



HAL
open science

Appréciation d'une brochure d'information sur les dispositifs intra-utérins à l'officine : étude auprès des patientes en Seine-Maritime

Marie Gaucher

► To cite this version:

Marie Gaucher. Appréciation d'une brochure d'information sur les dispositifs intra-utérins à l'officine : étude auprès des patientes en Seine-Maritime. Sciences pharmaceutiques. 2015. dumas-01234658

HAL Id: dumas-01234658

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01234658>

Submitted on 27 Nov 2015

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.

UNIVERSITE DE ROUEN
UFR DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

2015

N°

THESE

pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement le 29 Octobre 2015

par

GAUCHER Marie

Née le 12 Mai 1990 à Evry (91)

***Appréciation d'une brochure d'information sur les
dispositifs intra-utérins à l'officine : étude auprès
des patientes en Seine Maritime.***

Président du jury : Mme Malika SKIBA, Maître de conférences

Membres du jury : Dr Pascal BOULET, Maître de conférences titulaire
d'un DIU de Gynécologie-Obstétrique

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ, Professeur associé

Mme Hélène PRIEUR, Docteur en Pharmacie

« L'Université de Rouen et l'UFR de Médecine et de Pharmacie de Rouen n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse. Ces opinions sont propres à leurs auteurs. »

Remerciements

Au Docteur Pascal BOULET,

Pour avoir accepté de diriger mon travail de thèse, pour avoir cru en ce sujet qui me tenait tant à cœur et pour votre disponibilité.

A Madame Malika SKIBA,

Pour avoir accepté de présider ce jury de thèse et pour avoir montré autant d'enthousiasme à la découverte du sujet. Merci de m'avoir accordé un peu de votre temps.

A Madame Cécile GUERARD-DETUNCQ,

Pour m'avoir fait l'honneur d'être ma co-directrice de thèse et membre de ce jury. Pour votre disponibilité et vos conseils.

A Hélène,

Pour avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Pour tout ce que tu m'as appris durant mes années d'études, pour ta joie de vivre et ton professionnalisme qui m'ont donné l'envie d'exercer ce métier.

A Mademoiselle Anne-Cécile BOULET,

Pour votre précieuse aide à l'amélioration du graphisme de la brochure.

A Monsieur Christophe CLERE, ainsi qu'à toute l'équipe de la pharmacie THERMALE,

Pour m'avoir toujours accordé le temps nécessaire à la réalisation de ce travail, et pour m'avoir accueillie au sein de votre chaleureuse équipe. Merci à tous pour votre soutien.

A Monsieur Eric MORDELET, ainsi qu'à toute l'équipe de la pharmacie MORDELET,

Pour m'avoir formée durant ces cinq années de stage et pour m'avoir appris les bases de ce métier. Pour m'avoir permis d'effectuer quelques entretiens dans votre officine, pour vos nombreux conseils et votre bonne humeur à tous.

A Mademoiselle Maryvonne LE FLOC'H, ainsi qu'à toute l'équipe de la pharmacie DU JARDIN DES PLANTES,

Pour m'avoir accueillie quelques mois dans votre équipe, et pour m'avoir si gentiment accordé tous ces après-midis dans votre officine pour la réalisation de l'étude.

Aux patientes qui ont participé à l'étude,

Pour avoir pris le temps de répondre au questionnaire.

A mes pharmas, Caro, Fanny, Gauthier, Lison, Mel et Nady,

Pour nos années de dur labeur, mais surtout de rigolade ; pour ces soirées aux lendemains plus ou moins difficiles, pour nos magnifiques karaokés. Un merci tout particulier à Nady (et à Romain) pour m'avoir fourni le logiciel et pour m'avoir donné les petites astuces qu'il me manquait tout au long de ce travail.

A Charlène, Evelyne, Kévin, Laure et Marie-Laure,

Pour tous ces fous-rires partagés du lycée à la Fac, pour nos super week-ends et pour tous ceux encore à venir. Pour votre précieuse amitié.

A Cyssou,

Mon amie de toujours. Pour ta présence depuis toutes ces années, malgré les épreuves et la distance. Pour tes précieux conseils, ton soutien infaillible et tes encouragements tout au long de mes études. Pour l'amitié que tu me portes depuis nos 3 ans.

A ma belle-famille,

Pour tout le soutien que vous m'avez apporté durant ces années d'études.

A mes frères, Matthieu, Vincent et Xavier,

Ma plus grande fierté. Pour avoir été présents et pour m'avoir soutenue, chacun à votre façon. Je vous aime très fort.

A ma maman,

Pour ta patience, et pour m'avoir réconfortée dans mes nombreux moments de doute. Pour m'avoir donné l'envie de traiter ce sujet, et pour m'avoir autant aidée dans la réalisation ce travail. Merci pour tout, je t'aime.

A Jean-Paul,

Pour ta bonne humeur contagieuse et ton optimisme infailible.

A mon papa,

Pour ton soutien permanent et pour ta présence réconfortante tout au long de ces années d'études. Je t'aime fort.

A mon Loulou,

Pour m'avoir rassurée et pour m'avoir supportée durant ces longues journées de travail et de révisions. Pour m'avoir toujours soutenue quoi que je fasse, pour ta présence en ce jour et pour nos années futures. Je t'aime.

ANNEE UNIVERSITAIRE 2014 - 2015
U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Bruno BACHY (<i>surnombre</i>)	HCN	Chirurgie pédiatrique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART (<i>surnombre</i>)	HCN	Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité
Mr Guy BONMARCHAND (<i>surnombre</i>)	HCN	Réanimation médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mr Jean-François CAILLARD (<i>surnombre</i>)	HCN	Médecine et santé au travail
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition

Mme Danièle DEHESDIN (<i>urnombre</i>)	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN (<i>urnombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Philippe GRISE (<i>urnombre</i>)	HCN	Urologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénérologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Xavier LE LOET	HCN	Rhumatologie
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mr Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie

Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Bruno MIHOUT (<i>surnombre</i>)	HCN	Neurologie
Mr Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Jean-Marc PERON (<i>surnombre</i>)	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
Mr François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Stéphanie DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
Mr Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo Faciale

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mr Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie

Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mr Jérémie MARTINET	Immunologie
Mme Sandrine DAHYOT	Bactériologie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie
Mr François HALLOUARD	Galénique
Mme Caroline LAUGEL	Chimie organique
Mr Souleymane ABDOUL-AZIZE	Biochimie
Mme Maïté NIEPCERON	Microbiologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mr Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mr Alain **MERCIER** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (phar)	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT (phar)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (phar)	Chirurgie Expérimentale
Mr Antoine OUVRRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (phar)	Biochimie (UMR 1079)

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

SJ – Saint Julien Rouen

Table des matières

Liste des tableaux	18
Liste des figures	19
Liste des annexes	21
Liste des abréviations.....	22
Introduction	23
1 Partie 1 : Généralités	25
1.1 Histoire	25
1.2 Définition.....	25
1.3 Les DIU inertes	26
1.4 Les DIU actifs au cuivre	27
1.4.1 Critères de choix d'un DIU	28
1.4.2 Mode d'action	29
1.4.3 Indications	30
1.4.4 Population concernée.....	32
1.4.5 Efficacité.....	32
1.4.6 Conditions d'utilisation.....	32
1.4.6.1. Qui peut poser un DIU et où ?	32
1.4.6.2. Qui peut délivrer un DIU ?	33
1.4.6.3. Quand faut-il poser un DIU ?.....	33
1.4.6.4. Quels examens faut-il effectuer avant la pose d'un DIU ?.....	33
1.4.6.5. Pré et post-médication.....	34
1.4.6.6. Le déroulement de l'insertion.....	35
1.4.7 Surveillance du DIU.....	37
1.4.8 Contre-indications	38
1.4.8.1. Contre-indications absolues.....	38
1.4.8.2. Contre-indications relatives	38
1.4.8.3. Cas particuliers	39
1.4.9 Effets secondaires et complications	40
1.4.9.1 Effets secondaires.....	40
1.4.9.2 Complications	41
1.5 Les DIU actifs hormonaux	44
1.5.1 Mode d'action	45
1.5.2 Indications et population concernée	46
1.5.3 Efficacité.....	47
1.5.4 Conditions d'utilisation et de suivi.....	47
1.5.4.1 Mise en place.....	47

1.5.4.2	Retrait	48
1.5.5	<i>Contre-indications</i>	48
1.5.6	<i>Effets secondaires et complications</i>	49
1.5.6.1	Effets secondaires.....	49
1.5.6.2	Complications	50
1.6	Les DIU de demain.....	51
1.6.1	<i>DIU hormonaux</i>	51
1.6.2	<i>DIU au cuivre</i>	52
1.6.2.1	Dispositifs avec fil allié.....	52
1.6.2.2	Nanotechnologie	52
1.6.2.3	Dispositifs « mémoire »	53
1.6.2.4	Le DIU « papillon ».....	54
2	Partie 2 : Etude.....	55
2.1	Présentation de l'étude.....	55
2.1.1	<i>Expérience personnelle</i>	55
2.1.2	<i>Situation du DIU en France et dans le monde</i>	55
2.1.3	<i>Objectif de l'étude</i>	58
2.2	Modalités de réalisation de l'étude	58
2.2.1	<i>Matériel et méthodes</i>	58
2.2.2	<i>Population cible</i>	59
2.2.3	<i>Choix des pharmacies</i>	60
2.2.4	<i>La brochure</i>	60
2.3	Résultats.....	61
2.3.1	<i>Age</i>	61
2.3.2	<i>Catégorie socio-professionnelle</i>	61
2.3.3	<i>Niveau d'étude</i>	62
2.3.4	<i>Répartition géographique</i>	62
2.3.5	<i>Historique de contraception</i>	63
2.3.5.1	Mode de contraception actuel	63
2.3.5.2	Taux d'IVG.....	65
2.3.6	<i>Expérience avec le DIU</i>	67
2.3.6.1	Population n'ayant jamais utilisé le DIU.....	67
2.3.6.2	Population ayant déjà utilisé le DIU	69
2.3.7	<i>Informations reçues sur les DIU</i>	73
2.3.7.1	Informations reçues et niveau d'étude	75
2.3.7.2	Informations reçues et lieu d'habitation	75
2.3.8	<i>Avis sur la brochure</i>	76
2.3.8.1	Présentation de la brochure	76

2.3.8.2	Compréhension globale de la brochure	77
2.3.8.3	Contenu de la brochure.....	78
2.3.8.4	Influence du contenu de la brochure	82
2.4	Conclusion et discussion	90
2.4.1	<i>Résultats de l'étude</i>	90
2.4.2	<i>Biais de sélection de l'étude</i>	90
2.4.3	<i>Modifications possibles de la brochure</i>	91
2.4.3.1	Concernant la forme.....	91
2.4.3.2	Concernant le fond.....	92
2.4.4	<i>Cibler la population</i>	93
3	Partie 3 : Le rôle du pharmacien	95
3.1	La proximité avec le patient	95
3.2	Le contexte de crise économique actuel.....	97
3.3	Un accès médical parfois difficile	99
3.4	Vers un assouplissement de la norme contraceptive ?	99
3.5	Cas de comptes.....	100
3.5.1	<i>Conseils aux femmes sous contraceptif autre que le DIU</i>	100
3.5.2	<i>Conseils aux femmes sous DIU</i>	105
4	Partie 4 : Conclusion	109
	Bibliographie	111
	Annexes	121
	Serment de Galien	128

Liste des tableaux

Tableau 1. DIU au cuivre remboursables en France au 1e Janvier 2015	27
Tableau 2. Critères de choix d'un DIU dans les cas particuliers.....	29
Tableau 3. DIU hormonaux remboursables au 1er Janvier 2015.....	44
Tableau 4. Critères de sélection des participantes à l'étude	59
Tableau 5. Différents motifs de refus du DIU	68
Tableau 6. Avantages du DIU selon les patientes qui en ont été très satisfaites	70
Tableau 7. Inconvénients du DIU selon les patientes qui en ont été moyennement ou pas du tout satisfaites.....	71
Tableau 8. Principales raisons pour lesquelles les patientes seraient prêtes à renouveler le DIU.....	72
Tableau 9. Principales raisons pour lesquelles les patientes ne seraient pas prêtes à renouveler le DIU	73
Tableau 10. Relation entre le degré d'information des patientes (colonnes) et leur niveau d'étude (lignes)	75
Tableau 11. Relation entre le degré d'information des patientes (colonnes) et leur lieu d'habitation (lignes)	75
Tableau 12. Remarques des patientes sur la présentation de la brochure	77
Tableau 13. Principales connaissances apportées par la lecture de la brochure	79
Tableau 14. Idées sur les DIU à retenir selon les patientes	82
Tableau 15. Remarques sur la question « La brochure a-t-elle changé votre avis sur le moyen de contraception idéal ? »	84
Tableau 16. Remarques sur la question « Pensez-vous que cette brochure pourrait permettre un meilleur accès au stérilet si elle était distribuée en pharmacie ? »	85
Tableau 17. Relation entre la catégorie socioprofessionnelle (lignes) et le taux de conservation de la brochure (colonnes)	88
Tableau 18. Relation entre le niveau d'étude (lignes) et le taux de conservation de la brochure (colonnes).....	88
Tableau 19. Relation entre l'influence de la brochure sur la vision du contraceptif idéal (lignes) et le taux de conservation de la brochure (colonnes).....	89
Tableau 20. Relation entre les connaissances acquises (lignes) et le taux de conservation de la brochure (colonnes)	89
Tableau 21. Risque de survenue de thrombose veineuse dans les nouveaux RCP (Résumé des Caractéristiques du Produit) des COC	103

Liste des figures

Figure 1. Localisation du DIU.....	26
Figure 2. Les dispositifs intra-utérins inertes.....	26
Figure 3. Exemples de conditionnement de DIU au cuivre.....	28
Figure 4. Mécanismes de pose d'un DIU au cuivre.....	35
Figure 5. Technique de Cristalli-Bonneau ou dite "de la torpille".....	36
Figure 6. Mirena® et Jaydess®.....	45
Figure 7. Le DIU MCu.....	53
Figure 8. Le DIU MYCu.....	54
Figure 9. Le DIU « papillon ».....	54
Figure 10. Ventes des COC de 3 ^e et 4 ^e génération.....	56
Figure 11. Ventes des contraceptifs autres : DIU progestatif, DIU au cuivre et implant.....	57
Figure 12. Méthodes de contraception les plus utilisées dans le monde.....	57
Figure 13. Classes d'âge des patientes interrogées.....	61
Figure 14. Catégorie socioprofessionnelle des patientes interrogées.....	61
Figure 15. Niveau d'étude des patientes interrogées.....	62
Figure 16. Répartition géographique des patientes interrogées.....	63
Figure 17. Mode de contraception des patientes interrogées.....	63
Figure 18. Durée d'utilisation du mode de contraception actuel.....	64
Figure 19. Pourcentage d'IVG chez les patientes interrogées.....	65
Figure 20. Classes d'âge des patientes ayant déjà subi une ou plusieurs IVG.....	65
Figure 21. Mode de contraception utilisé lors de l'IVG.....	66
Figure 22. Pourcentage de patientes ayant déjà porté un DIU.....	67
Figure 23. Types de DIU déjà portés par les patientes.....	69
Figure 24. Degré de satisfaction des patientes ayant déjà utilisé un DIU.....	70
Figure 25. Proportion de femmes qui seraient prêtes à renouveler le DIU.....	72
Figure 26. Proportion de femmes ayant déjà reçu des informations sur les DIU.....	73
Figure 27. Origine des informations reçues sur les DIU.....	74
Figure 28. Spécialisation des professionnels de santé ayant participé à l'information des patientes sur les DIU.....	74
Figure 29. Avis des patientes sur la présentation de la brochure.....	76
Figure 30. Avis des patientes sur la compréhension de la brochure.....	77
Figure 31. « Cette brochure vous a-t-elle appris des choses que vous ignoriez sur les stérilets ? ».....	78

Figure 32. « Cette brochure a-t-elle changé votre avis sur le moyen de contraception idéal ? ».....	82
Figure 33. « Pensez-vous que cette brochure pourrait permettre un meilleur accès au stérilet si elle était distribuée en pharmacie ? ».....	84
Figure 34. « En quelles sources d'informations ou quels médias avez-vous le plus confiance pour obtenir des informations sur la contraception ? ».....	96
Figure 35. « Selon vous, à qui devrait s'adresser une personne qui aurait besoin d'un conseil ou d'une aide sur le sujet de la contraception ? ».....	96

Liste des annexes

Annexe 1 : Différents types de DIU de 1909 à nos jours	121
Annexe 2 : Questionnaire.....	122
Annexe 3 : Brochure d'information sur les DIU	124
Annexe 4 : Nouvelle présentation de la brochure	126

Liste des abréviations

AINS : Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANSM : Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et des produits de santé

COC : Contraceptifs Oraux Combinés

DIU : Dispositif Intra-Utérin

FFPRHC : Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care

GEU : Grossesse Extra-Utérine

HAS : Haute Autorité de Santé

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IPPF : International Planned Parenthood Federation

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MIP : Maladie Inflammatoire Pelvienne

NCCWCH : National Collaborating Centre for Women's and Children's Health

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RCP : Résumé des Caractéristiques du Produit

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Introduction

Le dispositif intra-utérin (DIU) est désormais utilisé par quelques 150 millions de femmes dans le monde entier et constitue la méthode contraceptive temporaire la moins coûteuse pour une utilisation à long terme. Depuis le début des années 60, époque à laquelle les DIU étaient fabriqués à partir de matériaux inertes, ces dispositifs ont connu de nombreuses améliorations, notamment grâce à l'utilisation de cuivre, puis d'un système qui libère un progestatif (International Planned Parenthood Federation (IPPF), 2003).

Selon une étude de l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED), le DIU serait le deuxième mode de contraception le plus répandu dans le monde (22%) après la stérilisation (30%), alors que la pilule atteint péniblement les 14%. En Chine, il est même utilisé par quasiment la moitié des couples du pays (INED, 2013). Mais en France, la réalité est toute autre : chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, le DIU est largement sous-utilisé (23%) par rapport à la pilule contraceptive (41%) (Bajos *et al*, 2014). Pourtant, le taux d'abandon du DIU (pour des raisons liées à la méthode) est inférieur à celui des autres moyens de contraception (30% à 4 ans VS 48% pour la pilule) (Moreau *et al.*, 2009).

Ce modèle de contraception figé semble propre à la France ; pourtant, selon la Haute Autorité de Santé (HAS), le taux de grossesses non désirées pour 100 femmes pendant la première année d'utilisation courante est de 9% avec la pilule contre 0,2 à 0,8% avec le DIU (HAS, 2013 (1)).

Alors, pourquoi constate-t-on cette sorte de désintérêt général pour le DIU qui, nous le verrons dans la première partie, ne présente aucun inconvénient d'observance, est moins coûteux, réversible et l'une des méthodes les plus efficaces ?

L'information sur les DIU de la part des professionnels de santé reste limitée et beaucoup de fausses idées circulent sur ces contraceptifs. En effet, dans une enquête menée auprès de généralistes et gynécologues canadiens, 60% des médecins évoquent un risque majeur de maladie inflammatoire pelvienne ou de grossesse extra-utérine. Un praticien sur deux pense que le DIU est inefficace, un sur trois seulement le pose chez une nullipare et un sur trois estime possible de l'utiliser en contraception d'urgence (Stubbs, Schamp, 2008).

On peut donc se poser la question suivante : est-ce que la diffusion, en officine, d'informations précises et récentes sur le DIU, via une brochure rédigée par le pharmacien, permettrait d'améliorer la place du DIU dans l'arsenal contraceptif ?

Dans une première partie, nous aborderons les différents types de DIU disponibles sur le marché aujourd'hui, leur mode de fonctionnement, leurs effets indésirables et contre-indications.

La seconde partie sera consacrée à une étude menée auprès des patientes dans plusieurs officines de Seine Maritime, dans le but de recueillir leurs expériences avec le DIU. Nous mettrons également en évidence dans ce questionnaire, l'utilité de la distribution aux patientes d'une brochure d'information sur le DIU, ainsi que son influence potentielle sur l'utilisation de ce moyen contraceptif.

La troisième partie abordera le rôle que peut jouer le pharmacien dans l'information des patientes à l'officine, puis nous conclurons en dernière partie sur l'ensemble de ce travail.

1 Partie 1 : Généralités

1.1 Histoire

L'usage des dispositifs intra-utérins est sans aucun doute la plus ancienne méthode contraceptive dont font état des textes de la haute antiquité. Les premiers DIU furent probablement inventés par les Arabes, qui eurent l'idée de placer des petits cailloux ronds dans la cavité utérine des chamelles (Boudineau *et al.*, 2001).

La notion même de contraception intra-utérine est très ancienne : on rapporte qu'il y a deux mille cinq cent ans, Hippocrate, père de la médecine, insérait des pessaires à visée contraceptive dans l'utérus des femmes au moyen d'un tube métallique. Un pessaire était une sorte de « bouchon » destiné à obturer l'orifice utérin (Winckler, 2007).

C'est Richard Richter qui décrivit pour la première fois en 1909, à Waldeburg en Pologne, un dispositif intra-utérin à usage contraceptif (anneau en crin de Florence).

Deux dates sont à retenir dans l'histoire moderne des DIU :

- 1960 : découverte du polyéthylène, plastique biologiquement inerte et temporairement déformable ;
- 1962 : DIU au fil de cuivre. L'adjonction du cuivre a permis d'augmenter l'efficacité des dispositifs intra-utérins tout en diminuant leur taille, d'où une pose plus facile et une tolérance améliorée.

De très nombreux modèles de DIU inertes ou bioactifs au cuivre, à la progestérone ou au lévonorgestrel, firent ensuite leur apparition (Serfaty, 2000). Un récapitulatif de ces différents modèles de DIU est présenté en annexe 1.

1.2 Définition

Le dispositif intra-utérin est un dispositif de petite taille (environ 3,5 cm de long) destiné à être placé à l'intérieur de l'utérus, afin d'assurer une contraception à long terme réversible. Il est couramment et improprement appelé « stérilet » : en effet, ce terme ne devrait plus être utilisé car, nous le verrons plus bas, plusieurs études ont largement démontré que le DIU ne rend pas stérile.

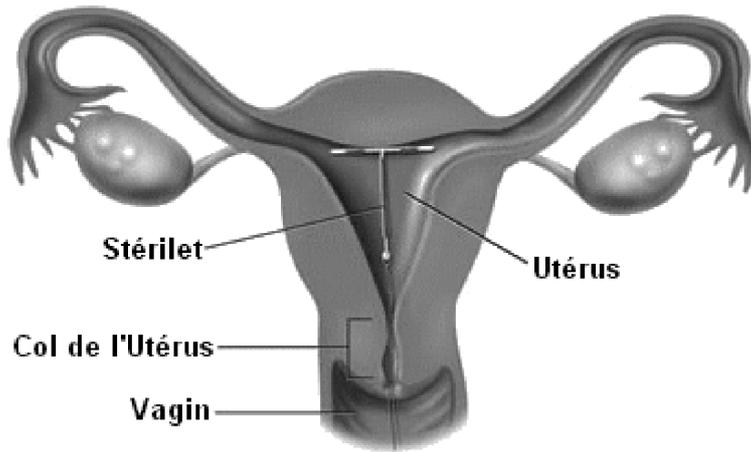


Figure 1. Localisation du DIU

Source : <http://sterilet.info>

Il existe différents types de DIU que nous allons détailler ci-dessous.

1.3 Les DIU inertes

Les premiers DIU étaient qualifiés d' « inertes » : ils étaient en polyéthylène ou en acier, mais leur mode d'action se limitait au fait d'occuper la cavité utérine (Winckler, 2007).

Actuellement, il n'y a plus de DIU inertes disponibles sur le marché.

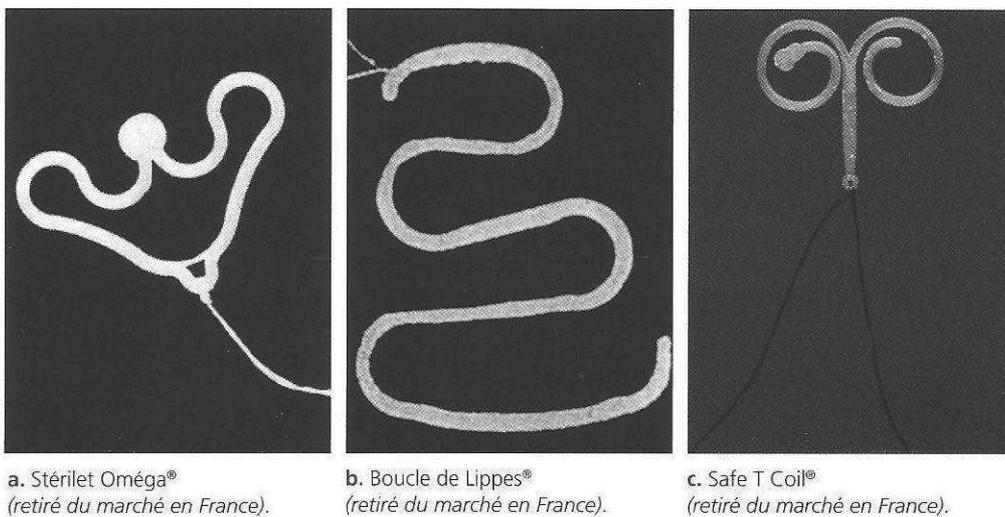


Figure 2. Les dispositifs intra-utérins inertes

Source : Lansac et al. (2012)

1.4 Les DIU actifs au cuivre

Ils se composent d'un support en plastique radio-opaque, à bras latéraux flexibles, autour duquel s'enroule un fil de cuivre.

La surface de cuivre est de 375 ou 380 mm² en fonction des dispositifs. Un fil de nylon attaché au support permet le contrôle de la présence du dispositif et le retrait. Plusieurs tailles sont disponibles afin de s'adapter à la hauteur de la cavité utérine (HAS, 2013 (2)).

La durée maximale d'efficacité varie de 4 à 10 ans en fonction des dispositifs.

Les DIU au cuivre ont tous le statut de dispositif médical, leur prix est fixé à 30,50€ et ils sont remboursés à 65% par l'Assurance Maladie, la somme restante pouvant être prise en charge par la mutuelle complémentaire.

Substance	Forme	Nom commercial	Durée d'utilisation
Cuivre 380 mm ²	En forme de T (cuivre réparti sur tous les bras)	7 MED® TT 380 Standard Short	10 ans 5 ans
		MONA LISA® CuT 380A QL Standard	10 ans
		TT® 380 Standard Short	10 ans 5 ans
	En forme de T (cuivre sur le bras vertical)	7 MED® NT 380 Standard, short	5 ans
		7 MED® UT 380 Standard, short	5 ans
		MONA LISA® NT Cu380A Standard, mini	5 ans
		NOVAPLUS® T380 Cu Mini, normal	3 à 5 ans
		NOVAPLUS® T380 Ag Mini, normal, maxi	5 ans
		NT® 380 Standard, short	5 ans
		SUGANT® 380A Cu Standard	10 ans
	Avec 2 bras courbes en forme d'ailettes dentées (cuivre sur le bras vertical)	UT® 380 Standard, short	5 ans
		7 MED® ML 375 Standard	5 ans
		ANCORA® 375 Cu Standard	5 ans
		GYNELLE® 375 Standard	4 ans
MONA LISA® Cu375 Standard, SL short		5 ans	
	MULTILOAD® Cu375 Standard, short	5 ans	

Tableau 1. DIU au cuivre remboursables en France au 1e Janvier 2015

Sources : Vidal (2015) ; Tarex (2015) ; Euromedial (2014) ; Sugant



Figure 3. Exemples de conditionnement de DIU au cuivre

En France, tous les DIU commercialisés sont radio-opaques et leur conditionnement contient un tube d'insertion.

1.4.1 Critères de choix d'un DIU

S'il ne s'agit pas d'un cas particulier, le choix du DIU doit se porter sur celui que le médecin connaît bien et qu'il a l'habitude de poser. C'est avec ce DIU que les meilleurs résultats au plan de l'efficacité et de la tolérance seront obtenus (Serfaty, 2006 (1)).

Toutefois, dans certains cas particuliers, les critères de choix d'un DIU pourraient être les suivants :

Cas particulier	Type(s) de DIU indiqué(s)
Contre-indication au cuivre, ménorragies, anémie, dysménorrhée importante, endométriose, adénomyose, préménopause	DIU hormonal
Expulsion antérieure de DIU	Gynelle®, Multiload® ou selon morphologie ¹ (échographie préalable recommandée)
Antécédent d'intolérance de DIU	Selon morphologie ² (échographie préalable recommandée)
Isthme utérin étroit	UT®380, NT®380, Mona Lisa®
Béance cervico-isthmique (diamètre du col utérin anormalement grand)	Multiload®, Gynelle®, Mona Lisa®

Hauteurs utérines courtes (< 7 cm)	Modèles Short/Mini, Mona Lisa®
Nullipares	Modèles Short/ Mini, Mona Lisa®
Très longue durée d'efficacité	TT®380, Mona Lisa® CuT 380A QL

Tableau 2. Critères de choix d'un DIU dans les cas particuliers

Source : Serfaty D. (2006) (1)

¹ D'après l'ANSM, la HAS et l'INPES, une réduction du risque d'expulsion selon le modèle du DIU n'a pas été démontrée. D'autre part, un antécédent d'expulsion de DIU est un facteur de risque d'échec des DIU si on se réfère à l'étude de P. Thonneau *et al.* 2006.

Une surveillance post-insertion des DIU particulièrement étroite, clinique et échographique dans ces cas est indispensable.

² En cas d'intolérance de plusieurs DIU, il est judicieux d'en rechercher une étiologie (au minimum à l'aide d'une échographie pelvienne) avant de procéder à une nouvelle insertion.

Certains dispositifs diffèrent notamment par leur tube d'insertion : par exemple, celui du NT 380® étant plus approprié en cas d'utérus rétroversé et celui du UT 380®, plus rigide, en cas de col résistant (Prescrire Rédaction, 2009).

