) ☐	**6** ☐	**7** ☐	**8** ☐	**9** (très grande importance) ☐

Question N°11

De façon générale, quelle importance accordez-vous au fait que le document énumère des idées vraies et idées fausses concernant du DIU ?

1 (aucune importance) ☐	**2** ☐	**3** ☐	**4** ☐	**5** (moyenne importance) ☐	**6** ☐	**7** ☐	**8** ☐	**9** (très grande importance) ☐

Question N°12

De façon générale, quelle importance accordez-vous à la mention de la fausse idée selon laquelle le DIU est proposé aux patientes ne souhaitant plus avoir d'enfants ?

1 (aucune importance) ☐	**2** ☐	**3** ☐	**4** ☐	**5** (moyenne importance) ☐	**6** ☐	**7** ☐	**8** ☐	**9** (très grande importance) ☐

Question N°13

De façon générale, quelle importance accordez-vous à la mention de l'idée vraie selon laquelle le port d'un DIU est associé à un moindre risque de GEU ?

1 (aucune importance) ☐	**2** ☐	**3** ☐	**4** ☐	**5** (moyenne importance) ☐	**6** ☐	**7** ☐	**8** ☐	**9** (très grande importance) ☐

Question N°14

De façon générale, quelle importance accordez-vous au fait que des références bibliographiques figurent à la fin du document ?

1 (aucune importance) ☐	**2** ☐	**3** ☐	**4** ☐	**5** (moyenne importance) ☐	**6** ☐	**7** ☐	**8** ☐	**9** (très grande importance) ☐

Question N°15

De façon générale, quelle importance accordez-vous au fait que la liste des membres du groupe de travail soit présentée à la fin du document ?

1 (aucune importance) ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 (moyenne importance) ☐	6 ☐	7 ☐	8 ☐	9 (très grande importance) ☐

Question N°16

De façon générale, quelle importance accordez-vous à la présentation générale du document, et plus particulièrement le format recto verso à 3 volets ?

1 (aucune importance) ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 (moyenne importance) ☐	6 ☐	7 ☐	8 ☐	9 (très grande importance) ☐

COMMENTAIRES

A. Suggestion de nouvelles données à intégrer au document

……
……
……
……

B. Propositions de modifications de données

Si vous avez un commentaire à formuler sur une question en particulier, veuillez s'il vous plait préciser le numéro de la question concernée.

……
……
……
……

C. Remarques diverses

……
……
……
……

Merci de votre participation !

Tableau 5 : DIU commercialisés (Source : www.contraception.org)

DIU	Structure	Durée	Taille	Prix	Remb S.S
au cuivre **GYNELLE 375**	CADRE EN POLYETHYLENE 375 mm2 de CU FIL DE NYLON MONOBRIN	4 ans	unique	30.50 euros	60 %
au cuivre **TT 380**	CADRE EN POLYETHYLENE 380 mm2 de CU FIL DOUBLE EN POLYETHYLENE	5 ans possible 10 ans pour le standard	standard short	30.50 euros	60 %
au cuivre **MULTILOAD CU 375**	CADRE EN POLYETHYLENE 375 mm2 de CU	5 ans	standard mini-short	30.50 euros	60 %
au cuivre **NOVA T** ***n'est plus commercialisé***	CADRE EN POLYETHYLENE 200 mm2 de CU-ARGENT FIL DE NYLON MONOBRIN	5 ans	unique	30.50 euros	60 %
au cuivre **SERTALIA** ***n'est plus commercialisé***	CADRE EN POLYETHYLENE 300 mm2 de CU FIL DE NYLON MONOBRIN	3 ans à 4 ans	unique	30.50 euros	60 %
au cuivre **UT 380**	CADRE EN POLYETHYLENE 380 mm2 de CU	5 ans	standard short	30.50 euros	60 %
au cuivre **NT 380**	CADRE EN POLYETHYLENE 380 mm2 de CU-ARGENT FIL DE NYLON MONOBRIN	5 ans	standard short	30.50 euros	60 %
au cuivre **MONA LISA cu375**	CADRE EN POLYETHYLENE FIL EN NYLON INDECHIRABLE	5 ans	standard long 34.8 mm SL COURT long 29.4 mm	30.50 euros	60 %
au cuivre **MONA LISA cuT380 AQL**	CADRE EN POLYETHYLENE FIL EN NYLON INDECHIRABLE	10 ans	unique long 38.85 mm	30.50 euros	60 %
au cuivre **MONA LISA NT cu380**	CADRE EN POLYETHYLENE FIL EN NYLON INDECHIRABLE	5 ans	unique long 31.9 mm	30.50 euros	60 %
S.I.U hormonal **MIRENA**	RESERVOIR DE 52 MG DE LEVONORGESTREL (20 microgrammes/jour)	5 ans	unique	114 euros	65 % s/prix total
S.I.U hormonal **JAYDESS**	RESERVOIR DE 13.5 MG DE LEVONORGESTREL (6 microgrammes/jour)	3 ans	unique petites dimensions long 30 mm	102.90 euros	65 % remboursé par S.S.