La mesure de la longueur de la cavité utérine (hystérométrie) d'une femme nullipare est souvent plus petite (6 à 7 cm) que celle d'une primipare ou d'une multipare (7 à 9 cm) et le passage cervical réduit. Les DIU dits « short » ou « SL » sont donc plus adaptés aux femmes nullipares (lorsque l'hystérométrie est inférieure à 7 cm) (Trignol-Viguiier *et al.*, 2014).

1.4.2 Mode d'action

Le DIU au cuivre agirait par plusieurs mécanismes :

- **Au niveau de la glaire cervicale** : altération de la mobilité, de la capacitation et donc du pouvoir fécondant des spermatozoïdes ;
- **Dans la cavité utérine** : effet cytotoxique et altération du transport des spermatozoïdes. Cet effet résulterait à la fois d'une action directe du DIU (cuivre et argent) et d'une action indirecte par inflammation endométriale ;
- **Au niveau ampullaire** : altération des interactions entre les gamètes et donc du processus de fécondation ;
- **Au niveau tubaire** : perturbation de la motilité tubaire, ce qui a des répercussions sur le transport des gamètes et du blastocyste. Les modifications de la contractilité

semblent faire intervenir les prostaglandines, en particulier les PGF2 α qui sont augmentées par la réaction inflammatoire ;

- **Au niveau de l'endomètre** : réaction inflammatoire pouvant altérer le phénomène d'implantation embryonnaire, si jamais une fécondation avait quand même lieu (Boudineau *et al.*, 2001). Cette réaction inflammatoire réalise une véritable barrière cellulaire (polynucléaires lymphocytes, plasmocytes). Il y a libération de prostaglandines E2 et F2-alpha, d'histamine, de kinine, d'activateur du plasminogène. La cellule endométriale voit son fonctionnement perturbé avec diminution du glycogène, de l'acide sialique, d'enzymes protéolytiques et de l'anhydrase carbonique ; éléments normalement nécessaires pour l'implantation (Lansac *et al.*, 2012).

La surface en cuivre nécessaire pour une efficacité satisfaisante doit être supérieure ou égale à 250 mm² (French *et al.*, 2000). Tous les DIU commercialisés en France possèdent cette caractéristique.

1.4.3 Indications

1.4.3.1 Contraception à long terme

Le DIU au cuivre est indiqué pour la contraception endo-utérine. Il s'agit d'une méthode contraceptive de 1^e intention, considérée comme très efficace, de longue durée d'action et pour laquelle aucun risque de cancer ni de risque cardiovasculaire n'est établi (HAS, 2013 (2)).

1.4.3.2 Contraception d'urgence

Le DIU au cuivre peut être utilisé comme contraceptif d'urgence dans les 5 jours suivant un rapport sexuel non protégé. Toutefois, lorsqu'il est possible d'estimer le moment de l'ovulation, il peut être posé au-delà de 5 jours après le rapport sexuel non protégé, à condition que la pose n'intervienne pas plus de 5 jours après l'ovulation (soit le 19^e jour après les dernières règles) (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2005). Il est préférable d'utiliser des DIU fortement chargés en cuivre (375-380 mm²) et qui s'expulsent peu (Multiload Cu375[®], Gynelle 375[®]...) (Serfaty, 2006 (2)).

Le DIU induit un effet blastocide dû à la forte concentration de l'ion cuivre (altération du sperme et de l'ovule avant qu'ils n'entrent en contact) (Lansac *et al.*, 2012).

L'efficacité du DIU au cuivre comme contraceptif d'urgence est de 99% si la pose est effectuée dans les 5 jours après un rapport sexuel non protégé ; contre 83% pour le Norlevo® (« pilule du lendemain ») si la prise est effectuée dans les 3 jours et 63% au-delà des 3 jours (Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care (FFPRHC), 2006). La « pilule du surlendemain » Ellaone® peut quant à elle être utilisée dans les 5 jours après un rapport non protégé. Son efficacité est de 97% et reste constante durant ces 5 jours (Vidal, 2015).

Ces pilules contraceptives d'urgence sont toutefois déconseillées avec les médicaments inducteurs enzymatiques sous peine d'une diminution de leur effet contraceptif, ce qui n'est pas le cas du DIU au cuivre. En effet, il représente la seule méthode utilisable en cas de contre-indication aux oestroprogestatifs et son efficacité reste constante.

Le DIU post-coïtal devrait être proposé à toutes les femmes consultant pour une contraception d'urgence, ne présentant pas de risque majeur d'infection sexuellement transmissible (IST) ni de contre-indication aux DIU ; et non pas seulement à celles qui ne relèvent pas d'une contraception d'urgence hormonale orale (Serfaty, 2006 (2)).

L'avantage majeur, dans ce cas, est le cumul possible en un seul geste d'une contraception post-coïtale et d'une contraception au long cours.

Inconvénients du DIU comme contraceptif d'urgence :

- Nécessité d'une consultation médicale
- La pose est souvent douloureuse en période péri-ovulatoire
- Le risque infectieux augmente si la pose se fait après le 17^e jour du cycle
- Les complications infectieuses peuvent être aggravées surtout chez la nullipare en cas d'infection cervico-vaginale méconnue. Cette méthode doit donc être utilisée avec prudence en respectant les contre-indications habituelles du DIU et de préférence chez les femmes qui ont déjà choisi ce mode de contraception et choisi cette circonstance pour la mise en place (Lansac *et al.*, 2012).

Il est donc préférable, avant la pose d'un DIU en urgence et dans les cas à haut risque infectieux, d'effectuer une recherche systématique d'IST (*Chlamydia trachomatis* et éventuellement gonocoque) et/ou d'envisager une antibioprofylaxie : quatre gélules de 250 mg en une seule prise d'azithromycine (Zithromax Monodose®) le jour de l'insertion du dispositif intra-utérin. Le choix de l'antibiotique systématique dans ce contexte peut également se baser sur la prévalence locale des IST (Serfaty, 2006 (1)(2)).

1.4.4 Population concernée

Les DIU sont proposés à toutes les femmes, quelle que soit la parité (nullipares comprises), dès lors que les contre-indications à la pose, les risques infectieux, le risque 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'IST dus au comportement sexuel des classes d'âge plus jeunes, avec notamment des risques de salpingites pouvant être responsables de stérilité tubaire (HAS, 2013 (2)).

1.4.5 Efficacité

Le pourcentage de grossesses non désirées dans la première année d'utilisation (Indice de Pearl) est inférieur à 1. Il est de 0,6% en utilisation correcte et régulière et passe à 0,8% en emploi courant.

Il n'y a pas de différence significative d'efficacité contraceptive entre un DIU au cuivre de surface supérieure à 250 mm² et le DIU au lévonorgestrel (HAS, 2013 (2)).

Le risque d'échec du DIU au cuivre peut être lié à l'âge (il diminue après 35 ans) et surtout aux antécédents d'expulsion. Il n'est ni en relation avec les antécédents gynécologiques (fibrome, polype), ni avec les médicaments, y compris les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) (Thonneau *et al.*, 2006).

1.4.6 Conditions d'utilisation

1.4.6.1. Qui peut poser un DIU et où ?

Tous les DIU sont mis en place au cours d'une consultation simple, soit par un médecin généraliste formé, soit par un gynécologue, soit par une sage-femme. La pose en elle-même est très rapide, elle dure moins d'une minute. Les DIU au cuivre sont efficaces dès le jour de leur insertion (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES)).

La pose du DIU peut se faire soit sur le lieu d'exercice du médecin, soit dans un établissement de santé ou dans un centre de soins agréé.

1.4.6.2. Qui peut délivrer un DIU ?

Selon l'article L. 5134-1 du Code de la Santé Publique, « *les contraceptifs intra-utérins (...) ne peuvent être délivrés que sur prescription médicale et uniquement en pharmacie ou dans les centres de planification ou d'éducation familiale (...)* ».

1.4.6.3. Quand faut-il poser un DIU ?

- **En première partie du cycle** : dans les derniers jours des règles, le col est en principe plus souple et le risque de grossesse quasi nul, ce qui paraît un moment privilégié pour l'insertion du dispositif (Prescrire Rédaction, 1989). Toutefois, le DIU au cuivre peut être posé à n'importe quel moment du cycle.
- **Insertion post partum** : la pose peut se faire aussitôt après l'expulsion du placenta au cours d'un accouchement par voie vaginale ou par césarienne, aussitôt après un avortement, ou dans les 48 heures pour un accouchement par voie vaginale. Les praticiens qui posent les DIU dans ces circonstances doivent avoir reçu une formation à cette technique particulière, nécessaire pour réduire les risques de perforation de l'utérus et minimiser le taux d'expulsion. Ces risques sont toutefois inférieurs lorsque la pose est effectuée dans les 4 à 6 semaines qui suivent l'accouchement.
La pose ne doit pas se faire pendant la période située entre 48h après l'accouchement et la quatrième semaine du post-partum, en raison de l'involution utérine (diminution du volume de l'utérus après l'accouchement).
Concernant les femmes allaitantes, le risque de grossesse est presque nul pendant les 6 premiers mois d'aménorrhée dus à la lactation, la pose peut donc intervenir à n'importe quel moment pendant cette période, qui est associée à des saignements moindres et des taux de continuité d'utilisation plus élevés que si la pose se fait pendant les règles. Il est donc inutile d'attendre l'apparition des premières règles (IPPF, 2003).

1.4.6.4. Quels examens faut-il effectuer avant la pose d'un DIU ?

Lorsque la pose d'un DIU est envisagée, une grossesse, une maladie inflammatoire pelvienne (MIP) et une grossesse extra-utérine (GEU) doivent être écartées. En présence de

facteurs de risques infectieux (IST ou pratique sexuelle à risque d'IST), des tests diagnostiques portant sur *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoea* sont recommandés avant la pose (HAS, 2013 (2)). En effet, la nullipare est à plus haut risque d'IST, en particulier de *C. trachomatis* qui est âge dépendant : une étude effectuée en Angleterre met en évidence, chez les moins de 20 ans, la prévalence de *C. trachomatis* à hauteur de 8% ; puis celle-ci diminue à 5,2% chez les 20-24 ans, et enfin à 2,6% chez les 25-29 ans (FFPRHC, 2006).

La pose du DIU est également précédée d'un examen gynécologique permettant d'estimer la taille, la forme et la position de l'utérus, et si possible d'une hystérométrie (on introduit dans l'utérus une tige graduée afin d'évaluer la forme, les dimensions et la sensibilité de l'utérus).

1.4.6.5. Pré et post-médication

L'administration d'une antibioprophylaxie en relation avec la pose d'un DIU n'est pas recommandée en raison de l'absence d'efficacité des spécialités pharmaceutiques testées (HAS, 2013 (2)). Toutefois, en présence d'une valvulopathie cardiaque et/ou si la femme se trouve dans une région à forte prévalence de *Chlamydia* ou de gonocoque et si le dépistage des IST est peu accessible, l'antibiothérapie est recommandée (cf partie 1.4.2.2. sur la « Prémédication ») (Serfaty, 2006 (1)).

L'administration d'antalgiques avant la pose peut être proposée, notamment chez une femme nullipare dans la mesure où son risque de douleur est décrit comme plus élevé que chez la femme multipare (HAS, 2013 (2)). Selon une revue récente des études randomisées sur la douleur lors de la pose d'un DIU, certaines formes de lidocaïne (spray, injectable, crème en association à la prilocaïne, gel à 4%), le tramadol et le naproxène permettraient de réduire la douleur liée à l'insertion. Toutefois, la lidocaïne sous forme de gel à 2%, les prostaglandines (type misoprostol) et la plupart des AINS n'auraient aucun effet sur la baisse de la douleur à l'insertion (Lopez *et al.*, 2015).

La prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens ne constitue pas un facteur de risque d'échec de la contraception par DIU au cuivre (Thonneau *et al.*, 2006 ; Grimes *et al.*, 2006), contrairement à de nombreuses idées reçues.

Chez la nullipare, un anxiolytique de courte demi-vie (type alprazolam) est souvent utilisé pour limiter l'inconfort lié à la pose, réduire l'anxiété anticipatoire et faciliter le geste technique (Trignol-Viguié *et al.*, 2014).

Pour les douleurs survenant dans les heures suivant la pose, il est courant de prescrire des antispasmodiques en première intention, par exemple le phloroglucinol (Spasfon®), puis des antalgiques de palier I type paracétamol et AINS (Gronier *et al.*, 2012).

1.4.6.6. Le déroulement de l'insertion

Il est nécessaire de réaliser l'insertion en respectant des conditions d'hygiène rigoureuses. La pose se fait en un temps pour les DIU en forme de T et à ailettes, et en deux temps pour les DIU en forme d'Y.

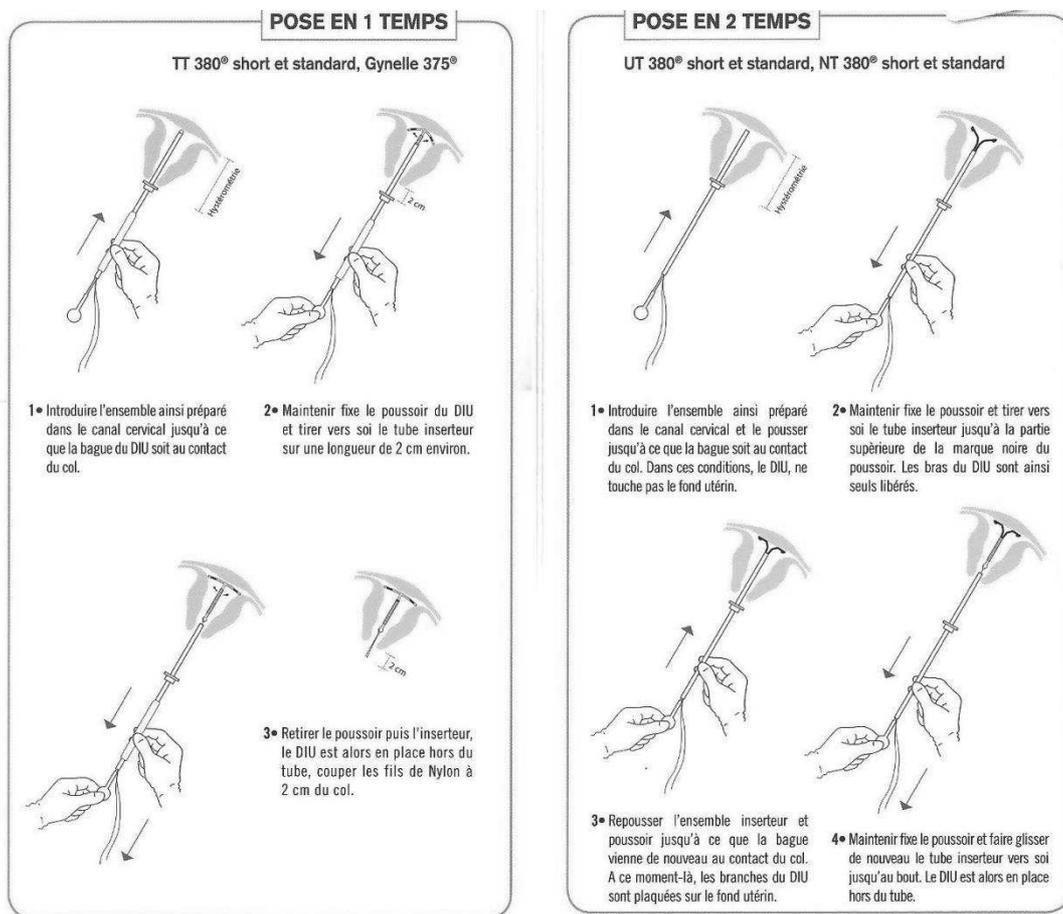


Figure 4. Mécanismes de pose d'un DIU au cuivre

Source : Brochure « DIU au cuivre – A chacune son modèle »,
CCD - Laboratoire de la Femme

Afin de minimiser les risques infectieux et les manœuvres douloureuses, une technique plus récente appelée méthode de pose directe ou dite de la « torpille » essaie de réduire le

nombre de passages d'instruments dans la cavité utérine. Durant cette méthode, le DIU est amené jusqu'à l'orifice interne du col puis poussé pour se développer directement dans la cavité utérine.



Figure 5. Technique de Cristalli-Bonneau ou dite "de la torpille"

Source : Gynorama (2014).

1.4.6.7. Quand retirer un DIU ?

Le DIU peut être retiré à n'importe quel moment, dès que la femme le désire, par un médecin ou une sage-femme (INPES). Sous contrôle de la vue après pose d'un spéculum, le praticien tire doucement sur les fils du dispositif à l'aide d'une pince languette. En cas de difficulté de retrait (fils coupés trop courts et non accessibles) et si les tentatives de manœuvres endo-utérines restent vaines, on peut avoir recours à une hystérocopie opératoire (Robin G., Letombe B., 2008).

Le retrait peut être effectué pour des raisons médicales : grossesse, instauration d'un traitement pour une tumeur maligne de l'endomètre ou du col de l'utérus, expulsion partielle du DIU, saignements excessifs affectant la santé de la femme (IPPF, 2003).

L'insertion d'un nouveau DIU doit se faire préférentiellement le même jour que le retrait du précédent, à moins de mettre en place une contraception temporaire entre le retrait et l'insertion.

Cas particulier de la péri-ménopause :

En Angleterre, les DIU de plus de 300 mm² de cuivre insérés à partir de 40 ans doivent être gardés jusqu'à la ménopause. Le retrait se fera :

- Après un an d'aménorrhée si celle-ci a lieu après 50 ans
- Après 2 ans d'aménorrhée si celle-ci a lieu avant 50 ans

En post ménopause tardive, une cure d'œstrogènes est préalable au retrait (Serfaty, 2006 (2)).

1.4.7 Surveillance du DIU

Les consultations de suivi gynécologique sont programmées 1 à 3 mois après la pose puis une fois par an, indépendamment d'une demande particulière de la femme. L'objectif de la première consultation de suivi est de s'assurer que le DIU est bien toléré, qu'il n'a pas été expulsé et que sa pose n'a pas provoqué d'inflammation pelvienne (HAS, 2013 (2)). Cela permet également de discuter avec la patiente des inquiétudes qu'elle peut avoir (fils qui gênent lors des rapports etc...) (IPPF,2003).

Il est recommandé de prendre rendez-vous dans les situations suivantes :

- Retard ou absence de règles (sauf si DIU hormonal) : risque de grossesse ;
- Fils non perceptibles ;
- Douleurs ou crampes soudaines : risque d'expulsion ou d'infection ;
- Douleur en milieu de cycle ou parfois pendant les rapports sexuels : ce n'est pas forcément le signe d'une mauvaise tolérance du DIU, la contraception hormonale peut atténuer la sensibilité de l'utérus, d'où l'apparition de ces douleurs ;
- Saignements ininterrompus et/ou pertes inhabituelles par leur abondance ou leur aspect : risque d'infection ;
- Signes évocateurs d'une grossesse (tension des seins, nausées matinales, fatigue, envie de vomir...) (Winckler, 2007).

1.4.8 Contre-indications

1.4.8.1. Contre-indications absolues

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

- 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 48h et 4 semaines après un accouchement (HAS, 2013 (2)). En effet, les risques liés à la pose sont plus élevés pendant cette période (Jamin C., Madelenat P., 2010).
- Lorsque la femme a un risque accru d'infections sexuellement transmissibles (HAS, 2013 (2)).

1.4.8.2. Contre-indications relatives

- Prise d'anticoagulants au long cours (AVK, aspirine...),
- Coagulopathies graves à risque hémorragique (maladie de Willebrand, hémophilies A et B, déficits en autres facteurs pro-coagulants...),

- Immunodépression et/ou prise de traitements immunosuppresseurs au long cours (risque théorique de favoriser les infections génitales hautes sur DIU),
- Dysménorrhée grave,
- Antécédents de ménorragies,
- Valvulopathies à haut risque d'endocardite,
- Prothèses valvulaires cardiaques,
- Utérus cicatriciels (hors césarienne),
- Diabète déséquilibré (augmentation théorique du risque d'infection génitale haute sur DIU),
- Anémie ferriprive connue en cours de traitement (ANAES, AFSSAPS, 2004).

1.4.8.3. Cas particuliers

- **Allaitement** : ce n'est pas une contre-indication à la pose d'un DIU quel qu'il soit (cuivre et hormonal), que ce soit pour la lactation ou pour le nourrisson ;
- **Diabète** : aucun retentissement sur les glycémies à jeun et les doses d'insuline pour le diabète de type 1, données rassurantes pour le diabète de type 2. Il n'existe aucune différence entre les 2 types de DIU ;
- **VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine) et immunodépression** : le DIU peut constituer une option pour les femmes séropositives, à condition qu'elles ne soient pas exposées à d'autres IST. Si elles optent pour le DIU, elles doivent dans tous les cas faire l'objet d'un suivi régulier en milieu clinique. On ignore encore quelle peut être l'influence des agents antirétroviraux sur l'efficacité et la sûreté des contraceptifs (IPPF, 2003). Les patientes ayant une immunodépression (VIH, prise d'immunosuppresseurs et/ou de corticoïdes au long cours...) sont théoriquement plus à risque de MIP en cas de pose de DIU (Robin G., Letombe B., 2008). Toutefois, selon un suivi durant 2 ans, il n'y a pas eu chez les femmes infectées par le VIH plus de complications avec les DIU que chez les femmes sans infection par le VIH (Prescrire Rédaction, 2009).

1.4.9 Effets secondaires et complications

1.4.9.1 Effets secondaires

- **Ménométrorragies** (augmentation de la quantité des menstruations et/ou allongement de leur durée et/ou saignements inter-menstruels) : surtout pendant les premiers mois après la mise en place du DIU. Cela s'atténue souvent après quelques mois. L'augmentation de volume est de l'ordre de 50 à 70%, surtout lors du premier cycle (Jamin C., Madelenat P., 2010). Par la réaction inflammatoire locale qu'ils engendrent, les DIU non hormonaux perturbent la physiologie des vaisseaux de petit calibre et le mécanisme normal de coagulation au sein de l'endomètre (Robin G., Letombe B., 2008).

Chez certaines femmes, les saignements peuvent provoquer une anémie ferriprive. Il faut donc pouvoir traiter cette forme d'anémie ou empêcher son apparition grâce à un apport supplémentaire en fer (IPPF, 2003).

- **Douleurs pelviennes et dysménorrhées** (règles douloureuses) : elles peuvent arriver chez certaines utilisatrices pendant les règles, alors que cela ne leur arrivait pas auparavant. En effet, l'utérus qui se contracte est plus sensible quand un DIU est en place (Winckler, 2007). Ce sont le plus souvent des dysménorrhées, secondaires à une augmentation de la synthèse des prostaglandines pro-inflammatoires liées à la présence du DIU. Elles répondent très bien aux antalgiques simples et surtout aux AINS en prise ponctuelle de plusieurs jours à dose efficace. Si les dysménorrhées ou autres douleurs persistent, elles peuvent traduire une inadaptation du DIU à la cavité utérine (Robin G., Letombe B., 2008).

Selon une analyse de 15 études dans 10 pays différents à propos du traitement des saignements abondants ou des douleurs associées à l'utilisation des DIU, les AINS seraient à utiliser en 1^e intention. S'ils ne sont pas efficaces, l'acide tranexamique (Exacyl®) pourra être considéré en 2^e intention. Toutefois, les résultats de ces études ne sont pas suffisants pour recommander un AINS ou un schéma posologique spécifique : le choix dépendra du coût, du confort d'utilisation ainsi que des effets secondaires (Grimes *et al.*, 2011).

- **Malaise vagal lors de la pose** : réaction neurologique qui peut survenir au moment où l'on insère le DIU au travers du col. Ceci est plus fréquent chez les femmes jeunes, qui ont un col très sensible (Winckler, 2007).

1.4.9.2 Complications

- **Grossesse sur DIU** : elle est rare mais possible. La fréquence des grossesses sous DIU est comprise entre 0,2 et 2% à un an (Guillebaud J., MacGregor A., 2013). Si la femme désire garder sa grossesse, il est préférable de retirer le DIU car sa présence favorise les fausses couches spontanées dans près de 50% des cas. Le risque de fausse couche n'est plus que de 30% après le retrait du DIU. Si les fils du DIU ne sont plus visibles, l'échographie permettra de s'assurer que le DIU est bien dans l'utérus et de déterminer à ce moment-là si on peut l'ôter sans risque ou s'il vaut mieux le laisser en place et surveiller la grossesse (Lansac *et al.*, 2012). Si la grossesse se poursuit et que le DIU n'a pas pu être retiré, sa présence ne fait pas augmenter le risque de malformations congénitales ou d'anomalies génétiques (Robin G., Letombe B., 2008). Le risque d'échec de DIU diminue progressivement avec le temps (comme la fécondité des femmes), donc une grossesse sous DIU chez une femme de 25 ans par exemple n'interdit pas à cette femme de recourir de nouveau au DIU 10 ans plus tard (Winckler, 2007).

La grossesse peut être aussi extra-utérine, c'est-à-dire que l'ovule fécondé reste dans la trompe au lieu d'aller s'implanter dans l'endomètre.

Etant donné la grande efficacité contraceptive des DIU, le risque de GEU est extrêmement faible. Ce risque serait même diminué chez les femmes porteuses de DIU au cuivre (0,25%) et de DIU hormonal (0,02%) par rapport aux femmes sans contraception (0,5%). Toutefois, lorsqu'une femme porteuse d'un DIU est enceinte, il y a une chance sur 20 pour que cette grossesse soit extra-utérine (Gronier *et al.*, 2012).

Le risque de GEU est augmenté chez les femmes ayant des antécédents personnels de GEU, d'intoxication tabagique, d'endométriose, de salpingite ou d'autres lésions tubaires séquellaires (Winckler, 2007 ; Robin G., Letombe B., 2008).

Une étude récente effectuée sur plus de 61 000 femmes dans 6 pays européens a montré que le DIU hormonal serait associé à un risque moindre de GEU par rapport au DIU au cuivre (Heinemann *et al.*, 2015).

- **Perforation de l'utérus** : c'est un accident rare qui s'accompagne d'une douleur et/ou d'un saignement soudain. Le taux varie de 0,6 à 1,6 pour 1000 insertions (IPPF, 2003 ; Harrison-Woolrych *et al.*, 2003). La perforation utérine peut être primaire, survenant lors de la pose, ou secondaire, par migration du DIU après érosion de la paroi utérine. On peut alors retrouver le DIU dans d'autres organes comme la vessie, l'intestin, ou

dans la cavité abdomino-pelvienne. Les complications sont inconstantes et dépendent du site où se retrouve le DIU (Nohuz *et al*, 2014). Toutefois, en l'absence de complications, une perforation n'interdit pas nécessairement l'utilisation ultérieure d'un DIU.

En cas de perforation, le DIU doit être retiré, à moins que l'intervention chirurgicale ne présente plus de risques que l'absence d'intervention (IPPF, 2003).

Le risque de perforation diffère en fonction du modèle de DIU (Jamin C., Madelenat P., 2010). Les principaux facteurs favorisants sont l'utilisation d'un hystéromètre métallique, l'insertion post-partum, un intervenant inexpérimenté ou maladroit et un utérus immobile, extrêmement antéverti ou extrêmement rétroverti (Black A., 2004; Winckler, 2007).

- **Expulsion** : cela peut arriver lorsque l'utérus ne tolère pas la présence du DIU, il va alors se contracter de manière répétée jusqu'à ce qu'il l'ait expulsé par le col. L'expulsion survient le plus souvent au cours de la première année d'utilisation, avec un taux variant de 1% à un peu plus de 7%. Cette complication n'est pas grave en soi, mais si elle est méconnue elle expose à un échec de la méthode et donc à une grossesse non désirée (Robin G., Letombe B., 2008).

Le risque d'expulsion est augmenté dans les cas suivants :

- Pose du DIU plus de 48h et moins de 4 semaines après un accouchement ;
- Au cours des 2 premiers mois qui suivent l'insertion, pendant les règles ;
- Chez la femme de moins de 30 ans ;
- Chez la femme nullipare ;
- Lorsque l'utérus est déformé par un fibrome ;
- Lorsque la femme ne veut pas du DIU ;
- Lorsque le DIU a été mal posé par le médecin (Winckler, 2007).

La pose effectuée par un praticien confirmé diminue le risque d'expulsions (IPPF, 2003).

- **Les maladies inflammatoires pelviennes (endométrites, salpingites...) (MIP)** : elles sont une des complications majeures car elles peuvent entraîner une stérilité tubaire ultérieure. Le taux d'infection sur DIU diffère en fonction des études, variant de 1/100 à 1/1000. Des biais importants expliquent ces variations avec des diagnostics par excès de salpingite, des facteurs confondants à type de comportements sexuels à haut

risque, et des comparaisons de groupes disparates. Toutefois, tous ces articles ont bien démontré que la présence d'un DIU n'est pas associée à un sur-risque d'infection génitale haute en l'absence de facteurs de risques (conditions de vie et d'activité sexuelle, symptômes ou signes cliniques en faveur d'une IST) (Derniaux *et al*, 2012).

Les facteurs de risques de MIP sont la pose (risque multiplié par 4 pendant le premier mois), la multiplicité des partenaires, l'âge (les femmes de moins de 25 ans sont plus exposées que les autres) et la parité (les nullipares ont un risque accru d'infection pelvienne) (Lansac *et al.*, 2012).

Le risque de MIP est également augmenté en cas de vaginite et/ou de cervicite évolutive, surtout dans les 20 jours suivant la pose (Gareen IF *et al.*, 2000). Toutefois, lorsqu'une femme qui a subi un examen préalable approprié présente peu de risques de contracter une infection sexuellement transmissible et que le DIU est inséré en utilisant une technique correcte, le risque de MIP ne dépasse guère 1 pour 1000 (IPPF, 2003). Toutefois, la littérature mentionne la possibilité de proposer dans certaines situations à risque un dépistage biologique, voire une antibioprophylaxie lors de la pose (Madelenat, 2010).