Annexe 3 : Méthode BERCER

Le modèle «BERCER» de l'OMS propose un déroulement de la consultation et du suivi en 6 étapes :

Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication et Retour.

Bienvenue
En pratique, en dehors de l'accueil lui-même de la consultante et de la présentation du soignant, la première phase vise essentiellement à favoriser une relation d'équivalence et à rassurer la consultante. Le soignant l'assure de la confidentialité des entretiens et présente le rôle, les objectifs et le déroulement possibles de la ou des consultations.

Entretien
La phase d'entretien se veut interactive. Elle a pour objectif prioritaire le recueil d'information sur la femme, son état de santé, ses besoins propres et ses éventuels problèmes. Elle donne lieu à un «entretien » et à un examen clinique. Au cours de cet entretien, le soignant explore en complément de la clinique le contexte de vie de la consultante, son expérience en matière de contraception, sa vision des choses. Cette phase est propice au développement d'un diagnostic éducatif.

Renseignement
La phase de renseignement vise à la délivrance par le soignant d'une information hiérarchisée et sur mesure, compréhensible et adaptée au rythme et aux connaissances de la consultante. Il est essentiel que le soignant s'assure de la compréhension de l'information qu'il aura fournie. Celle-ci concerne en particulier les méthodes qui intéressent la consultante ou qu'elle préfère (leurs bénéfices, leurs contre-indications, les risques graves mêmes exceptionnels, leurs intérêts, leurs inconvénients, leurs coûts). Le soignant l'informe des options et alternatives qu'il juge adaptées à sa situation personnelle. Il est possible de fournir un document écrit en complément de l'information orale.

Choix
Le soignant souligne que la décision finale appartient à la consultante seule. Pour l'aider à la décision, son attention et sa réflexion peuvent être attirées sur sa situation de famille, ses préférences et les préférences éventuelles de son partenaire, les bénéfices et les risques des différentes méthodes, les conséquences de son choix. Le soignant s'assure au final de son plein accord et de l'absence de réticences sur la méthode choisie.

Explication
La phase d'enseignement est orientée sur l'explication de la méthode contraceptive et de son emploi et vise, s'il y a lieu, à l'établissement d'une prise en routine (par exemple des conseils sur la prise à heure régulière d'une pilule, le soir après un repas). En pratique, elle comprend si possible une démonstration de son usage et peut avantageusement même donner lieu à un apprentissage avec manipulation par la consultante elle-même. Le soignant renseigne la consultante sur les possibilités de rattrapage en cas de problème et lui indique où et dans quelles conditions elle peut se procurer ces différentes méthodes. Sont enfin abordées les raisons médicales qui peuvent justifier son retour ainsi que la programmation et la planification de la consultation suivante.

Retour
Les consultations de suivi sont l'occasion de réévaluer la méthode et de vérifier que celle-ci est adaptée à la personne (au besoin de corriger son emploi) et qu'elle en est satisfaite. Ces

consultations sont également l'opportunité de compléter la contraception ou éventuellement de changer de méthode si celle choisie se révèle inadaptée (en raison par exemple d'effets indésirables) ou insuffisante (en raison par exemple d'une exposition aux IST). Le cas échéant sont notamment abordés les points qui n'auront pu être évoqués lors de la ou des précédentes consultations. Le soignant s'intéresse également aux questions que se pose la consultante et s'attache à résoudre les problèmes, cliniques ou d'emploi, qu'elle a pu rencontrer dans l'intervalle des 2 consultations. Il prend en compte les modifications de sa trajectoire individuelle et sociale. L'entretien se termine par la programmation et la planification de la consultation suivante.