Enfin, la stérilité tubaire n'est pas augmentée chez les utilisatrices plus anciennes de DIU, et la rapidité de récupération de sa fertilité après retrait de DIU n'est pas modifiée (Vessey, 1983 ; Wilson, 1989 ; Sivin, 1992). Une étude auprès de jeunes Mexicaines nullipares montre que l'utilisation du DIU au cuivre n'augmente pas le risque d'infertilité tubaire. Mais lorsqu'il y a une infection à *Chlamydia trachomatis*, qui est un des agents infectieux les plus impliqués dans les infections génitales hautes, le risque d'infertilité est élevé (Hubacher, 2001).

Cas particulier de l'actinomyose

L'actinomyose du tractus génital féminin est une affection rare mais sérieuse, le plus souvent associée à l'utilisation d'un DIU et plus rarement à un autre corps étranger (Serfaty, 2007). Elle représente environ 5% des cas d'actinomyoses. Le diagnostic se fait souvent après une période de douleurs chroniques associée à des symptômes gynécologiques ou digestifs. Les patientes peuvent également présenter une pelvipéritonite ou un épisode subaigu faisant suspecter une tumeur, ovarienne le plus souvent.

Si la fréquence sur les frottis des patientes ayant un dispositif intra-utérin est proche de 7 %, le nombre d'infections sévères pelviennes est lui très faible avec une incidence de 1/1000 cas positifs au frottis, soit une estimation d'un peu plus de 120 cas par an en France (Marret *et al*, 2010). Le type de DIU n'a pas d'incidence sur la prévalence de l'*Actinomyces*.

Concernant l'incidence de la durée d'utilisation du DIU, les études effectuées sont divergentes (Kalaichelvan *et al.*, 2006 ; Serfaty, 2007).

Une femme asymptomatique utilisatrice d'un DIU, porteuse d'organismes Actinomyces-like sur son frottis cervical doit être informée qu'il n'y a aucune raison de retirer le DIU sauf en cas de signes d'infection (FFPRHC, 2006).

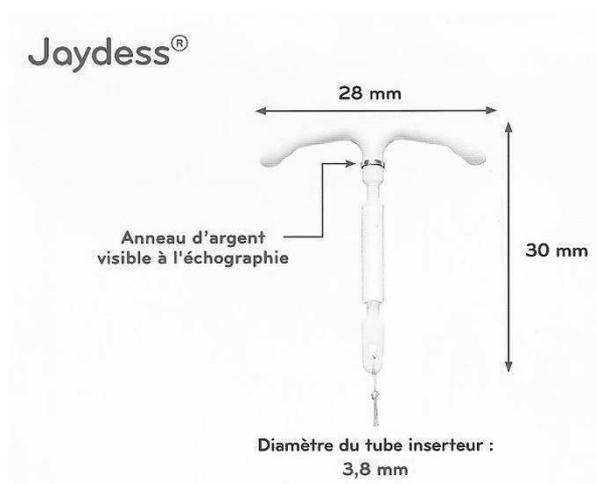
1.5 Les DIU actifs hormonaux

Contrairement aux DIU au cuivre, les DIU hormonaux n'ont pas le statut de dispositif médical mais celui de médicament. Composés de lévonorgestrel, les deux DIU hormonaux existants sont Mirena® et Jaydess®, ce dernier n'étant sur le marché que depuis Mars 2014. Ils sont tous les deux remboursés à 65% par l'Assurance Maladie.

Substance	Forme	Taille	Nom commercial	Durée d'utilisation	Prix
Lévonorgestrel 52mg	En forme de T	32 x 32mm	MIRENA®	5 ans	111,13 €
Lévonorgestrel 13,5mg	En forme de T	28 x 30mm	JAYDESS®	3 ans	100,39 €

Tableau 3. DIU hormonaux remboursables au 1er Janvier 2015

Source : Vidal 2015, 91^e édition, Paris.



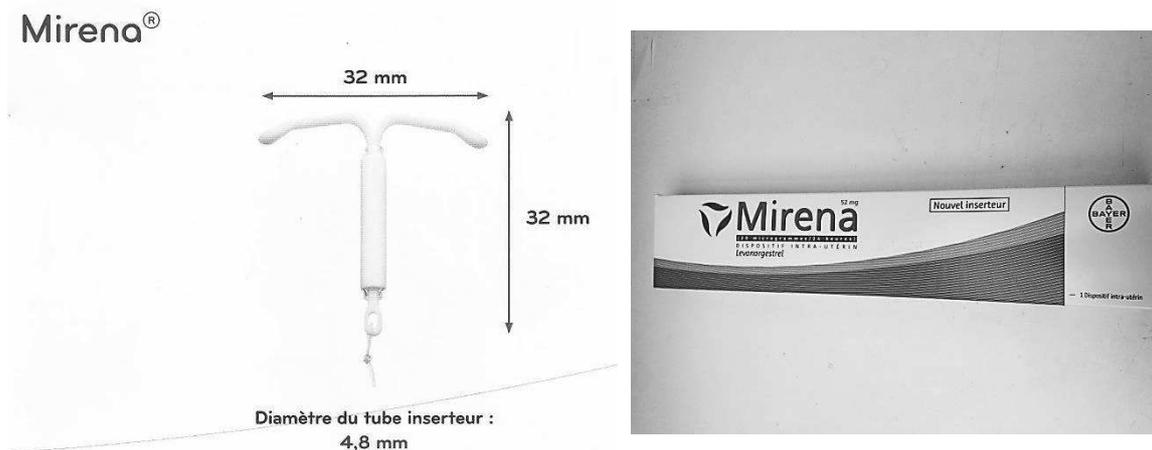


Figure 6. Mirena® et Jaydess®

Source : Bayer Healthcare (2014)

Jaydess® possède un anneau d'argent visible à l'échographie, ce qui permet de le différencier de Mirena®.

1.5.1 Mode d'action

La forte concentration en lévonorgestrel dans l'endomètre entraîne une régulation négative des récepteurs endométriaux aux œstrogènes et à la progestérone. Ceci a pour conséquences :

- **Un blocage de la fécondation** dû à l'environnement local de l'utérus et des trompes de Fallope qui inhibe la motilité et la fonctionnalité des spermatozoïdes (selon Mandelin *et al.*, il y aurait expression d'une glycoprotéine, la glycodéline A, inhibiteur physiologique de la fécondation);
- **Un épaissement de la glaire cervicale**, empêchant ainsi les spermatozoïdes de passer dans l'utérus ;
- **Une diminution de l'épaisseur de la muqueuse utérine** (atrophie de l'endomètre), ce qui diminue l'abondance et la durée des règles ;
- **Une faible réaction locale** à un corps étranger ;
- **Un blocage de l'ovulation** dans certains cas ;
- **Une altération de l'implantation** : en effet, lorsque le taux plasmatique de lévonorgestrel est supérieur à 200 pg/mL, on observe une augmentation des indices de pulsatilité des artères utérines en phase lutéale, atteignant des valeurs semblables à celles observées physiologiquement au début du cycle (Järvelä *et al.*, 1997 ; 1998).

1.5.2 Indications et population concernée

Les DIU Mirena® et Jaydess® sont tous les 2 indiqués dans la contraception endo-utérine. Mirena® possède une indication dans les ménorragies fonctionnelles (après recherche et élimination de causes organiques décelables), mais il a également un intérêt dans les situations suivantes :

- Dysménorrhées et ménorragies en rapport avec une adénomyose,
- Endométriose,
- Réduction significative de la taille des fibromes utérins,
- Patientes présentant une coagulopathie hémorragique ou traitées par anticoagulants au long cours,
- Diminution des ménorragies pouvant survenir en période péri-ménopausique. En effet, il est fréquent au cours des phases d'hyper-oestrogénie qu'il y ait une hyperplasie endométriale et une aggravation des pathologies oestrogéno-dépendantes (adénomyose, fibromes, endométriose...). C'est pourquoi Mirena® peut être d'une grande utilité pour les femmes au cours de cette période. Pendant les phases d'hypo-oestrogénie, on peut lui associer une oestrogénothérapie, la protection endométriale vis-à-vis de l'hyperplasie induite par les œstrogènes étant alors assurée in situ par le DIU hormonal. Dans certains pays, le Mirena® est même utilisé comme traitement hormonal substitutif de la ménopause en complément de l'oestrogénothérapie percutanée (Gronier *et al.*, 2012).

L'utilisation de Jaydess® dans le traitement des saignements menstruels abondants ou la protection contre l'hyperplasie de l'endomètre lors d'un traitement hormonal de substitution par œstrogènes n'a pas été établie : son utilisation n'est donc pas recommandée dans ces pathologies. De plus, Jaydess® n'a pas été étudié chez les femmes âgées de plus de 65 ans et n'est pas indiqué chez les femmes ménopausées (Vidal, 2015).

Le DIU Mirena® n'est pas une méthode contraceptive de 1^e intention chez les jeunes femmes nullipares (HAS, 2013 (2)), en raison de sa taille. Une étude comparative montre que chez la nullipare, le taux de continuation du Mirena® à 1 an est de 79,8% contre 72,7% pour la pilule. Dans cette même étude, il est également démontré que la pose du Mirena® est plus douloureuse mais considérée comme facile par 85% des opérateurs expérimentés. La 1^e cause de retrait serait les douleurs pelviennes dans 6,7% des cas (Suhonen, 2004).

Aucune étude n'a encore montré que Jaydess® n'était pas indiqué chez la nullipare : au contraire, compte tenu de sa taille réduite par rapport au Mirena®, il pourrait constituer une alternative intéressante chez cette catégorie de femmes.

Les dispositifs intra-utérins Mirena® et Jaydess® ne sont pas indiqués en tant que contraceptif d'urgence (Vidal, 2015).

1.5.3 Efficacité

Concernant Mirena®, le pourcentage de grossesses non désirées dans la première année d'utilisation est de 0,2% en utilisation correcte et régulière, et il reste le même en pratique courante (HAS, 2013 (2)). Mirena® est efficace quasi immédiatement après la pose (Robin G., Letombe B., 2008).

Concernant Jaydess®, selon une étude clinique menée chez 1432 femmes âgées de 18 à 35 ans, le taux d'échec a été évalué à environ 0,4% à 1 an (Vidal, 2015).

1.5.4 Conditions d'utilisation et de suivi

Ce sont les mêmes que pour le DIU au cuivre concernant le risque infectieux etc., mais il y a quelques différences concernant le moment d'insertion et de retrait.

1.5.4.1 Mise en place

Le DIU hormonal doit être inséré de préférence durant la semaine qui suit le début des règles. S'il est inséré plus tard dans le cycle, il faut utiliser des préservatifs entre la période des règles et 2 jours après l'insertion du DIU hormonal, afin d'éviter le risque de grossesse au moment de la pose (INPES). La mise en place peut s'effectuer également aussitôt après un avortement du premier trimestre.

Au cours du post-partum, le dispositif ne peut être mis en place qu'après involution complète de l'utérus et au plus tôt 6 semaines après l'accouchement. Si l'involution est significativement retardée, il convient d'attendre jusqu'à 12 semaines après l'accouchement (Vidal, 2015).

1.5.4.2 Retrait

Le DIU doit être retiré durant les 7 premiers jours des règles, s'il persiste un cycle menstruel. Si le DIU est retiré en milieu de cycle, et que la femme a eu un rapport sexuel dans la semaine qui précède, la sécurité contraceptive n'est assurée que si un nouveau DIU est inséré immédiatement après le retrait. Si la femme souhaite changer de méthode contraceptive, il faudra utiliser une contraception mécanique pendant au moins 7 jours avant la date prévue du retrait et la poursuivre jusqu'à ce que la nouvelle contraception soit efficace (Vidal, 2015).

La durée de vie officielle du Mirena® est de 5 ans, mais des études montrent des variations de cette durée de vie selon l'indication :

- En tant que contraceptif : on peut le garder 7 ans lorsqu'il a été posé après 45 ans,
- Contre les ménorragies fonctionnelles : on peut le garder tant qu'il est efficace, c'est-à-dire tant qu'il stoppe les saignements,
- Comme traitement hormonal substitutif en association avec l'œstradiol (hors AMM en France) : respecter la durée de 5 ans (Sivin, 1991 ; Cox, 2002).

1.5.5 Contre-indications

Ce sont les mêmes contre-indications que pour le DIU au cuivre, auxquelles s'ajoutent les contre-indications liées à l'hormone :

- 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 ;
- Etat 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 (HAS, 2013 (2)).

1.5.6 Effets secondaires et complications

1.5.6.1 Effets secondaires

Liés au DIU :

- **Diminution du volume et de la durée des règles :** les saignements menstruels diminuent d'environ 74 à 97% (Black A., 2004). De plus, pendant les 6 premiers mois après la pose d'un DIU hormonal, des saignements légers et irréguliers au cours du cycle sont fréquents (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (NCCWCH), 2005).
- **Aménorrhée** (disparition des règles) : le taux d'aménorrhée sous DIU hormonal peut varier de 16 à 35% après un an d'utilisation (Runnerdag *et al*, 1999).

Hormonaux :

Même si la dose quotidienne de lévonorgestrel résorbée par voie systémique est relativement faible, il peut y avoir quelques effets indésirables hormonaux systémiques :

- **Migraines :** plusieurs études ont montré que le DIU hormonal augmente le risque de migraines (environ 8% d'incidence à 7 ans) (NCCWCH, 2005).
- **Poussée d'acné :** une étude multicentrique européenne a rapporté une fréquence d'acné ou de problèmes de peau survenant sous DIU hormonal à 3,5% à 3 mois et à 1,2% à 5 ans de la pose. Cet effet est d'autant plus ressenti si la patiente était précédemment sous oestro-progestatifs puisque ces derniers améliorent l'acné (Gronier *et al*, 2012 ; Lahteenmaki *et al*, 1998).
- **Prise de poids :** bien que le gain pondéral ait été signalé comme étant un des effets indésirables associés à l'utilisation du DIU hormonal, un important essai n'a révélé aucune différence significative, en matière de gain pondéral sur cinq ans, entre les utilisatrices de DIU hormonal et les utilisatrices de DIU de cuivre (Andersson *et al*, 1994). Une récente analyse Cochrane n'a identifié que peu de preuves de prise de poids associée aux contraceptifs progestatifs, notamment le DIU hormonal. En effet, la prise de poids moyenne était inférieure à 2 kg dans la plupart des études jusqu'à 12 mois et était généralement similaire dans le groupe de comparaison utilisant un

autre contraceptif (Lopez *et al*, 2011). De multiples facteurs peuvent jouer un rôle dans les variations du poids au fil du temps.

- **Tensions ou douleurs mammaires**
- **Baisse de libido**
- **Kystes ovariens** : ils surviennent chez 30% des utilisatrices, mais se résorbent spontanément et ne doivent pas faire l'objet d'une intervention chirurgicale (Järvelä *et al*, 1998).

Compte tenu des faibles concentrations plasmatiques, les effets métaboliques de Mirena® sont faibles (Vidal, 2015).

Comparaison Jaydess®/Mirena®

Selon une étude réalisée en 2012 par Gemzell-Danielsson K *et al.*, chez les femmes nullipares et multipares, les deux DIU entraînent une diminution du nombre de jours de saignements au fil du temps, mais cette diminution est plus importante avec Mirena®. En effet, on observe moins d'aménorrhée sous Jaydess® que sous Mirena®. Toutefois, dans les deux cas, il y a diminution des douleurs menstruelles au fil du temps.

La même étude indique que l'insertion de Jaydess® serait plus facile et occasionnerait moins de douleurs. De plus, l'incidence des kystes ovariens sous Jaydess® serait moindre.

1.5.6.2 Complications

Ce sont les mêmes que pour le DIU au cuivre.

Le retrait du DIU hormonal devra être envisagé :

- En cas de survenue ou aggravation d'une migraine, migraine ophtalmique avec perte de vision asymétrique, ou autre symptôme évoquant une ischémie cérébrale transitoire ;
- En cas de survenue ou de récurrence :
 - D'une céphalée exceptionnellement sévère,
 - D'un ictère,
 - D'une augmentation importante de la pression artérielle,
 - D'une suspicion ou d'un diagnostic d'une tumeur hormono-dépendante, y compris cancer du sein,
 - D'une pathologie artérielle sévère telle qu'un accident vasculaire cérébral ou un infarctus du myocarde,
 - D'une infection génitale haute (HAS, 2013 (2)).

Selon une étude réalisée en Belgique, le port du Mirena® n'augmente pas le risque de cancer du sein, mais le dispositif doit être retiré en cas de découverte d'un cancer du sein, car le risque de récurrence est augmenté en cas de port lors du diagnostic (Trinh *et al.*, 2008).

1.6 Les DIU de demain

1.6.1 DIU hormonaux

Le Fibroplant®

Le Fibroplant® comprend 2 parties : un réservoir vertical souple et très fin de 1,2mm de largeur et de 4cm de longueur diffusant 14µg/24heures de lévonorgestrel pendant 5 ans. L'extrémité supérieure du segment vertical diffusant du lévonorgestrel est attachée au système d'ancrage à l'aide d'un clip métallique visible à l'échographie, ce qui permet de vérifier la qualité d'ancrage du système.

Dans une étude pilote, Fibroplant® a démontré son efficacité contraceptive.

Par ailleurs, ce DIU au lévonorgestrel s'est révélé efficace dans le traitement médical des ménorragies et dans celui des dysménorrhées primaire et secondaire chez 18 patientes.

L'utilisation de ce dispositif diffusant un progestatif chez les femmes ménopausées soumises à une estrogénothérapie a également été rapportée.

En théorie, le Fibroplant®, du fait de l'absence d'armatures en plastique (bras latéraux) et de sa flexibilité, peut s'adapter à toutes les cavités utérines, même à celles de dimensions réduites. Ceci le différencie du DIU au lévonorgestrel Mirena®. De ce fait, il pourrait théoriquement être posé aux femmes chez qui la pose du Mirena® est difficile ou impossible : femmes nullipares ou femmes dont la cavité utérine est déformée par un fibrome, par exemple.

Toujours en théorie, le faible taux de diffusion du lévonorgestrel (14µg/24 heures) de ce nouveau dispositif ne peut que s'accompagner de peu d'effets secondaires systémiques.

Il faudrait cependant comparer l'efficacité contraceptive (excellente) du Mirena®, dont le taux de diffusion de lévonorgestrel est de 20µg/24 heures (au début de son insertion) à celle du Fibroplant®, dans des études cliniques multicentriques de méthodologie correcte (Serfaty, d'Arcangues, 2003 ; Winckler, 2003).

Autres DIU diffusant des hormones

Sont également à l'étude :

- Autres DIU au lévonorgestrel : Femilis[®], Femilis Slim[®], LCS[®] (Levonorgestrel Contraceptive System). Ces DIU semblent plus appropriés que le Mirena[®] pour le traitement hormonal substitutif de la ménopause (en association aux œstrogènes) car ils sont notamment moins volumineux ;
- DIU à base d'anti-progestérone ;
- DIU à base de SPRMs (Modulateurs Sélectifs des Récepteurs de la Progestérone) tel que le ZK230-211 ou le VA-2914 (ulipristal) (Serfaty, 2009) ;
- Le DIU au danazol (Serfaty, 2002), efficace, selon une étude pilote, dans l'adénomyose ;
- Le DIU au désogestrel (Janssen, 2000).

1.6.2 DIU au cuivre

Parmi les innovations notables en contraception intra-utérine non hormonale, il faut noter l'apparition de nouveaux DIU au cuivre moins volumineux et pouvant mieux convenir aux nullipares, tels que le TCu380-Nul[®] disponible au Mexique, le Gynefix330[®] et le Gynefix[®]200, disponibles en Belgique. Ces deux derniers DIU sans armature doivent s'implanter dans le myomètre du fond utérin. Il faut donc en acquérir la technique de pose (Serfaty, 2009).

1.6.2.1 Dispositifs avec fil allié

Les DIU hongrois Silverlily[®] et Goldlily[®] représentent un nouveau concept dans la libération intra-utérine de cuivre. L'ion cuivre libéré par ces DIU est renforcé par un effet électrochimique : chaque DIU nommé « lily » possède un fil allié soit de cuivre et d'or (Goldlily[®]), soit de cuivre et d'argent (Silverlily[®]) ; enroulé autour de la tige verticale du T. Ces 2 DIU ont une surface de 240mm² en alliage et libèrent autant d'ions cuivre par jour qu'une grande surface (380-390mm²) de fil de cuivre pur. 3 tailles sont disponibles : « Standard », « Short » et « Mini » (Sivin I., Batàr I., 2010).

1.6.2.2 Nanotechnologie

Un nouveau type de DIU cuivre/low-density polyethylene nanocomposite (nano-Cu/LDPE DIU) est en train d'être étudié en Chine : il se compose de nanoparticules de cuivre de haute qualité et de poudres de polyéthylène basse densité. Des études antérieures sur ce nouveau

DIU ont déjà été effectuées, notamment concernant les caractéristiques des matériaux, le comportement à la corrosion, l'efficacité contraceptive et la performance clinique, l'efficacité anti-fécondité et l'incidence sur l'environnement de l'endomètre. Ces études indiquent que les composites nano-Cu/LDPE pourraient améliorer considérablement les performances du DIU. En effet, ils pourraient permettre d'atteindre un taux de libération de cuivre plus important et plus uniforme, et de réduire la taille des dispositifs et les effets secondaires. Toutefois, les impacts sur l'efficacité, la sûreté, l'acceptabilité et la continuité doivent encore être définis et démontrés.

Des études supplémentaires portant sur la toxicité aiguë et subchronique à systémique, la toxicité pour la reproduction et les tests de génotoxicité sont déjà en cours afin d'évaluer la tolérance du dispositif chez l'homme. (Sivin I., Batàr I., 2010 ; Hu L.-X. et al, 2013).

1.6.2.3 Dispositifs « mémoire »

Dispositif « mémoire » classique

Le DIU MCu, utilisé en Chine, est un dispositif « mémoire » en forme de U, composé d'un alliage titanium-nickel, et qui porte le cuivre aux extrémités supérieures. Cette alliage présente comme avantages une bonne élasticité, une résistance à la corrosion et à l'usure, ainsi qu'une bonne compatibilité tissulaire. Le système de ressort au milieu du support permet au DIU de s'adapter à la forme de la cavité utérine, en particulier lors des contractions utérines, diminuant ainsi le risque de déplacement, d'expulsion et d'effets indésirables. La zone à forte densité de cuivre créée par les extrémités du DIU stoppe efficacement l'entrée des spermatozoïdes et l'implantation de l'embryon (Cheung V. Y. T., 2010).



Figure 7. Le DIU MCu

Source : Site Alibaba. http://www.alibaba.com/product-detail/contraceptive-iud_60255198159.html, consulté le 16 Octobre 2015.

Dispositif « mémoire » à l'indométacine

Selon une étude récente réalisée en Chine (où il est commercialisé), le DIU MYCu associant cuivre aux extrémités et indométacine sur les bras latéraux possède une excellente efficacité contraceptive, un faible taux d'expulsion et d'effets secondaires, ainsi qu'une bonne réversibilité. Son espérance de vie est de 15 ans, son efficacité contraceptive et sa sûreté après 5 ans devraient être examinés dans de nouvelles études (Wang et al., 2013).



Figure 8. Le DIU MYCu

Source : Site Alibaba. http://aimu.en.alibaba.com/product/60290182517-801842094/IUD_Copper_for_Birth_Control_and_Pregnancy_Prevention.html, consulté le 16 Octobre 2015.

1.6.2.4 Le DIU « papillon »

Le « Butterfly IUD » (DIU « papillon ») au cuivre a été étudié au Royaume-Uni. Sa particularité : il n'a pas de fils, ce qui diminuerait les pertes vaginales attribuées à l'irritation du col par les fils de nylon. Il serait efficace au moins dix ans (Winckler, 2003).

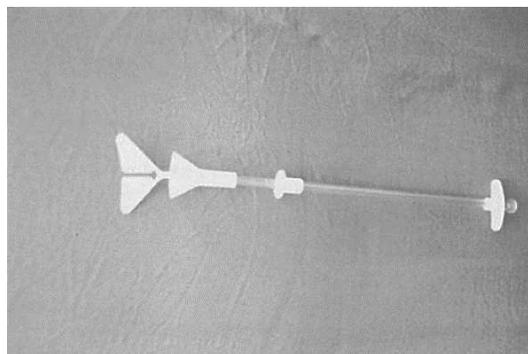


Figure 9. Le DIU « papillon »

Source : Runnebaum B., Rabe T., Kiesel L. (1984)

2 Partie 2 : Etude

2.1 Présentation de l'étude

2.1.1 Expérience personnelle

Cette étude m'a été inspirée à la suite d'une expérience personnelle. En effet, souhaitant changer de mode de contraception pour cause de problèmes liés à la pilule, j'ai dû remettre en question mes propres représentations du DIU puisque, en tant que nullipare, je pensais ne pas avoir accès à ce type de contraception. C'est une personne de ma famille qui m'a informée et encouragée à me tourner vers cette méthode contraceptive.

Par la suite, une fois sensibilisée au sujet, il m'est souvent arrivé de constater, dans mon entourage, que les vieilles croyances concernant le DIU persistent chez de nombreuses femmes. Beaucoup d'entre elles, en effet, pensent par exemple qu'il est réservé aux femmes d'un certain âge et qu'il donne des règles trop abondantes. Certaines autres, parfois mieux informées, ne parviennent pas à trouver un médecin qui accepte de leur poser un DIU alors qu'elles n'ont pas encore eu d'enfant. Ces fausses croyances à propos des DIU, présentes même parfois dans le milieu médical, sont malheureusement fondées sur des études obsolètes.

Forte de cette expérience personnelle et concrète, j'ai donc eu envie, par l'intermédiaire de cette thèse, d'apporter ma pierre à l'édifice en travaillant sur le DIU.

Je me suis donc demandé si, en tant que professionnel de santé proche des patientes, le pharmacien avait un rôle à jouer dans la diffusion d'une information fiable, concrète et efficace sur un mode de contraception considéré comme l'un des plus efficaces mais terriblement méconnu, auquel toutes les femmes devraient pouvoir accéder.

2.1.2 Situation du DIU en France et dans le monde

Aujourd'hui en France, le DIU est utilisé par 23% des femmes de 15 à 49 ans, contre 41% pour la pilule (Bajos *et al*, 2014). D'après le dernier bilan de l'ANSM sur l'évolution de l'utilisation des contraceptifs en France, on a observé de Janvier 2013 à Avril 2014, et quelle que soit la tranche d'âge, une forte diminution de 48% des ventes de contraceptifs oraux combinés (COC) de 3^e et 4^e génération, due principalement à leur risque thromboembolique élevé. Parallèlement, la vente d'autres dispositifs, tels que l'implant et le DIU (avec ou sans

progestatif), a augmenté de 26%. La plus forte augmentation dans cette catégorie concerne les DIU au cuivre, dont les ventes ont augmenté de 45% (ANSM, 2014).

En effet, depuis Décembre 2012, les pilules de 3^e et 4^e génération ont fait l'objet d'un débat médiatique en France à propos du risque thromboembolique associé à leur utilisation. Elles ont cessé d'être remboursées par la Sécurité sociale à partir de Mars 2013 (Bajos *et al*, 2014), entraînant alors l'ascension d'autres méthodes contraceptives, notamment le DIU.

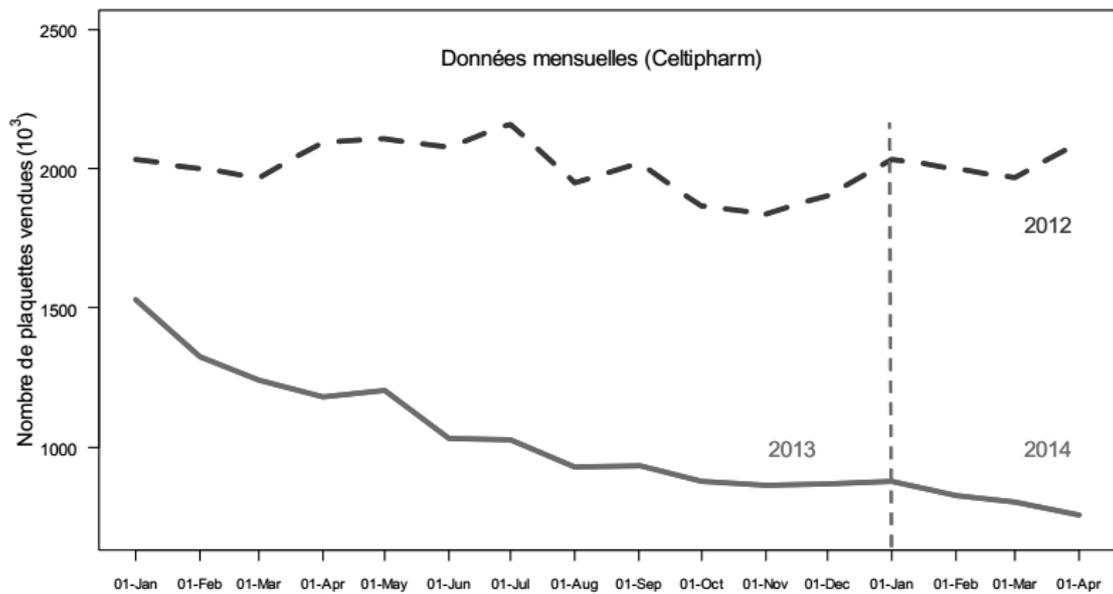


Figure 10. Ventes des COC de 3^e et 4^e génération

En bleu : les ventes sur la période Janvier 2011-Avril 2012 ;
 En rouge : les ventes sur la période Janvier 2013-Avril 2014

Source : ANSM (2014)

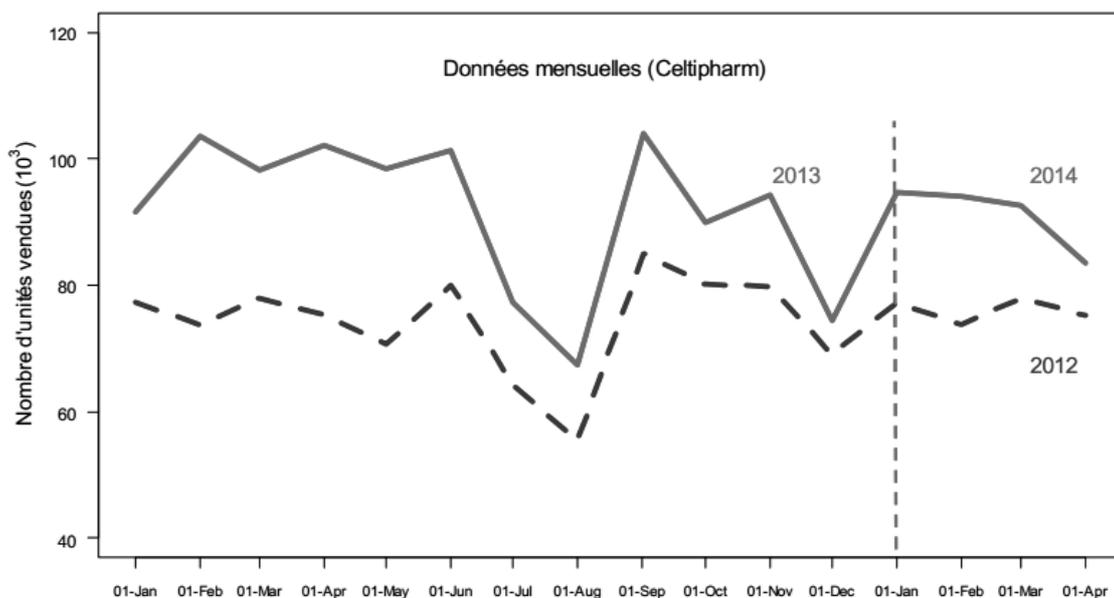


Figure 11. Ventes des contraceptifs autres : DIU progestatif, DIU au cuivre et implant

En bleu : les ventes sur la période Janvier 2011-Avril 2012 ;
 En rouge : les ventes sur la période Janvier 2013-Avril 2014

Source : ANSM (2014)

Alors qu'il règne en France un désintérêt général pour le DIU, dominé de loin par la pilule, ce mode de contraception est pourtant le 2^e le plus utilisé au monde (22%), après la stérilisation féminine (29,9%) (INED, 2013).

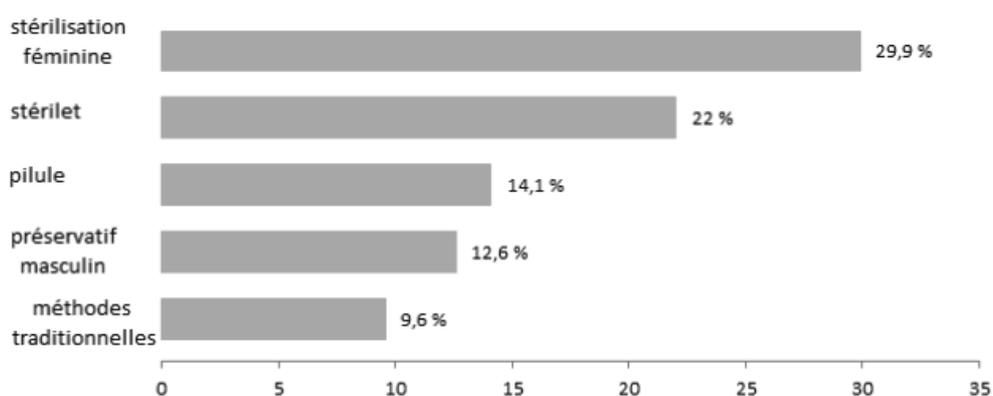


Figure 12. Méthodes de contraception les plus utilisées dans le monde (sur 100 couples ayant recours à la contraception)

Source : INED (2014)

Aux Etats-Unis, la Société américaine de Pédiatrie vient même de placer le DIU en tête de ses dernières recommandations sur la contraception des adolescentes de plus de 15 ans. Des données récentes suggèrent d'ailleurs que les DIU sont généralement très bien tolérés chez les jeunes femmes, et que les taux de continuation et de satisfaction dans cette catégorie d'âge sont parmi les plus élevés (American Academy of Pediatrics, 2014).

Ces changements relativement récents concernant la contraception en général et l'utilisation du DIU en particulier constituent une nouvelle donne qui amène à se poser, pour l'avenir, de nouvelles questions et à réfléchir, en matière de conseil à l'officine, à de nouvelles postures du pharmacien. L'étude qui va suivre s'inscrit dans ce contexte.

2.1.3 Objectif de l'étude

Le but de cette étude est de montrer que, compte tenu de l'évolution que connaît le DIU actuellement, la diffusion d'informations récentes et fiables sur ce contraceptif via une brochure d'information délivrée par le pharmacien peut être pertinente.

2.2 Modalités de réalisation de l'étude

2.2.1 Matériel et méthodes

Le questionnaire a été réalisé à l'aide du logiciel de traitement des données Sphinx Primo V5. Ce logiciel inclut la réalisation du questionnaire, la saisie des réponses, ainsi que les traitements quantitatifs des données et l'analyse des données qualitatives.

Pour la réalisation des graphiques, le logiciel Microsoft Office Excel 2007 a été utilisé.

Les résultats sont exprimés en nombre et en pourcentage.

L'étude a été réalisée de fin Mars à mi-Juillet 2015, soit une période d'environ 3 mois et demi. Le questionnaire est présenté en annexe 2 et comporte 4 parties (identité sociale, historique de contraception, expérience avec le DIU, avis sur la brochure). Les patientes ont d'abord répondu aux questions des 3 premières parties, posées par le locuteur, puis ont lu la brochure d'information, pour ensuite donner leur avis sur cette dernière.

Tous les entretiens ont été effectués par la même personne, dans un local isolé de l'officine.

La brochure est présentée en annexe 3.

2.2.2 Population cible

La population initiale est représentée par les femmes âgées de 15 à 50 ans se présentant à la pharmacie. Sachant qu'il fallait un avis à propos d'une brochure d'information sur les DIU, toutes les femmes susceptibles de ne pas être intéressées par des informations sur la contraception ont été exclues :

- Femmes sous contraception définitive (type implant Essure ou ligature des trompes),
- Femmes ayant subi une hystérectomie (ou autre opération ayant pour but le retrait d'un organe reproducteur),
- Femmes ménopausées.

Les femmes refusant de répondre au questionnaire (par manque de temps ou par gêne) ont également été exclues de l'étude.

Deux questionnaires n'ont pas été pris en compte car les patientes répondaient toujours en dehors du sujet des questions, malgré plusieurs reformulations du locuteur, ce qui rendait l'interprétation impossible.

Population initiale	211
Refus de participation	46
<i>Manque de temps</i>	45
<i>Pas intéressée</i>	1
Femmes ménopausées	4
Femmes hystérectomisées	3
Contraception définitive	2
Hors critères d'âge	1
Population cible	155
Réponses incohérentes	2
Population finale	153

Tableau 4. Critères de sélection des participantes à l'étude

2.2.3 Choix des pharmacies

La Seine Maritime compte au total 406 officines, soit environ 13% d'officines rurales contre 87% d'officines urbaines. Compte tenu de cette répartition, et de la difficulté de mise en pratique du questionnaire (local isolé, entretiens d'environ 15-20 minutes), j'ai opté pour 3 officines urbaines : celle dans laquelle je travaille actuellement (Pharmacie Thermale, Forges les Eaux) et deux autres dans lesquelles j'avais déjà exercé (Pharmacie du Jardin des Plantes, Sotteville-Lès-Rouen et Pharmacie Mordelet, Franqueville Saint Pierre). J'ai préféré choisir des officines dont je connaissais l'équipe, afin de faciliter le déroulement de l'étude. Comme nous le verrons plus bas, ce choix représente peut-être un biais concernant cette étude.

2.2.4 La brochure

La brochure a été créée avec l'aide du Dr BOULET, elle se trouve en annexe 3 et a pour titre « Le stérilet : tout ce que je dois savoir pour mieux choisir ma contraception ». Nous y avons regroupé les informations essentielles sur les DIU (description, mode d'action, population cible, contre-indications, modalités de pose et de délivrance, efficacité, durée d'utilisation); et nous avons également mis en place une partie « Vrai ou Faux », afin d'éliminer les nombreuses idées reçues persistant depuis des années à propos des DIU.

La brochure représente un outil d'analyse destiné à mettre en évidence la pertinence de la délivrance d'informations récentes et fiables sur le DIU en officine. Elle nous aidera également à mettre en valeur le rôle de conseil que peut jouer le pharmacien, en tant que professionnel de santé.

Nous avons laissé à chaque patiente le temps de lire entièrement la brochure, afin de poser ensuite, à chacune d'entre elles, plusieurs questions portant notamment la présentation de la brochure, la compréhension du texte, les connaissances nouvelles apportées, ce que les patientes en retiennent, et si, selon elles, cette brochure représenterait un bon outil d'information pour le pharmacien.

2.3 Résultats

2.3.1 Age

L'âge moyen est de $30,71 \pm 10,22$ ans et la médiane est de 31 ans. La patiente la plus jeune est âgée de 15 ans, et la plus âgée de 50 ans.

Les patientes ont été classées dans 4 catégories d'âge, chacune contenant à peu près le même effectif.

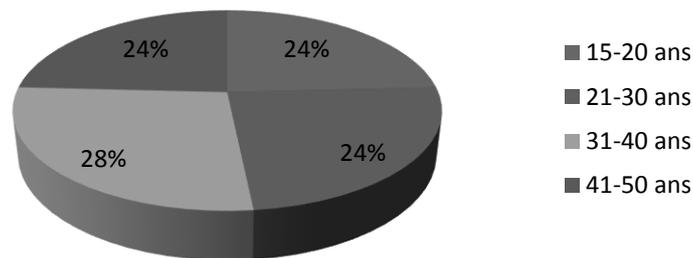


Figure 13. Classes d'âge des patientes interrogées

2.3.2 Catégorie socio-professionnelle

68% des patientes interrogées sont actives sur le plan du travail, 21% sont encore au collège ou au lycée et 11% ne travaillent pas.

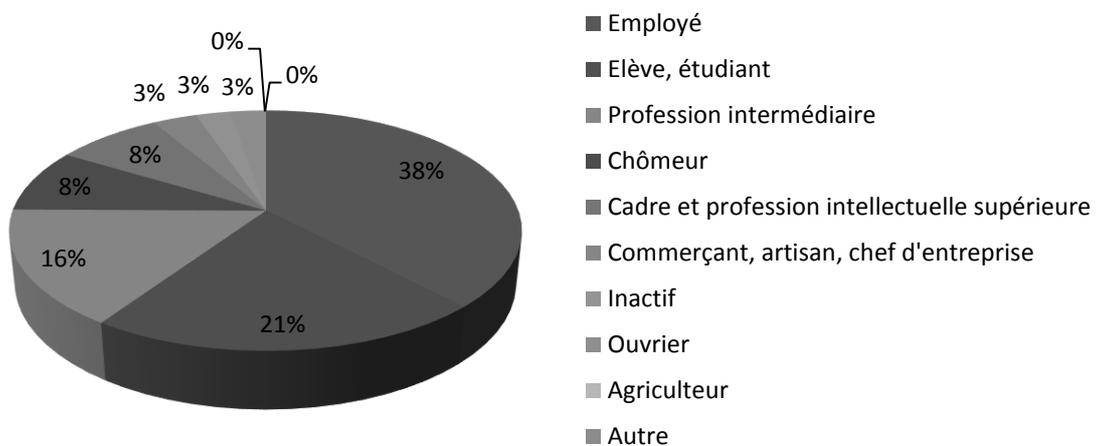


Figure 14. Catégorie socioprofessionnelle des patientes interrogées

2.3.3 Niveau d'étude

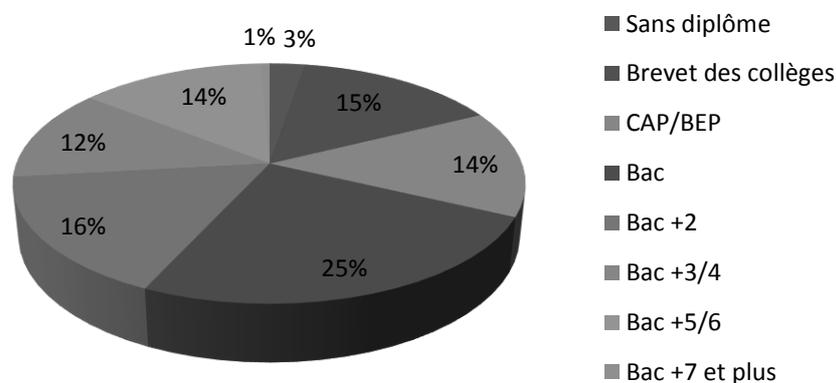


Figure 15. Niveau d'étude des patientes interrogées

On remarque que 68% des patientes ont le Bac, soit environ 2/3. La population a donc un niveau d'étude globalement moyen voire élevé.

2.3.4 Répartition géographique

Le classement des lieux d'habitation en zone urbaine ou rurale a été effectué à partir du moteur de recherche sur les zonages d'étude, disponible sur le site de l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques). En effet, il est impossible de prendre en compte uniquement le nombre d'habitants pour classer une commune comme « rurale » ou « urbaine » : cette définition semble être obsolète et le terme « urbain » regroupe en fait plusieurs spécificités. Selon l'Insee, l'« unité urbaine » est une commune ou un ensemble de communes qui comporte sur son territoire une zone bâtie d'au moins 2 000 habitants où aucune habitation n'est séparée de la plus proche de plus de 200 mètres. En outre, chaque commune concernée possède plus de la moitié de sa population dans cette zone bâtie.

Voici la répartition géographique des patientes :

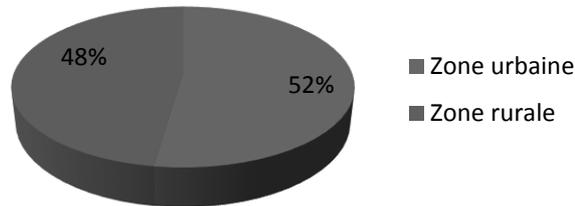


Figure 16. Répartition géographique des patientes interrogées

2.3.5 Historique de contraception

2.3.5.1 Mode de contraception actuel

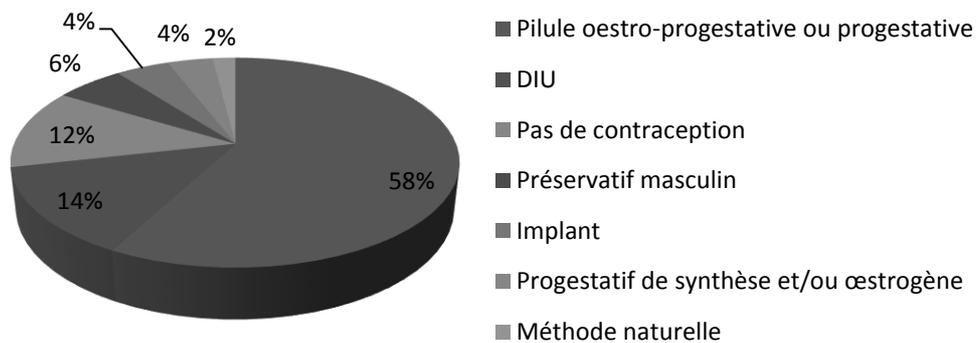


Figure 17. Mode de contraception des patientes interrogées

Parmi les 153 patientes interrogées, 88% (soit 134) prennent une contraception, et 12% (soit 19) n'en prennent aucune. Il y a 4 fois moins de femmes porteuses d'un DIU que de femmes utilisant la pilule, ce qui ne correspond pas forcément aux chiffres actuels puisque, comme nous l'avons vu plus haut, les ventes de DIU en France sont actuellement en augmentation.

Pour les 6 patientes qui utilisent un progestatif de synthèse associé ou non à un œstrogène, 2 sont sous chlormadinone (Luteran®), 2 sont sous nomégestrol (Lutényl®), une est sous cyprotérone (Androcur®) et une est sous cyprotérone (Androcur®) + oestradiol (Provames®). Ces spécialités sont en fait utilisées hors AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) en tant que contraceptifs chez les femmes ayant des antécédents métaboliques ou thrombotiques.

Parmi les patientes n'utilisant aucune contraception :

- 6 n'ont pas encore eu de rapports sexuels (15-20 ans)
- 5 ont un désir de grossesse
- 3 ne font pas attention car elles pensent avoir une fertilité moindre due à leur âge
- 2 sont enceintes
- 2 n'ont pas de conjoint
- 1 l'a arrêtée pour cause d'opération

La principale méthode naturelle utilisée par les patientes interrogées consiste à éviter les rapports sexuels durant l'ovulation.

Selon l'INSEE, en 2010, en France, les femmes ont en moyenne leur premier enfant à 28 ans. Or, dans notre étude, on constate que la majorité des patientes sous DIU ont plus de 28 ans. En effet, environ 43% (soit 9 patientes) ont entre 29 et 39 ans, et le même pourcentage ont entre 40 et 50 ans. Seulement 14% des patientes sous DIU (soit 3) avaient moins de 28 ans.

Aujourd'hui, le DIU reste donc un moyen de contraception trop souvent réservé aux femmes ayant déjà eu au moins un enfant, alors que les recommandations de l'HAS publiées en 2013 mentionnent bien que le DIU peut être proposé à toutes les femmes, qu'elles soient nullipares ou non.

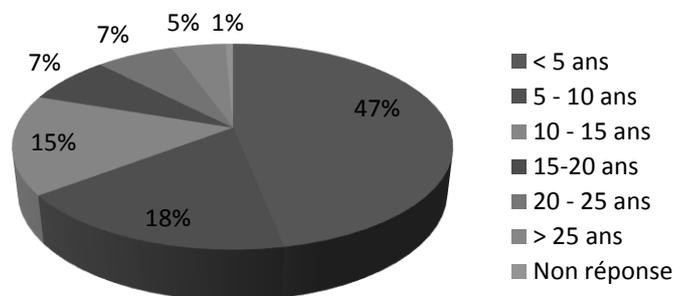


Figure 18. Durée d'utilisation du mode de contraception actuel

Les patientes utilisent leur contraception actuelle depuis en moyenne $96 \pm 93,59$ mois, soit environ 8 ans. La médiane se situe à 60 mois, soit 5 ans : environ la moitié des patientes utilisent leur contraception depuis moins de 5 ans, et l'autre moitié des patientes depuis plus de 5 ans (principalement de 5 à 10 ans et de 10 à 15 ans).

Le minimum est de 0,03 mois soit à peu près une journée et le maximum est à 372 mois, soit 31 ans.

Les patientes sous pilule oestro-progestative ou progestative l'utilisent depuis en moyenne 117 mois, soit presque 10 ans. Les femmes portant un DIU utilisent cette contraception depuis en moyenne 63 mois, soit 5 ans.

2.3.5.2 Taux d'IVG

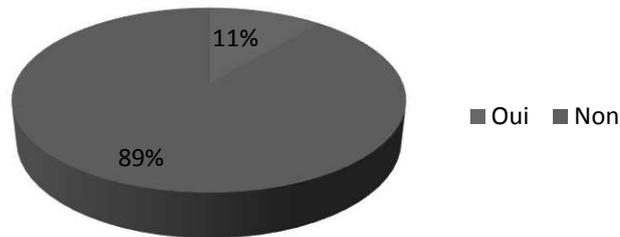


Figure 19. Pourcentage d'IVG chez les patientes interrogées

Parmi les 17 patientes ayant indiqué avoir déjà eu recours à une IVG, 16 (soit 94%) en ont subi une seule et 1 (soit 6%) a déjà subi deux IVG. La grande majorité des femmes a mentionné n'avoir jamais eu recours à une IVG.

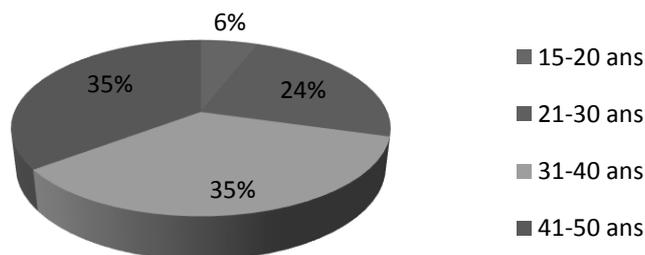


Figure 20. Classes d'âge des patientes ayant déjà subi une ou plusieurs IVG

Ici, on remarque que 30% des patientes ayant déjà subi une IVG avaient moins de 30 ans, et 70% avaient entre 30 et 50 ans ; ce qui ne correspond pas aux chiffres actuels en France, selon lesquels la catégorie d'âge la plus concernée par les IVG est celle des 20-24 ans (Vilain A. ; Mouquet M.C., 2015).

De plus, selon une étude récente de l'INED, 33% des femmes ont recours à l'IVG au moins une fois dans leur vie, ce qui représente une proportion plus importante que les 11% retrouvés dans cette étude (Mazuy M. *et al*, 2015). Le critère de l'IVG est donc susceptible de représenter un biais de sélection de cette étude, comme nous le verrons plus bas.

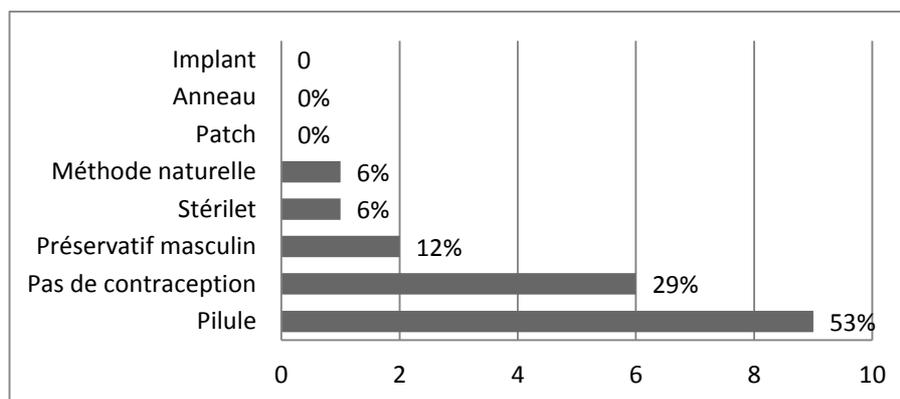


Figure 21. Mode de contraception utilisé lors de l'IVG

Les pourcentages ont été calculés sur la base des 17 patientes ayant déjà subi une ou plusieurs IVG. On constate qu'environ la moitié des IVG (9 soit 53%) sont causées par un problème lié à la pilule. En effet, l'indice de Pearl de la pilule oestro-progestative ou progestative est de 0,3 en théorie ; mais en prenant en compte les divers problèmes d'utilisation possibles (oublis, diarrhées, vomissements), ce taux passe à 9. La majorité des patientes sous pilule interrogées ont précisé « bien prendre » leur pilule, sauf une qui oubliait régulièrement.

Environ 29% des IVG (soit 5) ont eu lieu en l'absence de contraceptif : 3 par « oubli » (une adolescente et 2 femmes de 40-50 ans qui se disaient « jeunes et insouciantes ») ; 1 après un accouchement (retour de couches rapide), 1 ayant été forcée (entourage du conjoint de la patiente) et 1 car la patiente pensait être moins fertile de par son âge.

12% des IVG (soit deux) sont dues à un préservatif masculin défectueux, 6% soit une IVG a eu lieu sous DIU au cuivre (la patiente l'avait depuis 5 ans) et 6% également sont dues à un échec de la contraception par méthode naturelle (« mauvais moment du cycle »).

2.3.6 Expérience avec le DIU

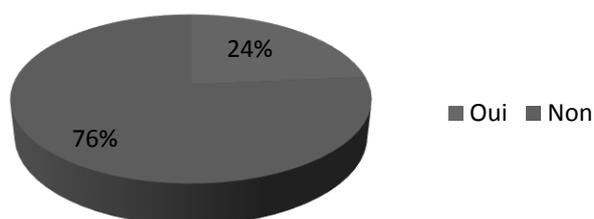


Figure 22. Pourcentage de patientes ayant déjà porté un DIU

Dans l'étude, un quart des patientes ont déjà porté un DIU et trois-quarts n'en ont jamais porté.

2.3.6.1 Population n'ayant jamais utilisé le DIU

Nous avons cherché à connaître, chez les patientes n'ayant jamais porté un DIU, les différentes raisons qui les ont ou qui auraient pu les dissuader d'opter pour ce mode de contraception.

	Nombre	Pourcentage
Sensation d'avoir un corps étranger dans l'utérus	62	53%
Meilleure fiabilité d'un autre moyen de contraception	49	42%
Manque d'information	38	33%
Autre	36	31%
→ Indifférence (contraception actuelle convient / n'a pas cherché plus loin que ce qu'on lui a imposé)	19	53%
→ Problèmes avec le DIU dans son entourage	8	22%
→ Raisons diverses empêchant la pose	6	17%
→ Pensait que c'était contre indiqué dans son cas	3	8%
→ A préféré choisir une autre contraception	1	3%
→ Y réfléchit actuellement	1	3%
Douleur lors de la pose et/ou pendant les règles	36	31%
Méthode contraceptive nécessitant d'avoir déjà eu un enfant	31	27%

Règles trop abondantes et/ou absence de règles	30	26%
Peur d'une grossesse extra-utérine et/ou d'une infection	25	21%
Angoisse de ne pas avoir un suivi fréquent	24	20%
Refus du médecin/gynécologue	11	9%

Tableau 5. Différents motifs de refus du DIU

Parmi les « raisons diverses empêchant la pose », ont été citées :

- Le désir de grossesse / une grossesse plus rapide que prévu ;
- La situation de pré-ménopause (« cela ne vaut pas le coup de poser un stérilet maintenant ») ;
- Le manque de temps (3 enfants, prise de rendez-vous compliquée car gynécologue assez loin).

FACTEURS DIFFICILEMENT MODIFIABLES

La majorité des patientes (62 soit 53%) ne sont pas attirées par le DIU car elles en ont une représentation psychologique négative, due à l'image du corps étranger et à l'aspect du DIU. Ceci est effectivement un facteur difficilement modifiable, d'autant plus que le choix d'un moyen contraceptif ne doit en aucun cas être forcé.

FACTEURS EVENTUELLEMENT MODIFIABLES

Les principaux autres facteurs de refus du DIU peuvent tout à fait être modifiés grâce à la diffusion des bonnes informations par le pharmacien. En effet, ces facteurs sont :

- **Soit dus à un manque d'information ;**
- **Soit dus à des idées reçues :**
 - « Le stérilet n'est pas aussi fiable que d'autres contraceptifs »,
 - « Il faut avoir eu des enfants avant de poser un stérilet »,
 - « Le stérilet peut donner des grossesses extra-utérines et des infections »,
 - « Je suis trop jeune pour avoir un stérilet »,
 - « J'ai un utérus rétroversé qui m'empêche d'avoir un stérilet » ;
- **Soit dus à de mauvaises expériences dans l'entourage :** grossesse ou grossesse extra-utérine sous DIU, rejet, DIU mal posé... Ce sont des situations rares mais qui peuvent influencer le choix des patientes ; c'est donc au pharmacien de donner la

possibilité à ces femmes de reconsidérer le DIU en leur délivrant les bonnes informations ;

- **Soit dus à un refus de la part du médecin ou du gynécologue** : il faut inciter la patiente à trouver un praticien qui soit d'accord pour lui poser un DIU, sauf si le refus du médecin est lié à une véritable contre-indication ;
- **Soit dus à la peur des effets indésirables** (douleurs de règles, règles abondantes) : ces inconvénients peuvent être contrôlés par la prise de médicaments, ou le passage au DIU hormonal ;
- **Soit dus à une certaine indifférence** : certain confort avec la contraception actuelle et pas le désir d'en changer, respect de ce qui a été imposé sans chercher à savoir si le DIU est vraiment contre indiqué (« j'ai été mise de suite sous pilule car j'avais des règles abondantes », « j'ai des problèmes hormonaux », « j'avais un kyste à l'ovaire donc on m'a mise directement sous pilule »).

2.3.6.2 Population ayant déjà utilisé le DIU

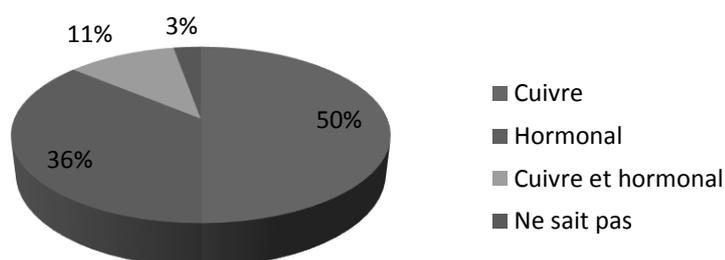


Figure 23. Types de DIU déjà portés par les patientes

Le type de DIU a souvent été déduit des quelques vagues informations données par les patientes : une grande partie d'entre elles ne savait pas dire quel type exact elles avaient déjà porté. Pour définir le DIU au cuivre, plusieurs termes ont été employés : « le classique », « le normal », « celui avec les règles abondantes », « le basique », « le plus petit », « celui en céramique ». Quant au DIU hormonal, il a été désigné par le terme « stérilet sans règles », mais le plus souvent, les femmes l'ont défini par son nom en me montrant la carte patiente Mirena® ou Jaydess®, remise par leur médecin. Mais le DIU hormonal n'était généralement pas désigné par son type, contrairement au DIU au cuivre.

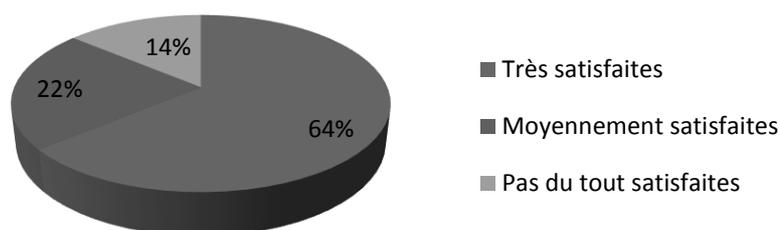


Figure 24. Degré de satisfaction des patientes ayant déjà utilisé un DIU

Presque deux-tiers des femmes ayant déjà utilisé le DIU en ont été très satisfaites, alors qu'un tiers n'ont été que moyennement ou pas du tout satisfaites. Nous avons alors cherché à connaître les différents motifs de satisfaction et de non satisfaction.