De manière générale, s'engager dans une démarche individuelle d'aide au choix implique pour le médecin (ou pour le soignant menant une consultation portant sur la contraception):

- de réfléchir, au préalable, à la signification individuelle et sociale du geste que représente la prescription (ou l'assentiment au choix) d'une méthode contraceptive ;
- de se questionner, au préalable, sur son propre positionnement vis-à-vis de la contraception et des différentes méthodes existantes, ainsi que sur le rôle qui lui est dévolu dans la relation avec la femme et le couple ;
- de prendre le temps d'analyser précisément avec la femme (et/ou le couple) sa situation (médicale mais aussi sociale, son appartenance culturelle, ses représentations, ses peurs et ses envies...) avant d'envisager avec elle une ou des méthodes contraceptives ;
- de l'informer sur les choix possibles ;
- de lui permettre de choisir la méthode qu'elle estime comme la plus adaptée ;
- de la former à l'utilisation de la méthode choisie ;
- enfin, de réévaluer périodiquement cette option avec la femme et/ou le couple.

Annexe 4 : Document d’information

Document d’information

Bibliographie

1. Neuwirth. Loi n°67-1176 du 28 décembre 1967 dite Neuwirth relative à la régulation des naissances et abrogeant les art. L648 & L649 du Code de la Santé Publique. 67-1176 déc 28, 1967.

2. Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C. Population & Sociétés - La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? INED [Internet]. sept 2012;(492). Disponible sur : http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1606/publi_pdf1_publi_pdf1_publi_pdf2_pesa492frok.pdf

3. INPES. Contraception : Les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? - Dossier de presse [Internet]. 2011 oct p. 18. Disponible sur : http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/11/dp111026.pdf

4. Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Population & Sociétés - Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? INED [Internet]. déc 2004;(407). Disponible sur : http://www.ined.fr/fichier/t_publication/69/publi_pdf1_pop.et.soc.francais.407.pdf

5. HCEfh (Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes). Communiqué de presse - Près de 40 ans après la loi Veil, agir pour garantir aux femmes un accès plein et entier au droit à l'IVG [Internet]. 2013. Disponible sur : http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hcefh_cp_rapport_ivg_20131107-2.pdf

6. INPES. Les Français et la contraception [Internet]. 2007 mars p. 47. Disponible sur : http://www.choisirsacontraception.fr/pdf/francais_et_contraception.pdf

7. HAS. Efficacité des méthodes contraceptives - Tableau [Internet]. 2013. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/efficacite-methodes-contraceptives.pdf

8. HAS. Contraceptifs oraux estroprogestatifs : préférez les « pilules » de 1ère ou 2e génération [Internet]. 2012 nov. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/contraceptis_oraux_3_g_fiche_bum.pdf

9. Touraine M. Communiqué de presse - Marisol Touraine annonce le déremboursement des pilules de 3ème génération à compter du 31 mars 2013 et demande que celles-ci ne soient plus prescrites en premier choix [Internet]. 2013. Disponible sur : http://www.fncgm.com/images/AFSSAPS/020113-cp-pilules%203e%20gnration%201.pdf

10. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C. Population & Sociétés - La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? INED [Internet]. mai 2014;(511). Disponible sur : http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1685/publi_pdf1_population_societes_2014_511_crise_pilule.pdf

11. ANAES, AFSSAPS, INPES. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme - Document à l'usage des professionnels de santé. 2004 déc p. 58.

12. Diaz S, Meirik O. Bulletin médical de l'IPPF (International Planned Parenthood Federation). 2 avr 2003;37(2).

13. Lansac J, Lecomte P, Marret H. Gynécologie pour le praticien. 7ème éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2007. 574 p.

14. Chosson M. Il était une fois la contraception [Internet]. Association Nationale des Centres d'Interruption de Grossesse et de Contraception. 2005. Disponible sur : http://www.ancic.asso.fr/histoirecontra.php

15. HAS. Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces - Document de synthèse [Internet]. 2013 sept. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf

16. CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique - Les infections génitales hautes - 36èmes Journées Nationales Paris [Internet]. 2012. Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC_infections_2012.pdf

17. Winner B, Peipert JF, Zhao Q, Buckel C, Madden T, Allsworth JE, et al. Effectiveness of Long-Acting Reversible Contraception. N Engl J Med. 2012;366(21):1998‑2007.