	Nombre	Pourcentage
Pas de pilule à penser / évite les oublis de pilule	16	70%
Peu ou plus de règles	7	30%
Peu d'effets indésirables par rapport à d'autres contraceptifs (migraines, baisse de libido, sécheresse vaginale, tension...)	5	22%
Efficace	4	17 %
On ne le sent pas	2	9%
Règles régulières	2	9%

Tableau 6. Avantages du DIU selon les patientes qui en ont été très satisfaites

On voit donc que les patientes sont surtout satisfaites du DIU de par son côté pratique, et parce qu'il présente peu d'inconvénients par rapport à d'autres contraceptifs. En effet, il n'y a déjà pas la contrainte de devoir prendre un comprimé tous les jours ; comprimé d'ailleurs susceptible d'être oublié régulièrement dans certains cas ; et le DIU permet également de diminuer certains effets indésirables des contraceptifs oraux tels que les migraines (pour le DIU au cuivre uniquement), la sécheresse vaginale ou encore la baisse de libido.

Les patientes qui se tournent vers le DIU sont généralement pleinement satisfaites de sa fiabilité : en effet, c'est un moyen contraceptif dont l'efficacité ne dépend pas de l'utilisatrice contrairement à beaucoup d'autres méthodes (pilule, préservatif masculin, méthodes naturelles...). 7 femmes sur 23 (soit 30%) préfèrent avoir une contraception vraiment efficace quitte à avoir quelques effets indésirables. Parmi ces inconvénients, on retrouve souvent des douleurs de règles ou des règles abondantes (DIU au cuivre), ainsi que des cycles irréguliers et une sensibilité au niveau de la poitrine à une certaine période du cycle (DIU hormonal).

Les femmes satisfaites par le DIU hormonal dépassent les 35 ans pour la plupart (5 sur 7) : en effet, après un certain âge les patientes recherchent la tranquillité, et le fait de ne plus avoir leurs règles représente pour elles un certain confort. Toutefois, le DIU hormonal est trop souvent associé à cette catégorie de femmes et il est beaucoup moins utilisé chez les jeunes femmes ayant des règles très abondantes, malgré son efficacité démontrée sur les ménorragies.

	Nombre	Pourcentage
Règles trop abondantes et/ou douloureuses et/ou trop longues	7	54%
Effets indésirables hormonaux (migraines, prise de poids)	4	31%
Cycles irréguliers	3	23%
Rejet du DIU (physique ou psychologique)	2	15%
Grossesse sous DIU	1	8%
Problème à la pose ou au retrait	1	8%
Douleurs pendant les règles ou entre les cycles	1	8%
Pas de règles	1	8%

Tableau 7. Inconvénients du DIU selon les patientes qui en ont été moyennement ou pas du tout satisfaites

Les patientes moyennement ou pas du tout satisfaites de leur DIU le sont pour la majorité (54%) à cause des règles abondantes et/ou douloureuses, ce qui ne concerne que le DIU au cuivre. Ceci peut néanmoins être contrôlé par la prise d'un anti-inflammatoire et/ou d'un antifibrinolytique pendant la période des règles. De plus, c'est un effet indésirable souvent transitoire qui diminue après les premiers mois d'utilisation.

Concernant le DIU hormonal, les femmes sont généralement insatisfaites à cause des effets indésirables hormonaux ; à savoir le plus souvent prise de poids et migraines ; mais aussi du fait que les cycles sont parfois irréguliers.

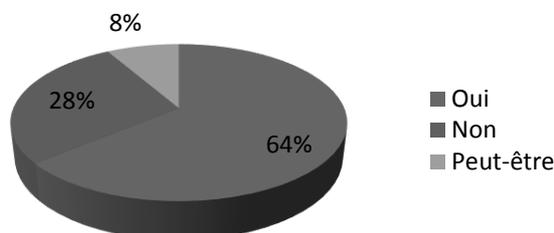


Figure 25. Proportion de femmes qui seraient prêtes à renouveler le DIU

Ici encore, les 2/3 des femmes interrogées seraient prêtes à renouveler leur DIU. On voit donc que chez les femmes qui optent pour cette contraception, le taux de satisfaction reste élevé.

Oui, pourquoi ?	Nombre	Pourcentage
Pas de pilule à penser (évite les oublis)	17	74%
Pratique (on n’y pense pas, pas gênant)	14	61%
Peu ou pas de règles	6	26%
Pas d’effets indésirables (douleurs, baisse de libido, sécheresse vaginale, migraines, tension)	6	26%
Cycles réguliers	2	9%
Contraception naturelle (pour le DIU cuivre)	1	4%
Contraception efficace / fiable	1	4%

Tableau 8. Principales raisons pour lesquelles les patientes seraient prêtes à renouveler le DIU

Les femmes sont prêtes à renouveler leur DIU pour les mêmes raisons qui ont fait qu’elles en ont été satisfaites : pour éviter les oublis de pilule, parce que c’est pratique, cela entraîne moins d’effets indésirables que d’autres contraceptifs, et parce que cela stoppe les règles (pour le DIU hormonal).

Non, pourquoi ?	Nombre	Pourcentage
Règles trop abondantes et/ou trop longues	4	40%
Rejet psychologique	3	30%
Douleurs pendant les cycles ou à la pose / au retrait	3	30%
Effets indésirables hormonaux (prise de poids, perte de cheveux)	3	30%
Autre contraception imposée / autre type de DIU déconseillé	2	20%
Période de pré-ménopause	1	10%

Tableau 9. Principales raisons pour lesquelles les patientes ne seraient pas prêtes à renouveler le DIU

Parmi les femmes qui renouvelleraient « peut-être » leur DIU, deux changeraient probablement de type, et une n'était pas sûre car malgré le côté pratique du DIU, elle avait eu des douleurs lors de la pose (utérus rétroversé).

2.3.7 Informations reçues sur les DIU

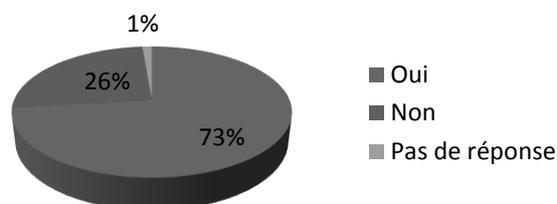


Figure 26. Proportion de femmes ayant déjà reçu des informations sur les DIU

Presque trois-quarts des patientes ont mentionné avoir déjà reçu des informations sur les DIU. Nous avons alors cherché à connaître les sources principales de ces informations.

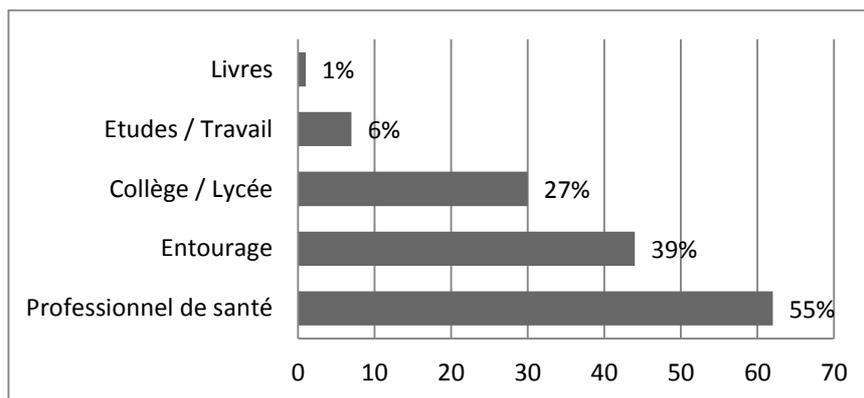


Figure 27. Origine des informations reçues sur les DIU

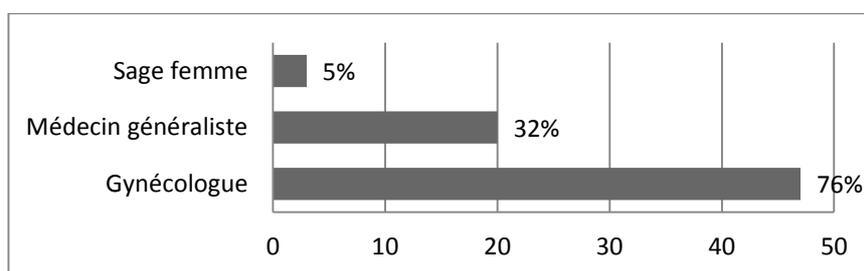


Figure 28. Spécialisation des professionnels de santé ayant participé à l'information des patientes sur les DIU

Une grande partie des patientes ont déjà reçu des informations sur les DIU de la part d'un professionnel de santé (55% des femmes), majoritairement représenté par le gynécologue à 76% contre 32% pour le médecin généraliste et 5% pour la sage-femme. 33 personnes sur 112, soit seulement 30% des patientes, avaient été informées par au moins 2 sources différentes.

Dans les collèges et lycées, les informations sur les DIU sont délivrées soit par les professeurs de sciences et vie de la terre, soit lors de présentations générales de tous les moyens de contraception, par des infirmières, des sages-femmes ou des médecins de planning familial. Ces informations ne sont que très globales et mentionnent en général uniquement l'existence du DIU et son aspect physique, sans plus de détails sur le mode d'action etc.

Les femmes ayant déjà reçu des informations pendant leurs études étaient le plus souvent en école d'infirmière ou faisaient des études de médecine ; et celles qui en avaient reçu au travail exerçaient soit en planning familial, soit à l'hôpital, ou bien avaient déjà donné des formations pour les jeunes sur les DIU dans le cadre de leur travail.

Quelle que soit la source d'informations, plusieurs patientes ont précisé n'avoir été que très peu informées (surtout celles ayant répondu « en collège et lycée », et « par l'entourage »), ou l'avoir été par leur médecin mais uniquement à leur demande.

On constate également une proportion importante de personnes ayant été informées par leur entourage (39%) : ceci est inévitable mais pas toujours bénéfique car ce sont parfois des informations erronées. C'est ici que peut intervenir le pharmacien, car c'est un acteur de santé proche des patients et parce qu'il peut inciter les patientes à parler du DIU plutôt avec leur médecin qu'avec leurs amis ou leurs familles. Le pharmacien n'a pas du tout été mentionné comme source de l'information reçue sur les DIU : il est donc important de revaloriser son rôle de conseil et d'accompagnant.

2.3.7.1 Informations reçues et niveau d'étude

Question 20	Non réponse	Oui	Non	TOTAL
Niveau d'étude				
Sans diplôme	0	2	2	4
Brevet des collèges	0	20	3	23
CAP/BEP (autre diplômes techniques)	0	18	4	22
Bac (général, pro et technologique)	1	22	15	38
Bac +2 (BTS ou autre)	0	20	5	25
Bac +3/4 (Licence, maîtrise)	1	15	3	19
Bac +5/6 (Master, écoles d'ingé, écoles d'arts...)	0	14	7	21
Bac +7 etc (Doctorat, post-Doc, thèse)	0	1	0	1
TOTAL	2	112	39	153

Tableau 10. Relation entre le degré d'information des patientes (colonnes) et leur niveau d'étude (lignes)

Ce tableau montre que la majorité des personnes n'ayant jamais été informées sur les DIU ont un niveau inférieur ou égal au Bac. Chez les personnes ayant déjà reçu des informations, la répartition est à peu près équitable en fonction du niveau d'étude.

2.3.7.2 Informations reçues et lieu d'habitation

Question 20	Non réponse	Oui	Non	TOTAL
Lieu d'habitation				
Zone urbaine	2	54	24	80
Zone rurale	0	58	15	73
TOTAL	2	112	39	153

Tableau 11. Relation entre le degré d'information des patientes (colonnes) et leur lieu d'habitation (lignes)

Le lieu d'habitation n'influe donc pas sur l'information des patientes. En effet, qu'elles aient été informées ou non, la répartition des femmes en fonction du lieu d'habitation reste sensiblement égale.

2.3.8 Avis sur la brochure

2.3.8.1 Présentation de la brochure

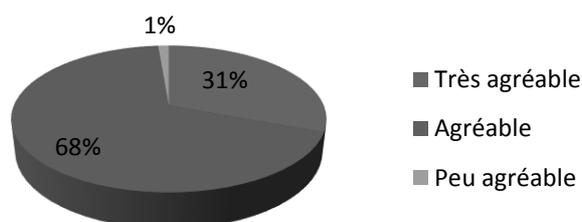


Figure 29. Avis des patientes sur la présentation de la brochure

La grande majorité des patientes, soit 99%, a trouvé la présentation de la brochure agréable voire très agréable, et seulement 1% l'a trouvée peu agréable. 57 patientes, soit environ 37%, ont fait des remarques concernant la présentation.

Catégorie	Sous-catégorie	Remarques		Nombre
		Positif	Négatif	
FOND	Positif	Pas trop de texte / court et concis / informations essentielles		8
		« Vrai ou Faux » attractif et ludique		6
		Texte bien expliqué		5
		Tableau comparatif intéressant		2
FOND	Négatif	Trop de texte / d'informations (1)		11
		Manque certaines informations		2
		Autres (2)		2
COULEURS	Positif	Bonne quantité de couleurs		5
	Négatif	Mettrait plus de couleurs en général		11
		Changerait la couleur de fond		4
		Mettrait plus de couleurs sur la 1 ^e page		1
IMAGES	Positif	Images intéressantes (BD et photo en 1 ^e page)		4
		Pas trop d'images (focalise sur la lecture)		1
	Négatif	Mettrait plus de photos		7
		Photo en 1 ^e page pas assez grande		1
		Photo en 1 ^e page choquante / gênante		1
POLICE	Positif	Ce qui est important attire l'œil (caractères gras)		2
	Négatif	Changerait la police de la 1 ^e page		1

MISE EN PAGE	Positif	Agréable / facile à lire	3
		Parties bien distinctes	2
		Bien aéré	2
	Négatif	Décondenserait le texte (3)	4
Autre (4)		1	
PAPIER	Positif		0
	Négatif	Mettrait un papier de meilleure qualité	2

Tableau 12. Remarques des patientes sur la présentation de la brochure

- (1) Toutefois, sur les 11 personnes qui ont fait cette remarque, 2 ont mentionné que même si la quantité de texte paraît rebutante, cela devient intéressant à la lecture et que ce sont des informations essentielles.
- (2) Dans le « Vrai ou Faux », n'aurait pas mis les « Vrai » d'un côté et les « Faux » de l'autre : aurait mélangé les 2 ensemble pour éviter le côté « pour ou contre » le DIU.
Dans le tableau comparatif entre les 2 DIU, aurait précisé pour chaque DIU la nature de la modification entraînée sur l'épaisseur de la muqueuse utérine (aurait détaillé pour chaque type s'il diminue ou augmente l'épaisseur).
- (3) Soit en espaçant plus les lignes, soit en augmentant la taille du texte.
- (4) Dans le « Vrai ou Faux », aurait mis la proposition et la réponse « Vrai » ou « Faux » sur la même ligne.

2.3.8.2 Compréhension globale de la brochure

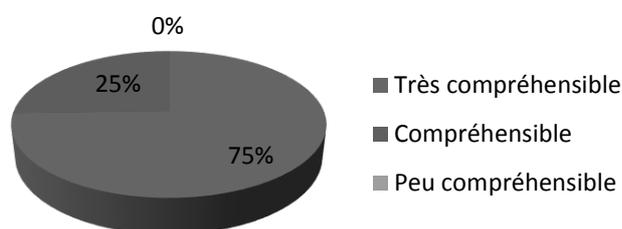


Figure 30. Avis des patientes sur la compréhension de la brochure

114 patientes soit 75% ont trouvé la brochure très compréhensible, 39 soit 25% l'ont trouvée compréhensible, et aucune n'a mentionné qu'elle était peu compréhensible. Parmi les 29 patientes qui ont commenté ce qu'elles n'avaient pas compris :

- **27 (soit 93%)** ont mentionné des termes médicaux
 - « Maladie de Wilson » : 7
 - « Endométriose » : 4
 - « *Chlamydiae trachomatis* » : 2
 - « Glaire cervicale » : 1
 - « Indice de Pearl » : 1
 - « Polypes » : 1
 - « Tumeurs » : 1
 - « Short » : 1

- « Migraines avec signes neurologiques » : 1
- « Oestro-progestatif » : 1
- « Nullipare » : 1

Certains termes médicaux étaient déjà expliqués dans la brochure (« indice de Pearl », « nullipare », « short »), ce qui peut supposer une lecture incomplète de la part de certaines patientes.

- **2 (soit 7%)** ont trouvé certaines tournures de phrase compliquées :
 - « *Les risques de GEU ne sont augmentés qu'en cas de grossesse sur stérilet.* »
 - « *Taux d'échec selon les problèmes divers d'utilisation* » : n'a pas compris la signification de « problèmes divers d'utilisation », ne savait pas si on voulait parler des effets indésirables ou des oublis, vomissements etc...

Sur la totalité des patientes interrogées, une dizaine n'a pas présenté d'intérêt conséquent à la lecture de la brochure. Parmi ces 11 patientes, on compte 3 chômeurs, 5 employées, 2 cadres et 1 élève. 2 ont le niveau du brevet des collèges, 4 possèdent un CAP/BEP, 4 ont le Bac et 1 a un niveau Bac +2. Il y a donc une corrélation entre l'intérêt porté à la lecture de la brochure et le niveau social puisque les patientes qui se sont montrées « ennuyées » de lire ont principalement un niveau égal ou inférieur au Bac.

2.3.8.3 Contenu de la brochure

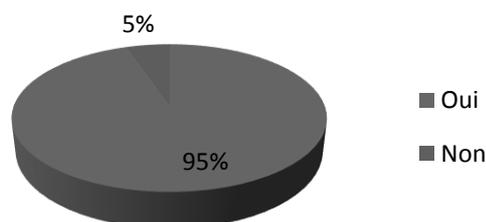


Figure 31. « Cette brochure vous a-t-elle appris des choses que vous ignoriez sur les stérilets ? »

Plus de 9 patientes sur 10 ont enrichi leurs connaissances sur les DIU grâce à la brochure. Le tableau ci-dessous résume ce que la brochure a pu apprendre aux patientes. Les pourcentages ont été calculés sur la base des 145 femmes qui ont répondu « Oui » à la question « Cette brochure vous a-t-elle appris des choses que vous ignoriez sur les stérilets ? ».

Qu'avez-vous appris ?	Nombre	Pourcentage
Le DIU au cuivre peut être utilisé comme contraceptif d'urgence	58	40%
Il existe 2 types de DIU	50	35%
Le DIU peut être posé chez la femme nullipare	46	32%
Différences entre les 2 types de DIU en général	28	19%
Le DIU n'est pas moins sûr que la pilule ou d'autres contraceptifs	23	16%
L'utilisation des AINS n'est pas contre indiquée avec le DIU	19	13%
Durée d'utilisation du DIU	18	12%
Un peu tout	18	12%
Le DIU est contre indiqué dans certains cas	17	11%
Toutes les idées reçues du « Vrai ou Faux »	14	10%
Le DIU peut être utilisé dès l'âge de 15 ans	11	8%
Le DIU est efficace à 99%	10	7%
Le DIU ne provoque pas plus d'infections	8	6%
Le DIU ne provoque pas plus de GEU	8	6%
Le DIU hormonal est actif dans certains problèmes gynécologiques	8	6%
Le DIU ne provoque pas de malformations du bébé en cas de grossesse	7	5%
Taille du DIU	6	4%
Le DIU est remboursé	5	3%
La pose du DIU peut se faire par un médecin généraliste formé	3	2%
Le DIU n'occasionne pas de douleurs chez le partenaire	2	1%
Le DIU ne protège pas des IST	2	1%
Les fils du DIU peuvent être raccourcis	2	1%
Utilisations générales du DIU hormonal	1	1%
Les 2 DIU n'ont pas la même efficacité	1	1%
Les fils du DIU peuvent dépasser de l'utérus	1	1%
Le DIU est efficace immédiatement après la pose	1	1%
On peut avoir des règles avec le DIU hormonal	1	1%
Le DIU ne rend pas stérile	1	1%

Tableau 13. Principales connaissances apportées par la lecture de la brochure

Nous pouvons dégager 3 grandes idées que les patientes ignoraient avant la lecture de la brochure, et qui ont largement été citées :

1. **Le DIU au cuivre peut être utilisé comme contraceptif d'urgence.** Les femmes ne connaissent que la « pilule du lendemain » la plupart du temps et ont été très étonnées de cette utilisation possible du DIU. Une patiente a précisé que « *ce n'est pas le mode de contraception d'urgence auquel on pense en premier, c'est quand même quelque chose auquel il faut réfléchir avant de le poser* ».

2. **Il existe 2 types de DIU : un DIU au cuivre, plutôt « naturel » et un DIU hormonal.** Beaucoup ne connaissent ni l'existence de l'un, ni l'existence de l'autre ; et certaines savaient juste qu'il existait un type de DIU mais pas l'autre. Parmi ces dernières :

- Pour les femmes ignorant l'existence du DIU au cuivre, on retrouve 2 profils différents :
 - Patiente de plus de 40 ans sous DIU hormonal depuis un bon moment et très satisfaite ;
 - Patiente de 25 à 50 ans sous pilule depuis sa jeunesse, a déjà essayé le DIU hormonal après avoir eu des enfants mais n'a pas été satisfaite donc a repris la pilule et n'a pas cherché à en savoir plus.
- Pour les femmes ignorant l'existence du DIU hormonal, on retrouve également plusieurs profils :
 - Jeune femme de moins de 20 ans qui ne connaît que le DIU au cuivre, mais qui pense ne pas y avoir droit car elle n'a pas encore eu d'enfants et parce que le médecin lui a dit qu'elle était trop jeune ;
 - Femme d'une trentaine d'années sous pilule depuis sa jeunesse, n'a jamais porté de DIU par manque d'information ;
 - Femme de plus de 40 ans sous pilule depuis sa jeunesse, soit n'ayant jamais porté de DIU (représentation du vieux DIU au cuivre de grande taille provenant de la génération précédente, rejet psychologique, expérience entourage), soit ayant déjà essayé le DIU au cuivre mais sans succès (règles abondantes, rejet/malaise dès la pose).

3. **Le DIU peut être posé chez les femmes n'ayant jamais eu d'enfants.** Ces résultats correspondent tout à fait à ceux retrouvés lors de l'étude FECOND de 2010 : 54% des femmes interrogées en 2010 considèrent que le DIU n'est pas recommandé chez les

nullipares (Moreau *et al*, 2014). Cela se répercute d'ailleurs en pratique puisque seulement 1% des femmes de moins de 25 ans y ont recours et 1,3% des nullipares (Moreau *et al*, 2013).

Ensuite, nous avons cherché à savoir quelles étaient, selon les patientes, les idées les plus importantes à dégager de la brochure. Nous les avons regroupées dans le tableau ci-dessous. Les pourcentages de ce tableau ont été calculés sur la base de 150 patientes. En effet, 3 personnes n'ont pas su dégager les idées qui leur paraissaient importantes et n'ont donc pas été prises en compte (lecture incomplète, réponse hors sujet et patiente convaincue de l'inefficacité du DIU).

Quelles sont les idées les plus intéressantes à dégager ?	Nombre	Pourcentage
Le DIU peut être gardé 3 à 10 ans	66	44%
Les différences entre les 2 DIU	65	43%
Le DIU peut être posé chez la femme nullipare	43	29%
Le DIU est efficace à 99%	37	25%
Les idées reçues du « Vrai ou Faux »	35	23%
Il existe 2 types de DIU	35	23%
Il existe certaines contre-indications au DIU	34	22%
Le DIU n'est pas moins sûr que la pilule	25	17%
Le DIU est bien remboursé	20	13%
Le DIU au cuivre peut être utilisé comme contraceptif d'urgence	18	12%
Qui pose et retire le DIU	17	11%
A quoi ressemble un DIU	9	6%
Le DIU ne donne pas plus d'infections	9	6%
Le DIU ne protège pas des IST	7	5%
Qui délivre le DIU	6	4%
Le DIU ne donne pas plus de GEU	5	3%
Le DIU est efficace immédiatement après la pose	3	2%
Le DIU ne contre indique pas la prise d'anti-inflammatoires	3	2%
Le DIU peut être utilisé dès l'âge de 15 ans	2	1%
Quand peut-on poser un DIU	2	1%
Le DIU ne rend pas stérile	1	0,7%

Le DIU n'entraîne pas de malformations du bébé	1	0,7%
Le DIU n'entraîne pas de douleurs chez le partenaire	1	0,7%
Il existe des modèles de DIU plus petits pour les jeunes femmes	1	0,7%
Les fils du DIU peuvent être raccourcis	1	0,7%
Bande dessinée	1	0,7%

Tableau 14. Idées sur les DIU à retenir selon les patientes

Les 3 idées les plus intéressantes et importantes à savoir selon les patientes sont :

1. **Le DIU est une contraception long terme**, pouvant être gardé 3 à 10 ans selon les modèles. Les patientes retiennent surtout la notion de « tranquillité », le côté pratique du DIU.
2. **Les différences entre les 2 DIU en termes de règles** : l'un, au cuivre, donne des règles plus abondantes; alors que l'autre, imprégné d'hormones, n'entraîne que peu ou pas du tout de règles.
3. **Le DIU peut être posé chez les femmes n'ayant jamais eu d'enfants** : cette idée semble être importante pour les patientes puisqu'on la retrouve à la fois comme notion qu'elles ignoraient et comme notion intéressante à dégager de la brochure.

Il est à noter que 13% des patientes ont trouvé important de savoir que le DIU est remboursé à 65% par la sécurité sociale. En effet, d'autres méthodes contraceptives comme les pilules de 3^e génération et les préservatifs ne sont pas du tout remboursées, et représentent parfois un frein à une bonne couverture contraceptive. La prise en charge du DIU en fait donc un moyen de contraception facile d'accès.

2.3.8.4 Influence du contenu de la brochure

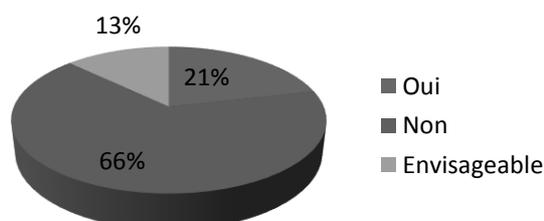


Figure 32. « Cette brochure a-t-elle changé votre avis sur le moyen de contraception idéal ? »

Sur 153 personnes, 13 ont été classées comme « Hors catégorie » car elles avaient mentionné être déjà convaincues par le DIU. Les pourcentages ont donc été calculés sur la base de 140 patientes. 2 femmes sur 3 ont affirmé avec certitude que la brochure n'a pas changé leur avis sur le moyen de contraception idéal. Dans le tiers restant, la majorité a déclaré avoir modifié sa vision du contraceptif idéal après la lecture de la brochure, et les autres femmes pensent qu'elles pourraient éventuellement envisager le DIU, mais sous certaines conditions.

Nous avons classé les différentes explications des réponses des patientes : toutes celles qui avaient répondu « Envisageable » ont fait un commentaire. Le calcul des pourcentages dans cette catégorie a été fait sur la base des 18 patientes ayant donné cette réponse. Dans les réponses « Non », seules 24 patientes ont expliqué leur choix.

		Nombre	Pourcentage (sur 18 femmes)
Réponses « Envisageable »	Si devait changer de contraceptif	14	78%
	Projet de grossesse actuellement mais pourquoi pas plus tard	3	17%
	Quand elle sera prête (phobie du corps étranger)	1	5%
		Nombre	Pourcentage (sur 24 femmes)
Réponses « Non »	Indifférence (brochure intéressante mais cela n'a rien changé pour elle)	10	42%
	Reste sur ses convictions (autre contraception plus fiable, attendra d'avoir des enfants...)	5	21%
	Pas pour elle mais transmettra les informations à son entourage	3	12,5%
	N'a jamais essayé mais phobie du corps étranger	3	12,5%
	Avait déjà des connaissances	2	8%
	Mauvaise expérience (a déjà essayé mais cela n'a pas fonctionné)	1	4%

Tableau 15. Remarques sur la question « La brochure a-t-elle changé votre avis sur le moyen de contraception idéal ? »

Parmi les femmes ayant affirmé que la brochure avait modifié leur opinion du contraceptif idéal, voici les quelques remarques qui ont été relevées :

« J'en parlerai la prochaine fois avec mon médecin. »

« Je savais que la pilule n'était pas le contraceptif idéal. »

« Ma gynéco ne voulait pas me mettre de stérilet car il était selon elle déconseillé à mon âge. »

« Je suis convaincue ! »

« Cela amène vraiment à discuter, à se pencher sur la question du stérilet. »

« Je voudrais bien un stérilet mais le gynéco n'était pas trop pour car il pense que je suis trop jeune. »

« Le stérilet hormonal a attiré mon attention. »

« J'étais déjà partie sur le stérilet mais cela m'encourage à insister auprès de mon gynéco pour en avoir un, ou bien à changer de gynécologue si lui ne veut toujours pas m'en poser. »

« J'ai appris beaucoup. »

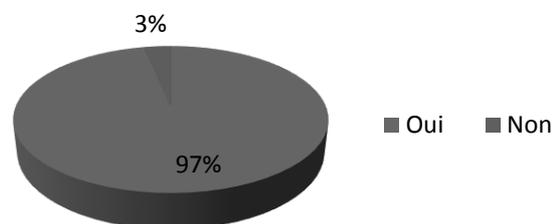


Figure 33. « Pensez-vous que cette brochure pourrait permettre un meilleur accès au stérilet si elle était distribuée en pharmacie ? »

A l'issue de ce questionnaire, on observe que la très grande majorité des patientes est favorable à la distribution de la brochure en pharmacie.

31% des patientes qui ont répondu « Oui » (soit 48) ont commenté leur réponse, en indiquant notamment quels aspects de la brochure peuvent être bénéfiques, ainsi que dans quels cas et pour quels types de patientes il serait plus judicieux d'utiliser la brochure. Les 5 personnes ayant répondu « Non » ont également détaillé leur point de vue. Voici les différentes suggestions :

Bien pourquoi ?	Nombre
Car pas assez d'informations sur le DIU, notamment par rapport à d'autres contraceptifs	18
Car beaucoup de fausses croyances chez les patientes, mais aussi chez les médecins	12
Certains médecins ne sont pas toujours à l'écoute	3
Le pharmacien est aussi voire plus important que le médecin	2
Peut aussi s'adresser aux hommes	1
Oui mais...	Nombre
Plutôt chez les jeunes femmes	11
Plutôt chez les femmes plus âgées	2
A distribuer aussi dans d'autres structures	7
Pas chez les personnes qui demandent déjà des informations au médecin, que chez les patientes qui se posent des questions et ne vont pas forcément chercher l'information	3
Les informations doivent être complétées par un autre professionnel de santé	1
Il faut accompagner la délivrance de conseils, ne pas distribuer la brochure à n'importe quelle patiente	1
Non pourquoi ?	Nombre
Pense qu'il y a besoin d'une personne compétente pour expliquer et rassurer, que c'est plutôt le rôle du médecin	2
Serait plus bénéfique dans d'autres structures	2
Ne pense pas que ça influence le choix des gens	1

Tableau 16. Remarques sur la question « Pensez-vous que cette brochure pourrait permettre un meilleur accès au stérilet si elle était distribuée en pharmacie ? »

Globalement, les patientes ont trouvé la brochure intéressante car selon elles, il n'y a pas assez d'informations sur le DIU par rapport aux autres contraceptifs comme la pilule ou le préservatif :

« Beaucoup de femmes ont peur du DIU car il y a un manque d'informations. »

« On n'en parle pas assez contrairement à la pilule ou au préservatif. »

« Il y aurait peut-être moins d'avortements à cause de la pilule. »

« On part toujours sur la pilule tout de suite. »

« Il y a encore beaucoup à faire sur les contraceptifs en général. »

« Le DIU peut être une bonne alternative à la pilule qui peut parfois être contraignante. »

« On ne nous dit pas tout même quand on nous informe. »

Les patientes pensent que beaucoup de femmes sont mal informées à cause des nombreuses fausses idées sur les DIU, véhiculées par leur entourage mais aussi par certains médecins :

« Beaucoup de fausses idées, j'en suis l'exemple : ma gynéco m'a refusé le stérilet car je n'avais pas d'enfant (c'était une vieille gynécologue). »

« Il faut retirer chez les gens l'idée du vieux stérilet au cuivre qui donne des douleurs et des règles très abondantes. »

« J'aurai bien aimé avoir cette brochure avant : mon médecin a refusé de me poser un stérilet car je n'avais pas d'enfant à l'époque. »

« Je pensais que le stérilet au cuivre était trop ancien et qu'on ne le mettait plus. »

« Il y a trop d'idées reçues sur le stérilet, et beaucoup de gens se freinent à cause de ça. »

« Certaines personnes ont des idées bien arrêtées, et si on ne leur donne pas des informations validées, elles ne cherchent pas plus loin et restent sur leurs positions. »

« Ma sœur a essayé beaucoup de pilules qui ne lui convenaient pas mais le médecin n'était pas trop pour le stérilet. »

Alors que la majorité des participantes à cette étude disent avoir déjà été informées sur les DIU, il est évident lorsque l'on s'intéresse aux commentaires ci-dessus, que l'information délivrée est la plupart du temps incomplète ou erronée.

Selon certaines femmes, le pharmacien a un rôle aussi important que le médecin, qui n'a pas toujours le temps, lors des consultations, d'évoquer les différents moyens de contraception.

« Les médecins ont tendance à partir tout de suite sur la pilule. »

« Les gens parlent plus facilement au pharmacien qui est plus à l'écoute que le médecin. »

« J'avais demandé à ma gynéco de me poser un DIU au cuivre et elle m'a répondu « Pourquoi pas le DIU hormonal ? », les médecins ne sont pas toujours à l'écoute. »

« Distribuer la brochure en pharmacie pourrait être intéressant car des personnes de tout âge y vont. »

D'autres patientes pensent que l'utilisation de cette brochure peut être intéressante, mais nécessite malgré tout une validation par un professionnel de santé autre.

« Cela mérite plus d'informations de la part d'un professionnel de santé. Certains termes techniques sur le mode d'action etc peuvent être partiellement compris. »

Une dizaine de patientes pensent que la brochure s'adresse plutôt aux jeunes femmes, notamment celles qui oublient souvent leur pilule.

« C'est bien pour les jeunes car elles ne connaissent que la pilule. »

« Pourquoi pas chez les jeunes femmes car elles ne savent peut-être pas que le stérilet existe. »

« Pourquoi pas chez les jeunes car elles ont moins d'expérience et donc moins de comparaisons possibles que les femmes plus âgées qui peuvent mieux imaginer les avantages ou les inconvénients du stérilet. »

« Le DIU fait peur chez les jeunes femmes donc ça serait bénéfique pour elles. J'ai justement une amie qui oublie souvent sa pilule et ne sait pas quoi faire. »

« Permettrait d'accompagner les jeunes, de les inciter à parler du stérilet avec leur médecin. »

« C'est une très bonne initiative, surtout pour les jeunes filles qui oublient leur pilule. »

D'autres estiment que ces informations sont plutôt destinées aux femmes d'un certain âge, notamment pour qu'elles relayent l'information à leurs enfants.

« Chez les jeunes non car l'idée de corps étranger les dérange, mais plutôt chez les femmes avant la ménopause. »

« Je n'ai pas forcément expliqué tous les moyens de contraception à ma fille. »

Il faut cibler les cas et réserver la distribution de la brochure à des contextes bien particuliers.

« C'est bien si on accompagne la personne (jeunes femmes venant pour la pilule du lendemain par exemple), il ne faut pas distribuer la brochure juste comme ça. »

« Surtout pour les femmes qui se posent des questions. »

« Il ne faut pas la distribuer aux gens qui sont déjà informés et qui posent déjà des questions directement à leur médecin. »

« C'est bien pour celles qui ont un mauvais suivi, qui ne vont pas voir le gynécologue. »

Concernant le lieu, certaines patientes pensent qu'il serait également bénéfique de distribuer la brochure dans d'autres structures telles que les plannings familiaux, les collèges, les lycées, ou encore les centres d'information jeunesse. D'autres, plus minoritaires, pensent que la pharmacie n'est pas un lieu adapté et que la brochure serait plus utile dans les cabinets médicaux ou dans les lycées/collèges. Une patiente a d'ailleurs précisé : *« plutôt dans les*

cabinets médicaux mais pas en pharmacie car souvent, c'est la mère qui va chercher la pilule et l'enfant reste dans la voiture ».

Parmi les 5 patientes ayant répondu « non », 2 pensent que c'est plutôt le rôle du médecin d'informer les patientes, et une pense que la brochure n'influencerait pas le choix des gens.

A la fin de l'entretien, 75% des patientes (soit 115) ont pris la brochure, que ce soit pour elles ou pour leur entourage. Nous avons analysé différents facteurs qui auraient pu influencer les patientes dans leur choix de conserver la brochure ou non.

Question 33	Oui	Non	TOTAL
Catégorie socio-professionnelle			
Commerçant, artisan, chef d'entreprise	2	3	5
Cadre et profession intellectuelle supérieure	9	3	12
Profession intermédiaire	21	3	24
Employé	38	20	58
Ouvrier	3	1	4
Chômeur	12	1	13
Elève, étudiant	28	5	33
Inactif	2	2	4
TOTAL	115	38	153

Tableau 17. Relation entre la catégorie socioprofessionnelle (lignes) et le taux de conservation de la brochure (colonnes)

Question 33	Oui	Non	TOTAL
Niveau d'étude			
Sans diplôme	2	2	4
Brevet des collèges	20	3	23
CAP/BEP (autres diplômes techniques)	18	4	22
Bac (général, pro et technologique)	26	12	38
Bac +2 (BTS ou autre)	16	9	25
Bac +3/4 (Licence, maîtrise)	16	3	19
Bac +5/6 (Master, écoles d'ingé, écoles d'arts...)	17	4	21
Bac +7 etc (Doctorat, post-Doc, thèse)	0	1	1
TOTAL	115	38	153

Tableau 18. Relation entre le niveau d'étude (lignes) et le taux de conservation de la brochure (colonnes)

Ces 2 tableaux permettent de se rendre compte que quel que soit le niveau d'étude ou la catégorie socioprofessionnelle, il y a toujours plus de patientes qui repartent avec la brochure

à la fin de l'entretien. La seule exception concerne les personnes sans diplôme ou inactives : dans ces catégories, la répartition est égale entre les patientes gardant la brochure et celles qui repartent sans.

Question 33	Oui	Non	TOTAL
Question 29			
Oui	26	3	29
Non	46	22	68
Envisageable	43	13	56
TOTAL	115	38	153

Tableau 19. Relation entre l'influence de la brochure sur la vision du contraceptif idéal (lignes) et le taux de conservation de la brochure (colonnes)

Globalement, les personnes ayant répondu « Oui » à la question « La brochure a-t-elle changé votre avis sur le moyen de contraception idéal ? » ont toutes gardé la brochure à la fin de l'entretien. Aussi, parmi celles pour lesquelles la brochure n'a eu qu'une influence partielle ou aucune influence, la majorité l'ont conservée. On voit donc ici que même dans les cas où la brochure n'est pas influente, les patientes trouvent malgré tout intéressant de la conserver, probablement pour la transmettre à leur entourage pour les unes, ou peut-être pour la relire plus attentivement pour les autres.

Question 33	Oui	Non	TOTAL
Question 26			
Oui	109	36	145
Non	6	2	8
TOTAL	115	38	153

Tableau 20. Relation entre les connaissances acquises (lignes) et le taux de conservation de la brochure (colonnes)

Ici encore, le taux de conservation de la brochure ne dépend pas de l'ensemble des connaissances transmises. En effet, même les personnes ayant indiqué n'avoir rien appris avec la brochure l'ont malgré tout gardée à la fin de l'entretien.

Cette comparaison des différents facteurs influençant la conservation de la brochure met en évidence un intérêt certain des patientes pour celle-ci, quels que soient le bénéfice ressenti (connaissances transmises, influence sur l'avis des femmes) et les différences sociales.

2.4 Conclusion et discussion

2.4.1 Résultats de l'étude

A l'issue de cette étude, nous pouvons constater plusieurs choses :

1. L'information délivrée sur les DIU à l'heure actuelle n'est que très peu ou mal développée, si l'on compare à d'autres contraceptifs tels que la pilule ou encore le préservatif masculin qui sont pourtant responsables, nous l'avons vu, d'un nombre important d'IVG en France.
2. 1 patiente sur 4 n'avait jamais opté pour le DIU car elle pensait qu'il fallait déjà avoir eu des enfants, 1 patiente sur 3 par manque d'information, et presque la moitié des femmes interrogées pensaient que le DIU était moins fiable qu'une autre contraception.
3. Par contre, lorsque les femmes optaient pour le DIU, elles en étaient globalement très satisfaites.

Le but de cette étude était de voir si, par l'intermédiaire de la brochure, le pharmacien pouvait jouer un rôle dans la diffusion des bonnes informations sur les DIU et permettre un meilleur accès à ce mode de contraception. Pour les patientes, la réponse est oui. En effet, à la lecture de la brochure, 13% des femmes ont pensé changer leur contraception pour un DIU, et une sur cinq a modifié sa vision de la contraception. Selon les patientes, il y a trop d'idées reçues sur les DIU, et le rôle du pharmacien est ici aussi important que celui du médecin. Toutefois, l'utilisation de la brochure doit être « raisonnée » et, nous le verrons plus bas, adaptée à différentes situations que le pharmacien peut rencontrer à l'officine.

2.4.2 Biais de sélection de l'étude

Cette étude comporte, comme nous avons pu le voir précédemment, certains biais de sélection :

- Les résultats concernant les IVG diffèrent des autres études notamment du fait du niveau socio-économique moyen voire élevé de la population répondante. De plus, pour des questions épineuses comme celle-ci, le lieu que représente la pharmacie ne permettait peut-être pas à une population jeune d'énoncer l'acte d'IVG.
- Les lieux de déroulement de l'étude sont restreints : il aurait été intéressant d'étendre l'étude à d'autres typologies d'officines :
 - Officines en zones rurales / Officines de bourg

- Officines en zones urbaines « sensibles » / de quartiers HLM
 - Officines de passage
 - Officines en zone touristique
- La population répondante n'est pas représentative de la population générale puisqu'on y retrouve une majorité de patientes exerçant la fonction d'employée, et possédant un niveau égal ou supérieur au Bac.

2.4.3 Modifications possibles de la brochure

Selon les patientes, cette brochure peut être un outil très intéressant pour le pharmacien, mais il y aurait certaines modifications à lui apporter pour qu'elle soit encore plus accessible.

2.4.3.1 Concernant la forme

En première page :

- Augmenter la taille de l'image, mais supprimer le fond noir qui la met trop en valeur et peut parfois choquer, ou bien mettre une autre image.
- Changer la police.

A l'intérieur de la brochure :

- Rajouter plus d'images,
- Décondenser le texte, soit en présentant un format plus grand, soit en espaçant plus les lignes,
- Proposer une brochure avec plus de couleurs en général, mettre une couleur de fond plus vive,
- Mettre la petite bande dessinée plus en évidence, dans le milieu du document : les patientes ne l'ont pas toujours remarquée lors des entretiens,
- Garder les caractères gras pour ce qui est important,
- Opter pour un papier glacé, plus résistant et de meilleure qualité.

2.4.3.2 Concernant le fond

- Alléger un peu le contenu de la brochure : certains points comme les contre-indications du DIU peuvent être raccourcis (il n'est peut-être pas nécessaire de toutes les détailler, seulement les plus importantes) ;
- Garder le tableau comparatif mais préciser pour chaque DIU dans quel sens se produit la modification de l'épaississement de la muqueuse utérine, et séparer d'un côté le mode d'action et de l'autre les effets sur les règles ;
- Garder le « Vrai ou Faux » qui est attractif et ludique, mais mélanger les affirmations vraies et fausses pour ne pas donner un côté « Pour ou Contre » le DIU ;
- Remplacer certains termes médicaux par des explications plus simples. Par exemple :
 - « DIU de petite taille » pour « short »
 - « Femme n'ayant jamais eu d'enfant » pour « nullipare »D'autres termes comme « endométriose » ou « glaire cervicale » ne peuvent être enlevés mais peuvent être expliqués à l'oral ;
- Rajouter dans chaque partie des petites « bulles » à l'intérieur desquelles on mettrait en valeur les points que les patientes ont trouvé importants, notamment :
 - Le DIU est une contraception long terme
 - Les différences entre les 2 DIU en termes de règles
 - Le DIU peut être posé chez les femmes n'ayant jamais eu d'enfants ;
- Proposer d'autres supports d'information sur la brochure :
 - **Le site « Choisir sa contraception »** : élaboré par l'INPES, il répertorie et détaille tous les moyens de contraception existants. <http://www.choisirsacontraception.fr>
 - **L'application Facebook « Un amour de stérilet »** : lancée par le laboratoire Bayer Healthcare, c'est un outil ludique avec une petite bande dessinée, un jeu et un quizz permettant d'informer et de répondre aux questions que se posent les femmes sur le DIU. <http://www.facebook.com/unamourdesterilet>

- **Les ressources de Martin Winckler** : médecin généraliste de formation, il a également écrit beaucoup de romans et textes scientifiques sur le domaine de la contraception. Il a notamment assuré l'essentiel de la rédaction initiale du site « Choisir sa contraception », mentionné précédemment.
 - Le livre « Contraceptions mode d'emploi » (3^e édition, J'ai Lu, 2007) : il reprend le mode d'emploi du DIU ainsi que toutes les idées reçues existant sur ce mode de contraception.
 - Le site « Martin Winckler's webzine » : il répond à des questions fréquentes sur le DIU, posées par des internautes.
<http://www.martinwinckler.com>

Les modifications de la brochure doivent également tenir compte du type d'officine dans laquelle elle va être distribuée. Il faut qu'elle puisse être accessible à des personnes de tout niveau social. Or, dans notre étude, nous avons surtout interrogé des personnes de niveau d'étude moyen ou élevé et ayant le Bac ; il serait donc intéressant de repenser la brochure pour qu'elle puisse convenir également aux patientes en situation plus difficile (personnes étrangères et/ou ayant un niveau de lecture peu élevé).

Un nouveau modèle de brochure est donc proposé en annexe 4.

2.4.4 Cibler la population

Comme nous l'avons vu précédemment, cette brochure n'est pas destinée à être distribuée de manière systématique à toutes les patientes de la pharmacie : elle sera plus efficace et utile si on tient compte du contexte et de la demande. La brochure peut s'avérer intéressante dans les cas où :

- La patiente demande spontanément des informations sur le DIU à la pharmacie,
- La patiente confie ne pas être satisfaite de sa contraception actuelle, mais ne sait pas vers quoi ni vers qui se tourner,
- La patiente est en situation à risque avec sa contraception actuelle,
- La patiente aimerait un DIU mais pense qu'elle n'y a pas accès car on lui a transmis de fausses informations,
- La patiente a besoin d'une contraception d'urgence mais a déjà eu des problèmes avec la pilule du lendemain.

Par contre, la brochure s'adresse aux femmes de tous âges : elle peut être utile aussi bien aux jeunes filles (notamment dans les cas d'oublis fréquents de pilule), qu'aux femmes plus âgées (désir de ne plus avoir de règles, ou de ne plus prendre d'hormones). Toute femme doit pouvoir avoir accès au DIU (en l'absence de contre-indications).

Dans cette étude, nous avons vu que les patientes affirmant ne pas avoir reçu d'informations sur les DIU avaient majoritairement un niveau inférieur ou égal au Bac. Or, une analyse récente de l'INED a montré que du fait de la crise économique en France, ces catégories précaires ont une couverture contraceptive moins efficace aujourd'hui en raison d'un moindre recours à la pilule et d'une plus grande utilisation de méthodes dites naturelles (INED, 2014). Il est donc important pour le pharmacien d'être particulièrement attentif à cette catégorie de patientes.

3 Partie 3 : Le rôle du pharmacien

3.1 La proximité avec le patient

Selon le Comité d'Education Sanitaire et sociale de la Pharmacie Française (CESPHARM), les pharmaciens disposent de nombreux atouts pour intervenir dans l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique du patient :

- Leur proximité géographique (23000 pharmacies sur l'ensemble du territoire) ;
- Leur accessibilité et leur disponibilité sur de longues plages horaires ;
- Leurs contacts fréquents avec le public : 4 millions de personnes franchissent chaque jour les portes des officines ;
- Leur connaissance globale du patient (contexte familial et socioprofessionnel, contact avec l'entourage, historique médicamenteux, ...) ;
- Une relation de confiance instaurée avec le patient ;
- Leur crédibilité auprès du public en tant que professionnel de santé ;
- Leur formation à la fois scientifique et professionnelle. (CESPHARM, 2015).

Une enquête réalisée en Novembre 2009 par la société Vision Critical pour l'Ordre national des Pharmaciens a analysé « l'Image et l'attachement des Français à la profession de pharmacien ». Selon cette enquête, le pharmacien est le second professionnel de santé avec qui les Français sont le plus souvent en contact, juste derrière le médecin généraliste. 96% des Français pensent que le pharmacien est un professionnel de santé indispensable. Globalement, les Français trouvent le pharmacien aussi accessible que le médecin généraliste lorsqu'il s'agit d'un conseil en matière de santé. Pourtant, selon une étude de l'INPES sur les Français et la contraception, le pharmacien n'est pas la première personne à qui s'adressent les patients en matière de contraception.

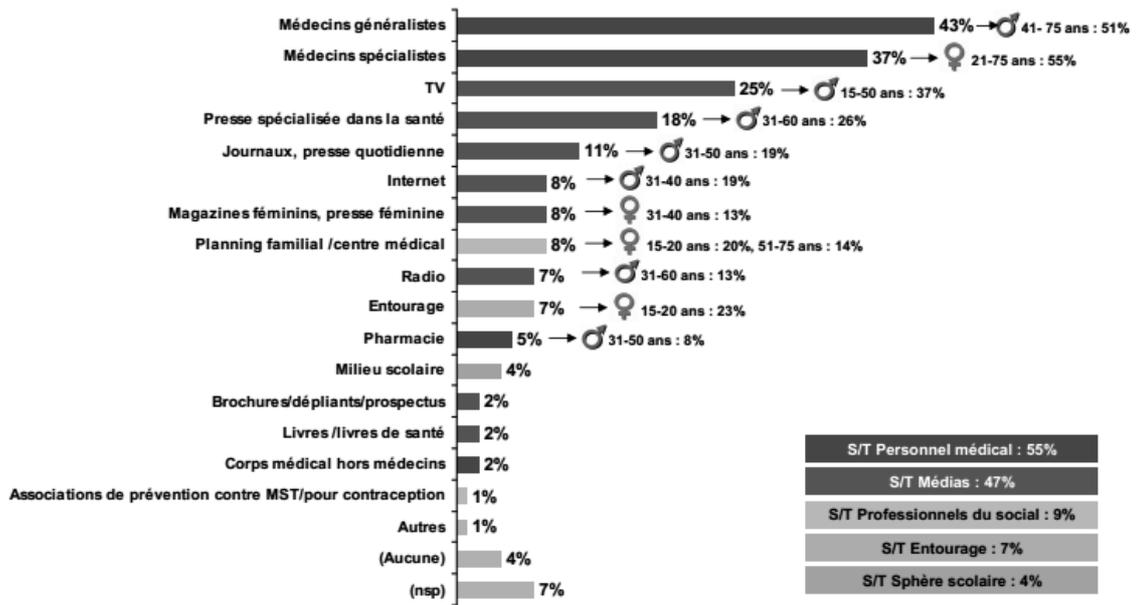


Figure 34. « En quelles sources d'informations ou quels médias avez-vous le plus confiance pour obtenir des informations sur la contraception ? »

Source : INPES (2007)

Sur ce graphique, on constate que les Français auraient plus confiance en leur entourage ou en Internet et les médias en général qu'en leur pharmacien.

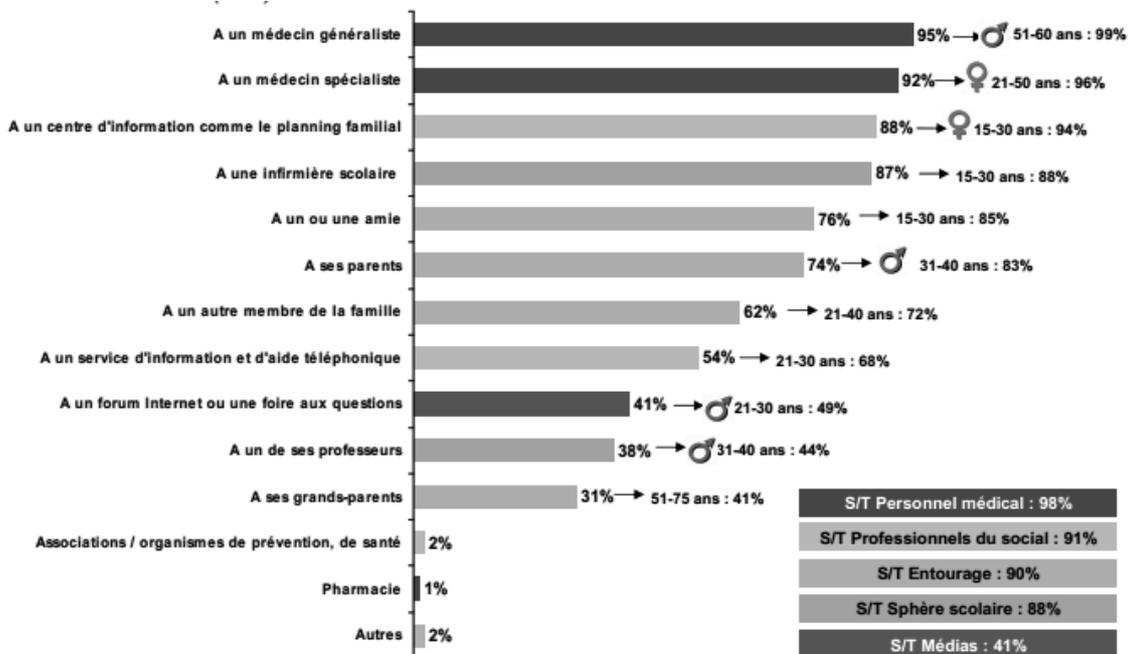


Figure 35. « Selon vous, à qui devrait s'adresser une personne qui aurait besoin d'un conseil ou d'une aide sur le sujet de la contraception ? »

Source : INPES (2007)

Seulement 1% de la population interrogée pense qu'il faudrait s'adresser au pharmacien pour un conseil ou une aide sur la contraception, alors que pour les autres professionnels de santé, l'entourage et les médias, on dépasse les 90%.

Le pharmacien n'est donc pas considéré comme un professionnel de santé référent en matière de contraception, alors que visiblement les Français sont très attachés à leur pharmacien. Toutefois, en pratique, il n'est en fait pas rare de voir des patientes poser des questions au pharmacien en matière de contraception.

Le fait que les patients fassent plus confiance à leur entourage qu'à leur pharmacien en termes de contraception a souvent pour conséquence la transmission des mauvaises informations et de nombreuses idées reçues : c'est notamment le cas à propos des DIU, et cela a bien été démontré au cours de notre étude. C'est pourquoi il est important que le rôle du pharmacien soit revalorisé.

3.2 Le contexte de crise économique actuel

L'avance du prix d'une consultation médicale peut poser problème, notamment pour les jeunes femmes qui souhaitent que leur pratique contraceptive soit confidentielle. Des mesures ont donc été prises par l'Assurance Maladie pour faciliter l'accès à la contraception des jeunes filles mineures âgées d'au moins 15 ans :

- Le tiers payant sur la part des dépenses prises en charge par l'Assurance Maladie (part obligatoire) pour les consultations (médecin et sage-femme) et les examens biologiques nécessaires à la contraception, et pour les actes donnant lieu à la pose, le changement ou le retrait d'un contraceptif (notamment la pose d'un DIU). Par exemple, lors d'une consultation chez le médecin généraliste, dès lors que la jeune fille présente un justificatif d'affiliation à l'Assurance Maladie à jour, elle n'aura à avancer que 6,90€ sur 23€ : cela correspond à la part remboursée par l'organisme complémentaire (30%).
- Le secret de la délivrance et de la prise en charge des contraceptifs : la jeune fille n'aura pas à obtenir le consentement de ses parents pour consulter et obtenir une contraception et le secret médical doit être gardé. En effet, si la jeune fille demande au pharmacien de garder la confidentialité, une procédure de facturation particulière sera mise en place pour ne pas faire apparaître la mention de la délivrance du contraceptif sur les relevés de remboursement.

- La délivrance sans avance de frais des contraceptifs remboursables, en pharmacie, sur présentation d'une prescription médicale (Ameli, 2015).

Toutefois, les jeunes filles non assurées sociales ou assurées sociales souhaitant bénéficier d'une consultation médicale totalement gratuite devront toujours se rendre dans un centre de planification et d'éducation familiale.

Cette loi est encore très peu connue des jeunes filles (et même des professionnels de santé) : il est donc du devoir du pharmacien de les informer sur le caractère gratuit et, si elles le souhaitent, anonyme, de la délivrance des contraceptifs remboursés à la pharmacie, notamment le DIU.

Selon une étude récente de l'INED, les effets de la crise économique sur les pratiques contraceptives, déjà notables entre 2000 et 2010 pour les 20-24 ans, semblent désormais concerner l'ensemble de la population. De ce fait, les catégories sociales les plus précaires sont aujourd'hui moins bien couvertes en matière de contraception, du fait du coût non négligeable de certaines méthodes, comme les préservatifs, l'anneau, le patch, mais aussi toutes les pilules de 3^e et 4^e génération qui ne sont plus remboursées (INED, 2014). Les pilules progestatives sont toutes prises en charge par la sécurité sociale, excepté Cerazette®, toujours non remboursée, contrairement à la majorité de ses spécialités génériques (Desopop®, Optimizette®, Antigone®, Desogestrel® Mylan et Biogaran...) qui sont maintenant prises en charge à 65%. Les DIU, quant à eux, sont totalement remboursés.

La prise en charge et la facilité de l'accès au pharmacien sont donc, dans le contexte de crise économique actuel, des éléments à ne pas négliger. Aussi, comme tout professionnel de santé, le pharmacien est soumis au devoir de respect du secret professionnel, ce qui représente un point important, notamment concernant l'information des jeunes femmes sur les DIU. Enfin, il est également essentiel d'insister auprès des patientes sur le remboursement du DIU : contrairement à d'autres moyens de contraception, il reste facilement accessible, même pour les catégories sociales les plus précaires.

L'enjeu de la gratuité de l'accès aux méthodes de contraception, un des freins de l'accès aux méthodes les plus efficaces telles que le DIU, est donc plus que jamais d'actualité (INED, 2014).

3.3 Un accès médical parfois difficile

L'accès aux médecins en France est un facteur important à prendre en compte. En effet, alors que le nombre de médecins (généralistes et spécialistes confondus) dans le pays reste stable, les inégalités au niveau départemental sont plus inquiétantes. Un « désert médical » désigne un territoire où le nombre de médecins est insuffisant pour répondre aux besoins de la population. Avec 129 médecins généralistes pour 100 000 habitants et 3,3 spécialistes en gynécologie médicale pour 100 000 femmes, la Seine Maritime se place comme un département à densité médicale moyenne dans ces spécialités. C'est l'un des départements le moins touché par les déserts médicaux, contrairement par exemple à l'Eure, qui quelle que soit la spécialité concernée, possède une densité médicale faible. Toutefois, si l'on s'intéresse à l'évolution de la densité de médecins en activité régulière depuis 2008 en Seine Maritime, le nombre de médecins généralistes a chuté de 9,4% et le nombre de spécialistes en gynécologie médicale de 46,3%. A Forges-les-Eaux par exemple, commune où a été effectuée une partie de l'étude, il y a seulement 6,4 médecins généralistes pour 10 000 habitants, taux qui a largement chuté de 38,5% de 2007 à 2013 (Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), 2015).