18. HAS. Contraception chez la femme à risque cardiovasculaire - Fiche mémo [Internet]. 2013. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-09/10e_version_contraception_cardiop2-2207.pdf

19. HAS. Contraception chez la femme après une interruption volontaire de grossesse (IVG) - Fiche mémo [Internet]. 2013. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/fiche-contraception-post-ivg.pdf

20. HAS. Contraception chez la femme en post-partum - Fiche mémo [Internet]. 2013. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/fiche-contraception-postpartum.pdf

21. Mwalwanda CS, Black KI. Immediate post-partum initiation of intrauterine contraception and implants: A review of the safety and guidelines for use. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 1 août 2013;53(4):331‑7.

22. HAS. Contraception chez l'adolescente - Fiche mémo [Internet]. 2013. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/fiche-contraception-adolescente.pdf

23. HAS. Contraception d'urgence - Fiche mémo [Internet]. 2013. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/fiche-contraception-urgence.pdf

24. CNOM. Information du patient dans la loi du 4 mars 2002 - Accès aux informations de santé [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2003. Disponible sur : http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/infopatientGEP_0.PDF

25. Code de la Santé Publique - Article L1111-2 - Version en vigueur au 23 juillet 2009 [Internet]. Code de la Santé Publique. Disponible sur : http://legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=73516FB739C3A1FCEC76E5AF556A36C5.tpdjo09v_1?idArticle=LEGIARTI000020890189&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20140520

26. Code de la Santé Publique - Article L1111-6 - Version en vigueur au 23 avril 2005 [Internet]. Code de la Santé Publique. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006685773&cidTexte=LEGITEXT000006072665

27. Code de la Santé Publique - Article R4127-64 - Version en vigueur au 8 août 2004 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006912933&cidTexte=LEGITEXT000006072665

28. Code de la santé publique - Article R4127-35 - Version en vigueur au 9 mai 2012 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006912897&dateTexte=20110210

29. Code de la Santé Publique - Article R4127-36 - Version en vigueur au 8 août 2004 [Internet]. Code de la Santé Publique. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006912898

30. Code de la Santé Publique - Article R4127-42 - Version en vigueur au 8 août 2004 [Internet]. Code de la Santé Publique. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006912905

31. Code de la Santé Publique - Article R4127-64 - Version en vigueur au 8 août 2004 [Internet]. Code de la Santé Publique. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006912933&cidTexte=LEGITEXT000006072665

32. De Verbizier A. Dispositifs Intra-Utérins en Médecine Générale en Lorraine - Etat des lieux des pratiques concernant les dispositifs intra-utérins, facteurs influençant leur prescription et leur pose par les médecins généralistes. [Internet] [Thèse d'exercice]. [Nancy 1]: Henri Poincare; 2011. Disponible sur : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2011_VERBIZIER_ALICE_DE.pdf

33. Denant D. Freins et réticences à l'utilisation du dispositif intra-utérin chez les nullipares en Médecine Générale [Internet] [Thèse d'exercice]. [Paris Ile-de-France Ouest]: Versailles Saint-Quentin en Yvelines; 2012. Disponible sur : http://theseimg.fr/1/sites/default/files/Th%C3%A8se.final_.pdf

34. Chanzy Waroquet A-L. Pourquoi les nullipares ne choisissent pas plus le DIU ? Enquête auprès de femmes [Internet] [Thèse d'exercice]. [Grenoble]: Joseph Fourier; 2013. Disponible sur : http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/86/22/48/PDF/2013GRE15048_chanzy_waroquet_anne-laure_1_D_.pdf

35. HAS. Etat des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée - Document de synthèse [Internet]. 2013 avr. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf

36. HAS. Elaborer une brochure d'information pour les patients ou les usagers [Internet]. 2008 juill. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-07/elaboration_document_dinformation_des_patients_-_recommandations.pdf

37. HAS. Document d'information patient à partir d'une recommandation de bonne pratique [Internet]. 2012 juin. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-07/info_patient_fiche_methodologique.pdf

38. HAS. Document d'information patient à partir d'une recommandation de bonne pratique - format clics [Internet]. 2012 juin. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-09/format2clics_info-patient.pdf

39. Antoine A, Letrilliart L. Inventaire et évaluation des documents écrits d'information destinés aux patients produits par les départements universitaires de médecine générale. Exerc Rev Fr Médecine Générale. oct 2012;23(103):148‑56.