Aujourd'hui donc, l'accès aux médecins généralistes et spécialistes dans certains territoires devient de plus en plus compliqué. C'est pourquoi, particulièrement dans ces endroits, le pharmacien peut se placer comme un professionnel de santé plus accessible, et permettre aux patientes de pouvoir s'informer lorsqu'elles n'ont pas la possibilité de voir leur médecin ou leur gynécologue rapidement.

Toutefois, les informations contenues dans cette brochure ne remplacent pas un avis médical. En effet, le pharmacien doit se limiter à un rôle d'accompagnant et de conseil : en fonction du contexte, il informe sur le DIU ou le présente comme alternative en utilisant la brochure comme support, et oriente ensuite les patientes vers leur médecin traitant ou leur gynécologue.

3.4 Vers un assouplissement de la norme contraceptive ?

Selon le bulletin mensuel d'information de l'INED paru en Mai 2014, la France serait en train d'évoluer vers un nouveau modèle contraceptif depuis la crise de la pilule. En effet, on a déjà observé depuis environ 5 ans des modifications concernant la prescription du DIU. La réticence des médecins Français à ne pas proposer le DIU aux femmes jeunes ou sans enfants

semble pour la première fois avoir diminué, en partie grâce à une demande des femmes elles-mêmes. Entre 2010 et 2013, le recours au DIU est passé de 2 à 5% chez les femmes de 20-24 ans, et de 8 à 16% chez celles de 25-29 ans. Toutefois, on ne constate aucune évolution de l'usage du DIU chez les femmes de moins de 20 ans, ni chez celles de 20-24 ans sans enfant. Comme si les réticences des professionnels, et peut-être des femmes, restaient influencées par le risque supposé important d'infections sexuellement transmissibles à un âge où l'activité sexuelle est plus intense, et par l'anticipation d'une pose douloureuse chez les très jeunes femmes (Bajos *et al*, 2014). Pourtant, l'âge ou la parité ne sont pas des facteurs pouvant contre indiquer la pose d'un DIU (Berenson *et al*, 2013).

Une étude récente a montré que l'écart d'âge considérable dans l'utilisation du DIU en France, alors que très peu de jeunes femmes sont plus à risque de grossesse non désirée sous DIU, reflète un manque de connaissances partagé par les utilisatrices et les prescripteurs (Moreau *et al*, 2014).

Même si le DIU connaît actuellement une évolution conséquente en France, la nécessité d'informer les patientes sur les bienfaits et les risques du DIU reste inévitable. C'est donc plus que jamais le moment d'impliquer le pharmacien dans ce rôle d'information et de conseil.

3.5 Cas de comptoirs

Pour terminer cette étude, voici quelques situations déjà rencontrées à l'officine, et qui vont nous permettre d'évoquer concrètement la posture du pharmacien ainsi que la pertinence de l'utilisation de la brochure comme support écrit lors de son activité de conseil.

3.5.1 Conseils aux femmes sous contraceptif autre que le DIU

Cas de comptoir n°1

Jeune fille de 17 ans se présentant au comptoir sans ordonnance.

« Je voudrais la pilule du lendemain s'il vous plait. »

En discutant avec la patiente, le pharmacien apprend que celle-ci a eu un rapport avec son ami la veille au soir, et que le préservatif a craqué.

Le conseil du pharmacien : dans ce cas, il est d'abord primordial d'informer la patiente sur la nécessité d'avoir une contraception permanente. Le préservatif masculin est le seul moyen qui

protège des IST, mais utilisé seul, il peut ne pas être assez efficace. Ici, il peut être judicieux de mentionner l'utilisation du DIU au cuivre comme contraceptif d'urgence et donc alternative à la pilule du lendemain.

Le rôle du pharmacien n'est pas de promouvoir la pose du DIU, mais d'informer la patiente de l'existence de cet autre moyen de contraception d'urgence, qui pourrait devenir sa contraception à long terme et lui éviter des problèmes d'utilisation avec le préservatif. Le DIU au cuivre peut être posé dans les 5 jours suivant un rapport sexuel à risque, et il constitue la méthode de contraception d'urgence la plus efficace qui existe puisqu'il possède une efficacité systématique de 99%, contre 52 à 94% pour le lévonorgestrel, dont l'efficacité décroît en fonction du délai de prise après le rapport (OMS, 2012). Les risques d'infection, d'expulsion ou de perforation sont très faibles, mais ne sont pas à négliger, d'où la nécessité d'une consultation médicale. Il existe en effet certaines contre-indications à l'utilisation du DIU au cuivre comme méthode contraceptive continue : il faut donc les prendre en compte avant la pose du DIU comme contraceptif d'urgence.

Toutefois, une fois le DIU inséré, la patiente peut aussi choisir de passer à une autre méthode par la suite ; mais l'intérêt ici est surtout de lui présenter comme un futur moyen de contraception permanent hautement efficace.

Cas de comptoir n°2

Jeune fille de 19 ans se rendant à la pharmacie pour la 4^e fois en 6 mois, avec une nouvelle ordonnance de pilule.

« C'est la 4^e pilule que j'essaye. Tantôt ça me donne des migraines, tantôt ça me fait grossir... Je voulais un stérilet mais mon gynéco dit que je suis trop jeune et qu'il faut que j'attende d'avoir des enfants. »

Au travers de cet exemple, on remarque bien la persistance de fausses croyances à propos du DIU, même dans le corps médical.

Le conseil du pharmacien : Il faut ici rassurer la patiente en l'informant qu'elle peut tout à fait avoir un DIU à son âge, même si elle n'a jamais eu d'enfants. Tout en utilisant la brochure, le pharmacien peut lui expliquer qu'il existe aujourd'hui des DIU de petite taille pour les femmes n'ayant jamais eu d'enfant. Il lui présente alors les 2 types de DIU existants ainsi que leurs avantages et inconvénients. Enfin, le pharmacien peut inviter la jeune femme à trouver un

autre gynécologue, une sage-femme ou un médecin généraliste formé qui accepte de lui poser le DIU qui lui conviendrait le mieux, si bien sûr elle ne présente aucune contre-indication.

Cas de comptoir n°3

Femme de 21 ans, se présentant au comptoir pour son renouvellement de pilule.

En discutant avec la patiente, le pharmacien s'aperçoit que malgré le schéma de prise continue de sa pilule et le rappel programmé chaque jour sur son portable, elle oublie souvent de la prendre.

En 2007, 2 femmes sur 3 ayant eu une IVG utilisaient une méthode contraceptive qui n'avait pas fonctionné, en raison d'un oubli de pilule ou d'un accident de préservatif (Vilain, Mouquet, 2015). Les problèmes d'utilisation de certains contraceptifs représentent une proportion non négligeable des motifs d'IVG en France. Dans ces situations, les moyens de contraception long terme sont donc une alternative intéressante.

Le conseil du pharmacien : cette patiente n'est visiblement pas du tout observante dans la prise de sa pilule, ce qui l'expose d'autant plus au risque de grossesse. C'est pourquoi le pharmacien peut lui proposer le DIU comme alternative. Il lui explique que c'est un moyen de contraception très fiable, qu'elle pourra garder au minimum 3 ans, et qui lui évitera d'être constamment exposée au risque de grossesse puisqu'elle n'aura plus de comprimé à prendre tous les jours. A l'aide de la brochure comme support, le pharmacien lui présente les 2 types de DIU existants, leurs effets respectifs sur les règles, et la rassure en ce qui concerne les modalités de pose. La patiente pourra ainsi parler du DIU avec son médecin traitant ou son gynécologue.

Cas de comptoir n°4

Femme de 36 ans, se présentant au comptoir avec sa boîte de pilule oestro-progestative vide.

« J'aurai besoin d'un dépannage de pilule car j'ai pris le dernier comprimé hier et je n'en ai plus pour ce soir. Il faut encore que je retourne chez le médecin et en plus j'ai tout le temps les jambes gonflées, j'en ai vraiment marre ! »

Le pharmacien remarque un paquet de cigarettes dans le sac de la patiente.

Ici, le pharmacien doit tout de suite être alerté par les œdèmes des jambes décrits par la patiente, œdèmes qui augmentent le risque de phlébite. En effet, le risque de thrombose veineuse chez les femmes prenant la pilule est rare mais potentiellement grave. En comparaison aux femmes non utilisatrices de pilule, le sur-risque de thrombose veineuse dépend du type de COC utilisé.

Risque de survenue de thrombo-embolie veineuse par an	
Femmes en âge de prendre la pilule, qui n'utilisent pas de contraceptif hormonal combiné (CHC) et qui ne sont pas enceintes (risque de base)	Environ 2 pour 10 000 femmes
Femmes utilisant un CHC contenant du levonorgestrel, de la norethisterone ou du norgestimate	Environ 5-7 pour 10 000 femmes
Femmes utilisant un CHC contenant de l'étonogestrel ou de la norelgestromine	Environ 6-12 pour 10 000 femmes
Femmes utilisant un CHC contenant de la drospirenone, du gestodene ou du desogestrel	Environ 9-12 pour 10 000 femmes
Femmes utilisant un CHC de la chlormadinone, du dienogest ou du nomegestrol	Etudes en cours ou prévues pour collecter des données suffisantes pour évaluer le risque lié à ces produits.

Tableau 21. Risque de survenue de thrombose veineuse dans les nouveaux RCP (Résumé des Caractéristiques du Produit) des COC

Source : ANSM (2013)

Les femmes utilisant un DIU au lévonorgestrel ne présentent aucune augmentation du risque de thrombose veineuse comparativement à celles n'utilisant aucune contraception : en fait, ces DIU seraient même à l'origine d'une diminution de ce risque (Lidegaard *et al*, 2012).

De plus, en cas d'association au tabac et chez les femmes de plus de 35 ans, le risque de survenue d'un événement thromboembolique artériel ou veineux sous contraception oestro-gestative (pilule, patch ou anneau) devient accru (HAS, 2012) ; ce qui est le cas ici.

Le conseil du pharmacien : il est important de diriger la patiente chez son médecin le plus rapidement possible. Il faut lui expliquer que les douleurs qu'elle décrit ne sont pas normales, qu'elles peuvent être dues à sa pilule et qu'il ne faut pas négliger le risque de phlébite, surtout compte tenu de son âge et du fait qu'elle fume. Dans le même temps, le pharmacien peut présenter à la patiente le DIU comme un mode contraceptif alternatif, en lui expliquant que c'est une contraception long terme qui ne nécessite qu'une visite médicale annuelle, ce qui peut être intéressant dans son cas puisqu'elle est visiblement ennuyée de devoir consulter fréquemment son médecin. Le pharmacien lui explique qu'il existe un DIU au cuivre et un DIU

hormonal, les principales différences entre les 2, et surtout l'absence de risque de phlébite avec le DIU.

Cas de comptoir n°5

Femme de 45 ans, se présentant au comptoir pour son renouvellement de pilule.

« Ça fait des années que je prends la pilule mais j'en ai marre d'avoir mes règles, je voulais mettre un stérilet pour être tranquille en attendant d'être ménopausée mais on m'a dit que ça donnait des règles très abondantes et douloureuses alors non merci ! »

Comme beaucoup de femmes d'un certain âge, cette patiente ne connaît pas l'existence du DIU hormonal et a toujours la représentation du DIU au cuivre qui donne des règles très abondantes et des douleurs importantes. Visiblement, elle a besoin d'une information et d'une actualisation de ses connaissances sur ce moyen de contraception.

Le conseil du pharmacien : à l'aide de la brochure, le pharmacien peut donc ici présenter à la patiente l'alternative du DIU hormonal, qui pourrait être un moyen de contraception adapté à ses besoins puisqu'elle n'aurait alors que très peu ou pas du tout de règles. De plus, cela lui permettrait de ne plus avoir à prendre sa pilule tous les jours, et elle pourrait le garder 3 à 5 ans. Le pharmacien peut donc lui suggérer d'en parler à son médecin lors de sa prochaine consultation.

Cas de comptoir n°6

Femme de 25 ans, se présentant au comptoir pour son renouvellement de pilule.

« Je prends la pilule depuis l'âge de 17 ans, mais je trouve que ma libido est beaucoup moins importante qu'au début, même si j'aime toujours mon mari. Est-ce normal ? J'aimerais bien ne plus prendre d'hormones mais mon mari déteste le préservatif, que me conseillez-vous ? »

Selon « The Journal of Sexual Medicine », plusieurs études depuis les 30 dernières années ont montré un effet négatif des contraceptions orales sur la fonction sexuelle, notamment une diminution du désir sexuel et de l'excitation, ainsi qu'une diminution de la fréquence des rapports sexuels et du plaisir. En effet, les androgènes tels que la testostérone sont d'importants modulateurs de la fonction sexuelle. Les contraceptions orales diminuent les taux circulants de testostérone par inhibition directe de la production d'androgènes par les ovaires. Il y a également une hausse marquée de la synthèse hépatique de la « sex-hormone binding

globulin » (SHBG), protéine qui capte la testostérone et la rend donc inactive. La combinaison de ces 2 mécanismes entraîne une baisse des taux circulants de testostérone libre et liée (Panzer *et al*, 2006).

Ceci est d'ailleurs applicable également aux autres contraceptions contenant des hormones. En effet, d'après une autre enquête de 2010 menée en Allemagne par des chercheurs du centre hospitalier universitaire de Heidelberg, les femmes utilisant une contraception hormonale sont plus susceptibles de subir une baisse de leur désir sexuel que les femmes prenant une autre contraception ; et ceci indépendamment du stress et de la relation avec le partenaire, qui sont également des facteurs influençant la libido (Wallwiener *et al*, 2010).

Enfin, plusieurs études ont montré que les problèmes de libido n'étaient pas augmentés chez les utilisatrices du DIU au lévonorgestrel, comparativement aux utilisatrices du DIU au cuivre (NCCWCH, 2005).

Le conseil du pharmacien : la seule alternative de contraception non hormonale ayant une efficacité assez importante est ici le DIU au cuivre. Le pharmacien explique à la patiente que la baisse de libido peut tout à fait provenir de la pilule, et lui propose par l'intermédiaire de la brochure le DIU au cuivre, qui est beaucoup plus efficace que le préservatif en pratique (mais ne protège pas des IST) et qui est une contraception tout à fait naturelle. Il peut donc inviter la patiente à en parler avec son médecin, afin de voir si elle ne présente aucune contre-indication au DIU.

3.5.2 Conseils aux femmes sous DIU

Cas de comptoir n°1

Femme de 34 ans se présentant à la pharmacie avec une ordonnance pour un DIU.

« Je me fait poser un stérilet la semaine prochaine mais j'appréhende beaucoup. »

Le conseil du pharmacien : un cas comme celui-ci peut paraître « banal », mais la délivrance du DIU s'accompagne en fait de plusieurs conseils importants, et il est également essentiel de rassurer la patiente.

- Demander à la patiente ce qu'elle avait comme contraception précédemment et quand va-t-elle l'arrêter. Si l'arrêt se fait le jour de la pose, il n'y a pas de danger

pour le DIU au cuivre puisqu'il est efficace immédiatement. Le DIU hormonal, lui, n'est efficace immédiatement que s'il est inséré durant la semaine qui suit le début des règles. S'il est inséré plus tard dans le cycle, il faut utiliser des préservatifs entre la période des règles et 2 jours après l'insertion du DIU hormonal.

Si la patiente arrête sa contraception plusieurs jours avant la pose, il faudra bien lui préciser qu'entre l'arrêt de son ancienne contraception et la pose du DIU, l'utilisation d'une autre contraception (type préservatif masculin) sera nécessaire pour qu'elle soit protégée.

- Bien préciser que la taille de la boîte contenant le DIU n'a rien à voir avec la vraie taille de celui-ci. En effet, la longueur de la boîte est due à ce qu'on appelle le « tube inserteur » qui contient le DIU, et qui va permettre au médecin de le poser. Le DIU, lui, est très petit et tient dans la paume de la main.
- Expliquer à la patiente les effets du DIU sur le cycle. Si c'est un DIU hormonal, lui préciser qu'elle aura peu ou pas du tout de règles, et que ses cycles pourront être irréguliers. Si c'est un DIU au cuivre, la patiente doit savoir que ses cycles seront réguliers, mais que ses règles pourront être plus abondantes, plus longues, et parfois douloureuses, mais que cela peut facilement être contrôlé par la prise d'anti-inflammatoires lors des règles.
- Concernant la pose, lui expliquer que ce n'est pas agréable mais que cela ne doit pas être douloureux si le médecin a bien été formé à la pose du DIU. Toutefois, si la patiente a peur de la douleur, il faut lui préciser que des anti-douleurs peuvent être administrés avant la pose.

Cas de comptoir n°2

Femme de 27 ans venant à la pharmacie sans ordonnance.

« J'ai très mal au ventre pendant mes règles depuis que je me suis fait poser un stérilet au cuivre il y a 2 mois. Je voulais prendre de l'ibuprofène mais ma mère m'a dit que c'était contre indiqué. Qu'est-ce que vous me conseillez ? »

Le conseil du pharmacien : le DIU au cuivre peut en effet entraîner des douleurs pendant les règles, mais il faut bien préciser à la patiente que ces douleurs diminuent avec le temps : elles sont particulièrement importantes durant les premiers mois d'utilisation. De plus, le pharmacien se doit de lui expliquer que les anti-inflammatoires ne sont absolument pas contre indiqués lorsque l'on porte un DIU, qu'il soit au cuivre ou hormonal. Il peut donc conseiller à

cette patiente de prendre un antalgique type paracétamol, ou un anti-inflammatoire tel que l'ibuprofène, ou bien encore, sur avis médical, le flurbiprofène (Antadys®), médicament fréquemment utilisé en cas de règles douloureuses.

La brochure pourra ici délivrer les bonnes informations à cette patiente, mais elle servira également à sa mère, qui représente une génération plus âgée et plus sujette à développer de fausses idées sur les DIU.

Cas de comptoir n°3

Femme de 32 ans se présentant au comptoir sans ordonnance.

« J'ai un stérilet au cuivre depuis un an, mais j'ai toujours des règles très abondantes. Je pensais que ça allait passer avec le temps mais c'est toujours pareil et cela me fatigue physiquement. Cela m'embête vraiment d'abandonner le stérilet car c'était pratique, que pouvez-vous me conseiller comme autre contraception ? »

Le conseil du pharmacien : le DIU hormonal peut tout à fait être conseillé à cette patiente, puisque l'on garde ainsi le côté pratique du DIU qui pourra alors être gardé 3 ou 5 ans ; mais on évite également les règles très abondantes. Il faut informer la patiente de l'existence de ce type de DIU, avec lequel elle n'aura que peu voire pas du tout de règles. Les cycles peuvent par contre être plus irréguliers qu'avec le DIU au cuivre, et il ne faut pas que la patiente soit perturbée à l'idée de ne plus avoir de règles. Lui préciser également que le DIU hormonal est remboursé au même titre que le DIU au cuivre, qu'il peut être posé par tout médecin (généraliste, gynécologue) ou sage-femme formée et qu'il est efficace immédiatement si la pose est effectuée dans la semaine suivant le début des règles.

Le pharmacien donne la brochure à la patiente pour lui fournir de plus amples informations, et lui conseille de prévoir une consultation médicale afin d'en parler à son médecin et voir si elle n'a aucune contre-indication au DIU hormonal.

Cas de comptoir n°4

Femme de 23 ans se présentant au comptoir sans ordonnance.

« Je viens vous voir car je me suis fait poser un stérilet la semaine dernière, et mon ami le sent pendant les rapports, ça le gêne. J'ai peur de devoir me le faire retirer. »

Le conseil du pharmacien : rassurer la patiente en lui expliquant qu'elle n'aura en aucun cas besoin de se faire enlever son DIU. En effet, ce sont les fils dépassant du dispositif que son

partenaire ressent, pas le DIU en lui-même. Il n'est pas rare que le médecin laisse une longueur de fil assez importante, quitte à devoir raccourcir les fils un peu plus tard si besoin. En effet, plus les fils sont longs, moins le médecin aura de mal à accéder au DIU lors du retrait. Il faut donc conseiller à la patiente de reprendre rendez-vous avec le médecin qui lui a posé le DIU : il pourra lui raccourcir les fils afin d'éviter toute gêne ressentie par le partenaire, en gardant toutefois une longueur convenable pour permettre le retrait ultérieur du dispositif.

4 Partie 4 : Conclusion

Cette étude m'a beaucoup apporté, autant sur le plan personnel que professionnel.

En premier lieu, avoir collecté des informations vérifiées sur le DIU m'a considérablement éclairée et confortée dans mon propre choix de méthode contraceptive. J'en suis personnellement très satisfaite, et je continue de partager mon expérience et d'informer mon entourage sur le DIU dès que j'en ai l'occasion.

De plus, du point de vue professionnel, l'interaction avec les patientes a été très enrichissante puisqu'elle m'a permis, en tant que pharmacien, d'améliorer mon rôle de conseil et d'information en général et plus particulièrement, grâce à la brochure, en ce qui concerne les DIU. Cela m'a permis d'augmenter mes connaissances sur cette méthode contraceptive. J'espère également que ce travail pourra être utile à tous les pharmaciens d'officine, et peut-être à d'autres professionnels de santé.

On a pu constater, tout au long de cette étude, que même si la situation du DIU en France est actuellement en évolution, l'utilisation de ce mode de contraception reste toutefois limitée dans certaines catégories d'âge, malgré les recommandations officielles des organisations de santé et ceci parce que persistent encore de nombreuses idées reçues sur les DIU, aussi bien dans le corps médical que dans l'opinion publique. Pourtant, en tant que contraceptif longue durée, le DIU pourrait probablement contribuer à diminuer le nombre de grossesses non désirées en France.

Ce travail met également en lumière le métier et l'activité de conseil du pharmacien en prise directe avec l'évolution du monde, de ses conjonctures et des besoins des patients qui en découlent. Actuellement, la période de remaniement que connaît la France en matière de contraception représente un contexte idéal pour l'expansion du rôle de conseil du pharmacien, particulièrement à propos des DIU. Il est nécessaire que les patientes en demande reçoivent des informations adaptées, vérifiées et complètes, appuyées par un support papier tel que la brochure utilisée lors de l'étude.

L'accès au DIU doit être amélioré, car si la meilleure contraception est celle que l'on choisit, le choix d'une méthode de contraception passe, avant tout, par l'information et l'écoute.

A une époque où certains remettent en question l'utilité du pharmacien, on voit bien, dans ce cas précis, que celui-ci a encore, y compris sur le plan social, un rôle considérable à jouer et une véritable mission.

Cette brochure présente donc son utilité pour faire bouger les opinions, permettre aux patientes de déterminer, avec les acteurs de soins que sont les pharmaciens, la meilleure contraception qu'elles peuvent adopter en prenant en compte, une fois mieux informées, la possibilité d'inclure le DIU comme une méthode contraceptive.

Pour finaliser ce travail, une nouvelle version de la brochure a été proposée afin de tenir compte des idées importantes mentionnées par les patientes. La disposition et l'agencement des informations ont été revues avec l'aide d'une graphiste. Dans un autre projet, cette nouvelle brochure pourrait alors être à nouveau évaluée mais à plus grande échelle : en pharmacie, mais aussi dans d'autres structures comme les cabinets médicaux, auprès des sages-femmes, dans les centres de planification et d'éducation familiale et dans les collèges et lycées ; l'objectif final étant de permettre à la totalité des femmes désireuses d'une contraception d'accéder à une information sur le DIU au moyen de cette fiche.

Bibliographie

Ameli (site internet de l'Assurance Maladie) (2015). La contraception pour les jeunes filles mineures. <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/contraception/la-contraception-pour-les-jeunes-filles-mineures.php> , consulté le 14 Octobre 2015.

American Academy of Pediatrics (2014). Contraception for adolescents. *Pediatrics* volume 134, n°3.

Andersson K., Odland V., Rybo G. (1994). Levonorgestrel-releasing and copper-releasing (Nova-T) IUDs during five years of use: a randomized comparative trial. *Contraception*, vol. 49, p. 56-72.

ANSM (2013), Quelles sont les informations mises à la disposition des femmes et des professionnels de santé sur le risque thromboembolique des pilules oestroprogestatives ? [http://ansm.sante.fr/Dossiers/Pilules-estroprogestatives-et-risque-thrombotique/Risque-thromboembolique-des-pilules-estroprogestatives-informations-pour-les-femmes-et-les-professionnels-de-sante/\(offset\)/3](http://ansm.sante.fr/Dossiers/Pilules-estroprogestatives-et-risque-thrombotique/Risque-thromboembolique-des-pilules-estroprogestatives-informations-pour-les-femmes-et-les-professionnels-de-sante/(offset)/3) , consulté le 7 Septembre 2015.

ANSM (2014). Evolution de l'utilisation en France des contraceptifs Oraux Combinés (COC) et autres contraceptifs de Janvier 2013 à Avril 2014. http://ansm.sante.fr/content/download/64249/823531/version/2/file/Contraceptifs-Oraux_Evolution-consommation-1janvier2013-avril2014.pdf , consulté en Août 2015.

Bajos N., Rouzaud-Cornabas M., Panjo H., Bohet A., Moreau C., équipe Fécond (2014). La contraception en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? *Populations & Sociétés*, n°511. http://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19893/population.societes.2014.511.crise.pilule.fr.pdf , consulté le 12 Septembre 2015.

Bayer HealthCare (2014). Différenciation entre les deux systèmes de diffusion intra-utérins (SIU) existants Jaydess® et Mirena®. *Brochure d'information dans le cadre du plan de gestion des risques de Jaydess®*.

Berenson A., Tan A., Hirth J., Wilkinson G. (2013). Complications and continuation of intrauterine device use among commercially insured teenagers. *Obstetrics & Gynecology*, 121(5), p. 951-958.

Black A. (2004). Dispositifs intra-utérins. *Consensus canadien sur la contraception, J Obstet Gynaecol Can*, 26 (3) : 289-296.

Boudineau M., Multon O., Lopes P. (2001). Contraception par dispositif intra-utérin. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS. Gynécologie, 738-A-09, 7 p.

CCD, Laboratoire de la Femme. Brochure « DIU au cuivre – A chacune son modèle ».

CESPHARM. Le rôle du pharmacien, Février 2015. <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/L-education-pour-la-sante/Role-du-pharmacien> , consulté le 29 Août 2015.

Cheung, V. Y. T. (2010). Sonographic appearances of Chinese intrauterine devices. *J Ultrasound Med* 29, 1093–1101.

CNOM (2014). Cartographie interactive de la démographie médicale. <http://www.demographie.medecin.fr/demographie> , consulté le 13 Septembre 2015.

Cox M., Tripp J., Blacksell S. (2002). Clinical performance of the levonorgestrel intrauterine system in routine use by the UK Family Planning and Reproductive Health Research Network: 5-year report. *J Fam Plann Reprod Health Care* 28, 73–77.

Derniaux E., Lucereau-Barbier M., Graesslin O. (2012). Suivi et conseils après infections génitales hautes. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 41, 922-929.

Euromedial (2014). Stérilets. <http://www.euromedial.fr/index.php/fr/sterilets> , consulté en Octobre 2015.

Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care (2006). *FFPRHC Guidance, Emergency contraception*, 32, 123.

French R. S. *et al.* (2000). Levonorgestrel-releasing (20 microgram/day) intrauterine systems (Mirena) compared with other methods of reversible contraceptives. *BJOG* 107, 1218–1225.

Gareen I. F., Greenland S., Morgenstern H. (2000). Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: meta-analyses of published studies, 1974-1990. *Epidemiology* 11, 589–597.

Gemzell-Danielsson K., Schellschmidt I. & Apter, D. (2012). A randomized, phase II study describing the efficacy, bleeding profile, and safety of two low-dose levonorgestrel-releasing intrauterine contraceptive systems and Mirena. *Fertil. Steril.* 97, 616–622.e1–3.

Grimes D. A., Hubacher D., Lopez L. M., Schulz K. F. (2011). Non-steroidal anti-inflammatory drugs for heavy bleeding or pain associated with intrauterine-device use (intervention review). *Cochrane Database Syst Rev*, Issue 4, Art. N° CD006034.

Gronier H., Letombe B., Collier F., Dewailly D., Robin G. (2012). Mise au point sur la contraception intra-utérine en 15 questions-réponses. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, 40, 37-42.

Guillebaud J., MacGregor A. (2013). Contraception: your questions answered. Churchill Livingstone / Elsevier, 6th edition.

Gynorama (2014). Vidéo « Pose de MIRENA : technique de la torpille ». <https://www.youtube.com/watch?v=HP1P76NAJuE> , consulté en Octobre 2015.

Harrison-Woolrych M., Ashton J., Coulter D. (2003). Uterine perforation on intrauterine device insertion: is the incidence higher than previously reported? *Contraception*; 67: 53-6.

Has Santé (2012). Contraceptifs oraux estroprogestatifs : préférez les « pilules » de 1^e ou 2^e génération. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/contraceptis_oraux_3_g_fiche_bum.pdf , consulté en Octobre 2015.

HAS Santé (2013) (1). Efficacité des méthodes contraceptives. <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/efficacite-methodes-contraceptives.pdf> , consulté le 28 Octobre 2013.

HAS Santé (2013) (2). Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf , consulté le 20 Octobre 2013.

Heinemann K., Reed S., Moehner S., Do Minh T. (2015). Comparative contraceptive effectiveness of levonorgestrel-releasing and copper intrauterine devices: the European Active Surveillance Study for Intrauterine Devices. *Contraception*.

Hu L.-X. *et al* (2013). Biological evaluation of the copper/low-density polyethylene nanocomposite intrauterine device. *PLoS ONE* 8, e74128.

Hubacher D. *et al*. (2006). Pain from copper intrauterine device insertion: randomized trial of prophylactic ibuprofen. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 195, 1272–1277.

Hubacher D., Grimes D. A. (2002). Noncontraceptive health benefits of intrauterine devices: a systematic review. *Obstet Gynecol Surv* 57, 120–128.