40. ANSM. Evolution de l'utilisation en France des Contraceptifs Oraux Combinés (COC) et autres contraceptifs de janvier 2013 à avril 2014 - Rapport ANSM [Internet]. ansm.sante.fr. 2014. Disponible sur : http://ansm.sante.fr/content/download/64249/823531/version/2/file/Contraceptifs-Oraux_Evolution-consommation-1janvier2013-avril2014.pdf

41. ANSM, HAS. « Vous et vos contraceptifs oestroprogestatifs » - Point d'information destiné aux femmes [Internet]. 2014. Disponible sur : http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/6f4404a0b4c229e62a692a8938a6431d.pdf

42. Guillot N. Elaboration de fiches conseils destinées aux patients en pratique de médecine générale [Internet]. [Lyon]: Claude Bernard; 2004. Disponible sur : http://www.sudoc.fr/079356907

43. Sustersic M, Meneau A, Drémont R, Bosson J-L. Fiches d'information patient : quelle méthodologie ? Rev Prat Médecine Générale [Internet]. 2007;700(21). Disponible sur : http://vgiles.free.fr/0000_MGXXX_SUSTERSIC.pdf

44. Moreau A, Dedianne M-C, Letrilliart L, Le Goaziou M-F, Labarère J, Terra J-L. S'approprier la méthode du focus group. Rev Prat Médecine Générale. 15 mars 2004;18(645):382‑4.

45. HAS. Contraception chez l'homme et chez la femme - Rapport d'élaboration [Internet]. 2013. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/contraception_fiches_memo_document_de_travail.pdf

46. OMS. Efficacité des moyens contraceptifs [Internet]. Ameli-sante.fr. Disponible sur : http://www.ameli-sante.fr/contraception/efficacite-des-moyens-contraceptifs.html

47. HAS. Améliorer l'information sur la contraception d'urgence - Synthèse des recommandations en santé publique [Internet]. 2013. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/contraception_durgence_-_fiche_de_synthese.pdf

48. Lecrubier A. Contraceptifs hormonaux combinés : l'Europe rend un rapport rassurant [Internet]. Medscape France; 2013. Disponible sur : http://www.esculape.com/medicament-alerte/Contraceptifs-hormonaux-EMA-2013-2.pdf

49. INSEE. France, portrait social - La santé et les comportements à risque chez les jeunes [Internet]. 2013 nov. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/ppp/comm_presse/comm/dp_fps_2013_def.pdf

50. Krucien N. Analyse de la qualité de l'offre de soins de médecine générale du point de vue des patients [Internet] [Thèse de sciences]. Paris Sud 11; 2012. Disponible sur : http://hal.archives-ouvertes.fr/docs/00/80/71/72/PDF/VA_KRUCIEN_NICOLAS_17022012.pdf

51. Moreau C, Bohet A, Hassoun D, Ringa V, Bajos N, the FECOND group. IUD use in France: women's and physician's perspectives. Contraception. janv 2014;89(1):9‑16.

52. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Fin du remboursement des pilules de 3e génération à compter du 30 septembre 2013 [Internet]. [cité 7 nov 2013]. Disponible sur : http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse,42/communiques,2322/fin-du-remboursement-des-pilules,15158.html

53. HAS. ANSM - Contraceptifs oraux commercialisés en France au 1er janvier 2013 [Internet]. 2013. Disponible sur : http://www.planning-familial.org/sites/internet/files/contraceptifs-oraux_classification_10012013_maj.pdf

54. Normand C, Letrilliart L. Les documents d'information sur le dépistage du cancer de la prostate : une revue de la littérature. Exerc Rev Fr Médecine Générale. avr 2013;24(106):52‑7.

55. Normand C, Gillot M, Letrilliart L. Elaboration d'un livret d'information des patients sur le dépistage du cancer de la prostate. Exerc Rev Fr Médecine Générale. avr 2013;24(106):58‑64.

56. Gibert P. Le stérilet chez les adolescentes [Internet]. Ecole de Sages-Femmes de Caen; 2012. Disponible sur : http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/73/18/31/PDF/GIBERT_Pierre.pdf

57. Ravelonanosy-Gillot M-T, Normand C, Letrilliart L. Dépistage du cancer de la prostate : document d'information à l'usage des patients [Internet]. Disponible sur : http://clge.fr/IMG/pdf/Livret.pdf

58. Ministère des Affaires sociales et de la Santé, INPES. DIU - Dispositif Intra Utérin (Stérilet) [Internet]. Choisir sa contraception. Disponible sur : http://www.choisirsacontraception.fr/moyens-de-contraception/le-sterilet-diu.htm

59. Collectif Formagyn. Fiche « BERCER » - Méthodes contraceptives efficaces - Faire son choix [Internet]. T. Linet; 2013. Disponible sur : http://www.formagyn.com/resources/Docs_Prat/ContraceptifsBercerV4_3.pdf

60. Linet T. Contraception intra-utérine par DIU - EPU [Internet]. Disponible sur : http://www.formagyn.com/resources/EPU/Cu-DIU.pdf

61. Linet T. Le DIU au cuivre en explication [Internet]. Collectif Formagyn; 2013. Disponible sur : http://www.formagyn.com/resources/Docs_Prat/ExplicationDIU.pdf

62. Linet T. La pilule en explication [Internet]. Collectif Formagyn; 2013. Disponible sur : http://www.formagyn.com/resources/Docs_Prat/ExplicationOPv2.pdf

63. INPES. Choisir sa contraception - Brochure métropole [Internet]. 2013. Disponible sur : http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1371.pdf

64. INPES. Comment aider une femme à choisir sa contraception ? Repères pour votre pratique [Internet]. 2013. Disponible sur : http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/784.pdf

65. INPES. Contraception : Que savent les français ? - Connaissances et opinions sur les moyens de contraception : état des lieux - Dossier de presse [Internet]. 2007 juin p. 10. Disponible sur : http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/07/dp070605.pdf

66. INPES. La contraception : comment mieux la personnaliser ? - Les essentiels de l'INPES [Internet]. Disponible sur : http://www.inpes.sante.fr/50000/pdf/essentiels/1110-contraception.pdf

67. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewlcz A-M, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. Exerc Rev Fr Médecine Générale. 2008;19(84):142‑5.

68. Lansac J, Lecomte P, Marret H. Contraception locale et méthodes naturelles - Les stérilets. Gynécologie pour le praticien. 7ème éd. Masson; 2007. p. 411‑21.

69. Winner B. Communiqué Efficacité DIU [Internet]. APM International. 2012. Disponible sur : http://www.apmnews.com/print_story.php?numero=226316

70. Petrus E. La pose du stérilet et la responsabilité professionnelle du médecin [Internet]. Macsf.fr. 2008. Disponible sur : http://www.macsf.fr/vous-informer/responsabilite-professionnel-sante/risque-medical-lieu-situation-professionnel-sante/pose-sterilet-et-responsabilite-medecin.html

Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »

Thèse de Médecine Générale

Contraception intra-utérine : information des patientes

Résumé :

La polémique des pilules de 3ème et 4ème génération survenue fin 2012, associée à l'évolution des modes de vie des femmes a nécessité de recourir à des méthodes peu contraignantes, faciles à gérer au quotidien. A ce titre, le dispositif intra-utérin (DIU) répond à la majorité des problématiques soulevées. Longtemps considéré comme une méthode adaptée aux femmes ayant eu et ne souhaitant plus avoir d'enfants, les fausses idées sur ce dispositif sont nombreuses. Le praticien constitue un personnage clé dans le processus d'information et de décision éclairée. L'objectif principal de ce travail est l'élaboration d'un document d'information synthétique sur le dispositif intra-utérin, pour éclairer les patientes au décours d'une consultation chez le médecin traitant, la sage-femme ou le gynécologue.

Afin d'identifier les freins et réticences liés à la contraception par DIU, des entretiens semi dirigés ont été menés en utilisant un questionnaire support avec des praticiens en exercice. D'autre part, des thèses récentes de médecine générale et des travaux de l'HAS ont permis l'identification des problématiques rapportées par les utilisatrices. Dans un second temps, les réponses apportées par les praticiens du groupe de travail ont été débattues en réunion. Une infographiste a travaillé parallèlement sur le document d'information. La maquette a été envoyée conjointement à un questionnaire de type Delphi portant sur la forme et le fond aux dix-sept membres du groupe de travail.

Le taux de participation a été de 82,4% et une réponse était définie comme consensuelle lorsque la moyenne de celle-ci était supérieure ou égale à 7 et que plus de 70% des praticiens avaient répondu dans le tertile supérieur de l'échelle de notation. La combinaison des réponses apportées par le questionnaire support, les réunions de travail, la lecture de thèses et travaux de l'HAS a permis d'effectuer un seul tour Delphi. Le document produit est un triptyque de format A5 couleur recto-verso.

Mots-clés : Dispositif intra-utérin – Contraception – Document – Information – Pilules – Polémique.