Hubacher D., Lara-Ricalde R., Taylor D. J., Guerra-Infante F., Guzmán-Rodríguez R. (2001). Use of copper intrauterine devices and the risk of tubal infertility among nulligravid women. *N. Engl. J. Med.* 345, 561–567.

INED (2014). La contraception dans le monde. <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/fiches-pedagogiques/la-contraception-dans-le-monde> , consulté le 20 Août 2015.

INPES (2007). Les Français et la contraception.

http://www.choisirsacontraception.fr/pdf/francais_et_contraception.pdf , consulté en Septembre 2015.

INPES. DIU – Dispositif intra-utérin (stérilet). <http://www.choisirsacontraception.fr/moyens-de-contraception/le-sterilet-diu.htm> , consulté le 20 Octobre 2013.

INSEE (2011). Les unités urbaines.

http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=zonages/unites_urbaines.htm , consulté le 8 Août 2015.

IPPF (2003). Déclaration de l'IMAP sur les dispositifs intra-utérins. *Bulletin médical de l'IPPF*, volume 37, n°2, 1-4.

Jamin C., Madelenat P. (2010). DIU au cuivre : pourquoi choisir une contraception non-hormonale? *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 38, 2-5.

Janssen C. A., Scholten P. C., Heintz A. P. (2000). The effect of low-dose 3-keto-desogestrel added to a copper-releasing intrauterine contraceptive device on menstrual blood loss: a double-blind, dose-finding, placebo-controlled study. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 182, 575–581.

Järvelä I., Raudaskoski T., Tekay A., Jouppila P. (1997). Effect of the levonorgestrel-releasing intrauterine system on the uterine artery pulsatility index in postmenopausal hormone replacement therapy. *Ultrasound Obstet Gynecol* 10, 350–355.

Järvelä I., Tekay A., Jouppila P. (1998). The effect of a levonorgestrel-releasing intrauterine system on uterine artery blood flow, hormone concentrations and ovarian cyst formation in fertile women. *Hum. Reprod.* 13, 3379–3383.

Kalaichelvan V., Maw A. A., Singh K. (2006). Actinomyces in cervical smears of women using the intrauterine device in Singapore. *Contraception* 73, 352–355.

Lahteenmaki P., Haukkamaa M., Puolakka J., Riikonen U., Sainio S., Suvisaari J., *et al* (1998). Open randomised study of use of levonorgestrel-releasing intrauterine system as alternative to hysterectomy. *BMJ*, 316 : 1122-6.

Lansac J., Lecomte P., Marret H. (2012). Contraception locale, méthodes naturelles et contraceptions difficiles. Elsevier Masson, *Gynécologie pour le praticien*. 441-451.

Lidegaard O., Nielsen L. H., Skovlund C. W., Løkkegaard E. (2012). Venous thrombosis in users of non-oral hormonal contraception: follow-up study, Denmark 2001-10. *BMJ* 344, e2990.

Lippes J., (1999). Pelvic actinomycosis: a review and preliminary look at prevalence. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 180, 265–269.

Lopez L. M., Edelman A., Chen-Mok M., Trussell J., Helmerhorst F. M. (2011). Progestin-only contraceptives: effects on weight. *Cochrane Database Syst Rev* CD008815.

Lopez L.M., Bernholc A., Zeng Y., Allen R.H., Bartz D., O'Brien P.A., Hubacher D. (2015). Interventions for pain with intrauterine device insertion. *Cochrane Database Syst Rev* 7, CD007373.

Luo H. *et al.* (1999). Inhibition of DNA synthesis in isolated human endometrial cells by a levonorgestrel-releasing intrauterine device. *Anal. Quant. Cytol. Histol.* 21, 409–412.

Mandelin E., Koistinen H., Koistinen R., Affandi B., Seppälä, M. (1997). Levonorgestrel-releasing intrauterine device-wearing women express contraceptive glycodeilin A in endometrium during midcycle: another contraceptive mechanism? *Hum. Reprod.* 12, 2671–2675.

Marret H., Wagner N., Ouldamer L., Jacquet A., Body G. (2010). Actinomyose pelvienne : est-ce prévisible ? *Gynecol Obstet Fertil* 38, 307–312.

Mazuy M., Toulemon L., Baril E. (2015). Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété. *Populations & Sociétés*, n°518.
http://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/22860/population.societes.2015.518.ivg.fr.pdf ,
consulté le 11 Octobre 2015.

Moreau C., Bohet A., Trussell J., Leguen M., Bajos N. (2013). Trends and determinants of use of long-acting reversible contraception use among young women in France: results from three national surveys conducted between 2000 and 2010. *Fertil Steril*, 100, 451-8.

Moreau C., Bohet A., Ringa V., Hassoun D., Bajos C. (2014). IUD use in France : a cross analysis of users and prescribers perspectives. *Contraception*, 89(1), p. 9-16.

Moreau C., Bouyer J., Bajos N., Rodríguez G., Trussell J. (2009). Frequency of discontinuation of contraceptive use: results from a French population-based cohort. *Hum. Reprod.* 24, 1387–1392.

NCCWCH (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health) (2005). "Long-acting reversible contraception". National Institute for Health and Clinical Excellence. p60-61, p78-79.

Nohuz, E., Battista R., Tamburro S., Leonenko M., Bayeh S., Varga J., Mage G. Un stérilet qui fait de plus en plus mal... où il ne suffit pas d'en voir les fils pour exclure une malposition ! *Gynecol Obstet Fertil* 42, 261–264.

OMS (2005). DIU au cuivre pour la contraception d'urgence. *Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives*. 2^e édition, p 49.

OMS (2012). Contraception d'urgence. Aide-mémoire n°244. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/fr> , consulté le 29 Août 2015.

Panzer C., Wise S., Fantini G., Kang D., Munarriz R., Guay A., Goldstein I. (2006). Impact of oral contraceptives on sex hormone-binding globulin and androgen levels : a retrospective study in women with sexual dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine* 3 (1), 104-113.

Prescrire Rédaction (1989). Guide 1989 des stérilets. Deuxième partie. La pose du stérilet en pratique. *Revue Prescrire*, tome 9 n°88, 348-354.

Prescrire Rédaction (2009). Dispositifs intra-utérins, alias stérilets. Première partie. Une alternative efficace à la contraception hormonale orale. *Revue Prescrire*, tome 29 n°304, 113-119.

Prescrire Rédaction (2009). Dispositifs intra-utérins, alias stérilets. Deuxième partie. Connaître les détails pratiques de la pose d'un dispositif intra-utérin. *Revue Prescrire*, tome 29 n°305, 202-206.

Robin G, Letombe B. (2008). Contraceptions non hormonales. *La revue du praticien*, vol. 58, 29-39.

Ronnerdag M, Odland V. (1999). Health effects of long-term use of the intrauterine levonorgestrel-releasing system: a follow-up study over 12 years of continuous use. *Acta Obstet Gynecol Scand*; 78: 716-21.

Runnebaum B., Rabe T., Kiesel L. (1984) Ten years' experience with continuous use of the butterfly IUD. *Future aspects in contraception: proceedings of an international symposium held in Heidelberg, 5–8 September 1984; Part 2, Female contraception*, Springer Science & Business Media, 2012 edition.

Serfaty D. (2000). Les dispositifs intra-utérins. *Extrait des Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique*, tome XXIV, 282.

Serfaty D. (2002). Le dispositif intra-utérin au danazol : une nouvelle contraception- traitement de l'adénomyose ? *Génésis*, 75-76.

Serfaty D. (2006) (1). Les dispositifs intra-utérins, de l'adolescence à la ménopause. *Extrait des Mises à jour en Gynécologie Médicale*, tome 2006, p69. http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2006_GM_059_serfaty.pdf , consulté le 11 Octobre 2015.

Serfaty D. (2006) (2). Les dispositifs intra-utérins de l'adolescence à la ménopause. *30èmes journées nationales du CNGOF*. Paris, France. http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/conf2006/conf2006/005/ , consulté en Novembre 2013.

Serfaty D. (2007). Dispositifs intra-utérins et Actinomyces. *31èmes journées nationales du CNGOF*. Paris, France. http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/conf2007/conf2007/010/Media/ , consulté en Novembre 2013.

Serfaty D. (2009). Innovations en contraception. *Extrait des Mises à jour en Gynécologie Médicale*, tome 2009, p49-50. http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2009_GM_045_serfaty.pdf , consulté en Novembre 2013.

Sivin I. (1991). Alternative estimates of ectopic pregnancy risks during contraception. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 78, 291-8.

Sivin I., Batàr I. (2010). State-of-the-art of non-hormonal methods of contraception : III. Intrauterine devices. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 15: 96-112.

Sivin, I. *et al.* (1991). Prolonged intrauterine contraception: a seven-year randomized study of the levonorgestrel 20 mcg/day (LNg 20) and the Copper T380 Ag IUDs. *Contraception* 44, 473–480.

Sivin, I. *et al.* (1992). Rates and outcomes of planned pregnancy after use of Norplant capsules, Norplant II rods, or levonorgestrel-releasing or copper TCU 380Ag intrauterine contraceptive devices. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 166, 1208–1213.

Stubbs E., Schamp A. (2008). The evidence is in. Why are IUDs still out? : family physicians' perceptions of risk and indications. *Can Fam Physician* 54, 560–566.

Sugant Laboratoire (catalogue des produits). Sugant 380 A. *Dispositif intra-utérin*.
http://mdd-expo.com/public/media/MediaExpos/presse/Catalogue14_FR.pdf , consulté en Octobre 2015.

Suhonen S., Haukkamaa M., Jakobsson T., Rauramo I. (2004). Clinical performance of a levonorgestrel-releasing intrauterine system and oral contraceptives in young nulliparous women: a comparative study. *Contraception* 69, 407–412.

Tarex 2015, Vidal officine.

Thonneau P., Almont T., de La Rochebrochard E., Maria B. (2006). Risk factors for IUD failure: results of a large multicentre case-control study. *Hum. Reprod.* 21, 2612–2616.

Trignol-Viguié N., Blin E., Marret H. (2014). Dispositif intra-utérin et nulliparité. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 42, 432-437.

Trinh X. B. *et al.* (2008). Use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in breast cancer patients. *Fertil. Steril.* 90, 17–22.

Vessey M. P., Lawless M., McPherson K., Yeates D. (1983). Fertility after stopping use of intrauterine contraceptive device. *Br Med J (Clin Res Ed)* 286, 106.

Vidal 2015 : Le Dictionnaire, 91^e édition, Paris.

Vilain A., Mouquet M.C. (2015). Les interruptions volontaires de grossesse en 2013. *Études et Résultats*, n°0924, DREES.

Vision Critical (2009). Image et attachement des français à la profession de pharmacien. <http://www.cespharm.fr/fr/content/download/23034/502005/version/1/file/Image-et-attachement-des-francais-a-la-profession-de-pharmacien-Vision-critical-2009.pdf> , consulté en Septembre 2015.

Wallwiener, C. W., Wallwiener, L.-M., Seeger, H., Mück, A. O., Bitzer, J. and Wallwiener, M. (2010), Prevalence of Sexual Dysfunction and Impact of Contraception in Female German Medical Students. *Journal of Sexual Medicine*, 7: 2139–2148.

Wang L., Li S., Wu S., Zhao Y., Wang, Y. (2013). A random control study of indomethacin-containing MYCu intrauterine contraceptive device for 60 months. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi* 93, 496–499.

Wilson, J. C. (1989). A prospective New Zealand study of fertility after removal of copper intrauterine contraceptive devices for conception and because of complications: a four-year study. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 160, 391–396.

Winckler M. (2003). La contraception du futur. <http://martinwinckler.com/spip.php?article14> , consulté en Octobre 2013.

Winckler M. (2007). *Les dispositifs intra-utérins (DIU ou « stérilets »)*. Editions « J'ai Lu ». Conceptions mode d'emploi. 269-333.

Annexes

Annexe 1 : Différents types de DIU de 1909 à nos jours

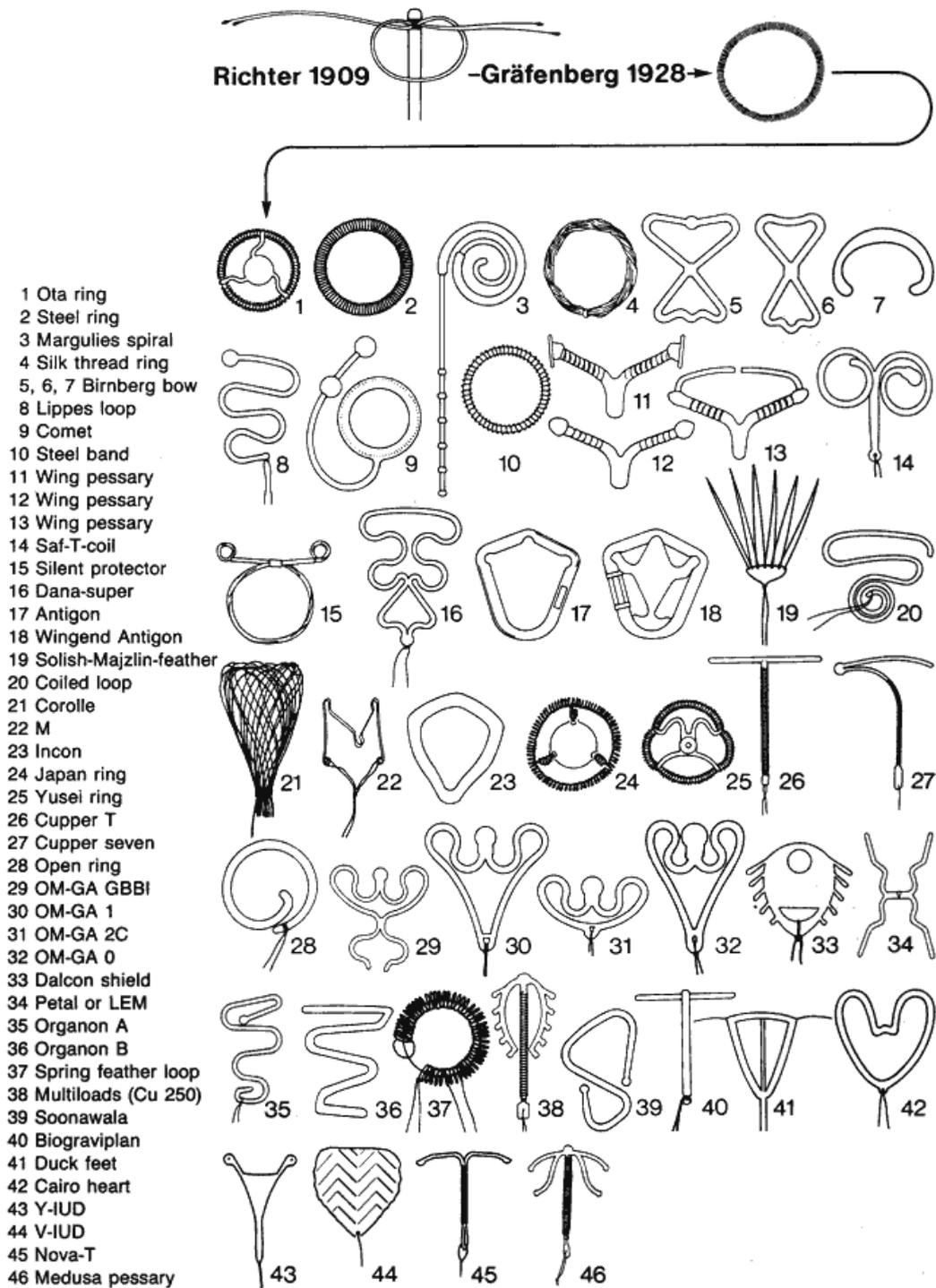


Planche 25.I. Les différents stérilets de 1909 à nos jours (d'après K. Semm, président des IFFS 1986-1989, D-2300 Kiel 1, Allemagne).

Annexe 2 : Questionnaire

Questionnaire patiente - Thèse sur les DIU

1) Identité

1. Quel âge avez-vous?

2. Quelle est votre catégorie socio-professionnelle?

- 1. Agriculteur
- 2. Commerçant, artisan, chef d'entreprise
- 3. Cadre et profession intellectuelle supérieure
- 4. Profession intermédiaire
- 5. Employé
- 6. Ouvrier
- 7. Chômeur
- 8. Elève, étudiant
- 9. Inactif
- 10. Autre

3. Quel est votre niveau d'étude?

- 1. Sans diplôme
- 2. Brevet des collèges
- 3. CAP/BEP (autres diplômes techniques)
- 4. Bac (général, pro et technologique)
- 5. Bac +2 (BTS ou autre)
- 6. Bac +3/4 (Licence, maîtrise)
- 7. Bac +5/6 (Master, écoles d'ingénieur, écoles d'arts...)
- 8. Bac +7 etc (Doctorat, post-Doctorat, thèse)

4. Quel est votre lieu d'habitation?

- 1. Zone urbaine
- 2. Zone rurale

2) Historique de contraception

5. Quel est votre moyen de contraception actuel?

- 1. Pilule
- 2. Stérilet
- 3. Implant
- 4. Patch
- 5. Anneau
- 6. Autre
- 7. Aucun

Vous pouvez cocher plusieurs cases (2 au maximum).

6. Si autre, précisez (préservatif masculin ou féminin, retrait, méthode des températures, spermicide, diaphragme...)

7. Depuis combien de temps l'utilisez-vous?

8. Avez-vous déjà subi une ou plusieurs interruption(s) volontaire(s) de grossesse?

- 1. Oui
- 2. Non

9. Si oui, combien?

La question n'est pertinente que si Question 8 = "Oui"

10. Avec quel(s) contraceptif(s)?

- 1. Pilule
- 2. Stérilet
- 3. Implant
- 4. Patch
- 5. Anneau
- 6. Autre
- 7. Aucun

Vous pouvez cocher plusieurs cases (2 au maximum).

La question n'est pertinente que si Question 8 = "Oui"

11. Si autre, précisez (préservatif féminin ou masculin, retrait, méthode des températures, spermicide, diaphragme)

La question n'est pertinente que si Question 8 = "Oui"

3) Les stérilets

12. Avez-vous déjà porté un stérilet?

- 1. Oui
- 2. Non

13. Sinon, quelles sont les raisons qui vous ont dissuadé d'opter pour le stérilet?

- 1. Manque d'information
- 2. Refus du médecin/gynécologue
- 3. Sensation d'avoir un corps étranger dans l'utérus
- 4. Douleur lors de la pose et/ou pendant les règles
- 5. Peur d'une grossesse extra-utérine et/ou d'une infection
- 6. Règles trop abondantes et/ou absence de règles
- 7. Méthode contraceptive nécessitant d'avoir déjà eu un enfant
- 8. Angoisse de ne pas avoir suivi fréquent
- 9. Meilleure fiabilité d'un autre moyen de contraception
- 10. Autre

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

La question n'est pertinente que si Question 12 = "Non"

14. Si autre, précisez

La question n'est pertinente que si Question 12 = "Non"

15. Si vous avez déjà porté un stérilet, de quel type était-il?

La question n'est pertinente que si Question 12 = "Oui"

16. Quel en a été votre degré de satisfaction?

- 1. Très satisfaite
- 2. Moyennement satisfaite
- 3. Pas du tout satisfaite

La question n'est pertinente que si Question 12 = "Oui"

17. Pourquoi?

La question n'est pertinente que si Question 12 = "Oui"

18. Seriez-vous prête à renouveler votre stérilet?

1. Oui 2. Non 3. Oui et non

La question n'est pertinente que si Question 12 = "Oui"

19. Pourquoi?

La question n'est pertinente que si Question 12 = "Oui"

20. Avant cet entretien, aviez-vous déjà reçu des informations sur les stérilets de la part d'un professionnel de santé, de votre entourage ou d'un média d'information?

1. Oui 2. Non

21. Si oui, précisez lequel?

La question n'est pertinente que si Question 20 = "Oui"

4) Avis sur la brochure

22. Trouvez-vous la présentation de cette brochure agréable?

1. Très agréable 2. Agréable 3. Peu agréable

23. Remarques éventuelles sur la présentation

24. Trouvez-vous que cette brochure est compréhensible?

1. Très compréhensible 2. Compréhensible
 3. Peu compréhensible

25. Remarques éventuelles sur la compréhension du texte

26. Cette brochure vous a-t-elle appris des choses que vous ignoriez sur les stérilets?

1. Oui 2. Non

27. Si oui, lesquelles?

La question n'est pertinente que si Question 26 = "Oui"

28. Si vous deviez dégager 3 idées principales de cette brochure, lesquelles vous sembleraient les plus intéressantes?

29. Cette brochure a-t-elle changé votre avis sur le moyen de contraception idéal?

1. Oui 2. Non 3. Envisageable

30. Remarques

31. Pensez-vous que cette brochure pourrait permettre un meilleur accès au stérilet si elle était distribuée en pharmacie ?

1. Oui 2. Non

32. Remarques

33. La personne a-t-elle pris la brochure?

1. Oui 2. Non

« Le stérilet au cuivre peut être utilisé comme contraceptif d'urgence après un rapport non protégé »

VRAI !

Le stérilet au cuivre peut être posé dans les 5 jours suivant un rapport sexuel non protégé, sur consultation médicale et dès lors qu'il existe un risque de grossesse. Il est efficace à 99%, et ceci dès la pose.

« Le stérilet ne protège pas des infections sexuellement transmissibles (IST) »

VRAI !

Pensez au préservatif dans les situations à risque !

« En cas de grossesse sur stérilet, celui-ci peut provoquer des malformations du bébé »

FAUX !

La fréquence des malformations chez les enfants conçus malgré la présence d'un stérilet est la même que chez les enfants conçus sans contraception.

« Le stérilet occasionne des douleurs au partenaire lors des rapports sexuels »

FAUX !

Seuls les fils du stérilet sortent de l'utérus et peuvent éventuellement être sentis par le partenaire. Le médecin peut alors les raccourcir.

« Le stérilet hormonal est actif dans certains problèmes gynécologiques »

VRAI !

Le stérilet hormonal apporte un net bénéfice pour les femmes souffrant d'endométriose ou de règles abondantes.

Le stérilet... pensez-y !

La meilleure contraception est celle que l'on choisit



Le stérilet : tout ce que je dois savoir

pour mieux choisir ma contraception

Bibliographie :

- 1) INPES. DIU – Dispositif intra-utérin (stérilet). <http://www.choirsacontraception.fr/moyens-de-contraception/le-sterilet-diu.htm>.
- 2) Robin G, Letombe B. (2008). Contraceptions non hormonales. *La revue du praticien*, vol. 58, 29-39.
- 3) Vidal 2011 : Le Dictionnaire, 87^e édition, Paris.
- 4) Black A., Francoeur D., Rowe T. (2004). Consensus canadien sur la contraception, 2^e partie de 3. *J Obstet Gynaecol Can*, 26 (3) : 255-95.
- 5) Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care (2006). *FFPRHC Guidance. Emergency contraception*, 32, 123.
- 6) Heinemann K., Reed S., Moehner S. & Do Minh T. (2015). Comparative contraceptive effectiveness of levonorgestrel-releasing and copper intrauterine devices; the European Active Surveillance Study for Intrauterine Devices. *Contraception*.
- 7) HAS. Efficacité des méthodes contraceptives. 2013.
- 8) HAS. Contraception chez la femme adulte en âge de procréer. Fiche mémo. Janvier 2015.
- 9) HAS. Contraception chez l'adolescente. Fiche mémo. Janvier 2015.
- 10) Grimes D. A. (2001). Intrauterine devices and infertility: sifting through the evidence. *Lancet* 358, 6-7.
- 11) Thonneau P., Alimont T., de La Rochebrochard E., Maria B. (2006). Risk factors for IUD failure: results of a large multicentre case-control study. *Hum. Reprod*, 21, 2612-2616
- 12) Winckler M. Les dispositifs intra-utérins (DIU ou « stérilets »). J'ai Lu, 2007. *Contraceptions mode d'emploi*, 269-333.

Brochure réalisée par Marie GAUCHER & Dr BOULET Pascal (76)

UN STÉRILET, C'EST QUOI ?

C'est un **dispositif contraceptif** de 2,8 à 3,5 cm de long et 2,8 à 3,2 cm de large, en forme de « T », **inséré dans l'utérus** d'une femme qui désire une contraception temporaire ou durable. Il est aussi appelé DIU (dispositif intra-utérin).

Il en existe 2 types : le stérilet au cuivre et le stérilet hormonal.

Stérilet au cuivre (Cu)	Stérilet hormonal
<ul style="list-style-type: none"> • Efficace dès la pose • Inhibe spermatozoïdes et ovocyte • Modification de la muqueuse utérine -> empêche l'œuf de s'implanter • Règles parfois plus abondantes (65% d'augmentation), plus longues • Règles parfois douloureuses (traitement antalgique et anti-inflammatoire possible) <p>Ces effets indésirables diminuent avec le temps.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Efficacité immédiate si pose juste après les règles • Inhibe spermatozoïdes et ovocyte • Limite l'épaississement de la muqueuse utérine -> empêche l'œuf de s'implanter • Règles parfois plus abondantes (65% d'augmentation), plus longues • Règles moins douloureuses et moins longues (90% des cas) • Absence de règles (35% des cas) • Saignements légers et irréguliers au cours du cycle fréquents pendant les 6 premiers mois

Pour qui ?

Les stérilets peuvent être posés à presque **toutes les femmes, y compris celles n'ayant jamais eu d'enfant** (nullipare). Pour elles, il existe des modèles « short » (courts).

Avant l'âge de 20 ans, les bénéfices du stérilet l'emportent sur les risques, mais ces risques (notamment infectieux) ne sont pas à négliger.

C'est interdit pour qui ?

Absolument interdit si : malformation utérine, suspicion de cancer, infection pelvienne récente, saignement utérin inexplicable, maladie de Wilson, allergie au cuivre, grossesse.

Interdictions relatives : tumeur ou polypes déformant la cavité utérine, utérus cicatriciel secondaire à d'autres causes qu'une césarienne, douleurs de règles, règles abondantes (stérilet au cuivre).

Stérilet hormonal : phlébite veineuse profonde, embolie pulmonaire ou infarctus (cœur) en cours, migraines avec signes neurologiques, cancer du sein.

Qui le pose et le retire et quand ?

Un **médecin généraliste** formé, un **gynécologue** ou une **sage-femme** le pose après les règles ou durant tout le cycle pour une contraception d'urgence (stérilet au cuivre).

Qui le délivre ?

La délivrance du stérilet est gratuite et confidentielle :

- **En pharmacie** pour les femmes d'au moins 15 ans assurées sociales ou ayant droits
- **Dans les centres de planification et d'éducation familiale** sans condition d'âge pour les mineures souhaitant garder le secret, et pour les non-assurées sociales

Pour combien de temps ?

Le **stérilet au cuivre** peut être gardé **4 à 10 ans**, et le **stérilet hormonal 3 ou 5 ans**. Une vérification annuelle est nécessaire chez le médecin.

Quelle est son efficacité ?

Les stérilets sont efficaces à **99%** et cette efficacité ne dépend pas de l'utilisatrice (pas de risque d'oubli etc).

C'est remboursé ?

Les stérilets sont remboursés à **65%** par l'Assurance Maladie, le reste étant pris en charge par la mutuelle.

VRAI OU FAUX ?

« **Le stérilet est moins sûr que la pilule** »

FAUX !

Le taux d'échec est mesuré par l'indice de Pearl (nombre de grossesses observées pour 100 femmes utilisant une contraception donnée durant un an).

Il est de 0,06 avec le stérilet hormonal, 0,52 avec le stérilet au cuivre, 0,3 avec la pilule progestative ou oestro-progestative et 2 pour le préservatif masculin.

Taux d'échec selon les problèmes divers d'utilisation (oublis, vomissements, diarrhées...) :

- Stérilet hormonal : taux identique
- Stérilet au cuivre : 0,8
- Pilule oestro-progestative ou progestative : 9
- Préservatif masculin : 15
- Méthodes naturelles : 25.

« **Le stérilet favorise le risque de grossesse extra-utérine** »

FAUX !

Les femmes sous stérilet ont 2 à 6 fois moins de risques de développer une grossesse extra-utérine que les femmes sans contraception. Ces risques ne sont augmentés qu'en cas de grossesse sur stérilet.

« **Le stérilet provoque des infections qui peuvent rendre stérile** »

FAUX !

Une fois les infections sexuelles transmissibles éliminées (surtout le *Chlamydiae trachomatis* chez la nullipare), une femme portant un stérilet n'a pas plus de risque de contracter une infection pelvienne qu'une femme sans stérilet. De plus, le stérilet n'entraîne aucune hausse du risque d'infertilité.

« **La prise d'anti-inflammatoires est contre-indiquée avec le stérilet** »

FAUX !

Les femmes porteuses d'un stérilet peuvent tout à fait prendre de l'aspirine ou des anti-inflammatoires en cas de douleurs de règles ou autres, même au long cours.

IDÉES REÇUES SUR LE DIU

« LE DIU EST MOINS SÛR QUE LA PILULE. »

En conditions réelles d'utilisation, l'efficacité du DIU est supérieure à celle de la pilule et du préservatif, car il n'entraîne aucun problème lié à l'utilisation (oubli de pilule, rupture de préservatif).

« LA PRISE D'ANTI-INFLAMMATOIRES EST CONTRE-INDIQUÉE AVEC LE DIU. »

Les femmes porteuses d'un DIU peuvent tout à fait prendre de l'aspirine ou des anti-inflammatoires, même au long cours. Ils sont d'ailleurs souvent utilisés pour soigner les règles douloureuses sous DIU ou cuivre.

« LE DIU OCCASIONNE DES DOULEURS AU PARTENAIRE LORS DES RAPPORTS SEXUELS. »

Seuls les fils du DIU sortent de l'utérus et peuvent éventuellement être sentis par le partenaire. Le médecin peut alors les raccourcir.

« LE DIU AUGMENTE LE RISQUE DE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. »

Compte tenu de la grande efficacité du DIU, le risque de grossesse extra-utérine est très faible, et même moins important que chez les femmes sans contraception.

« LE DIU PROVOQUE DES INFECTIONS QUI PEUVENT RENDRE STÉRILE. »

Le risque d'infection est surtout lié au mode de vie sexuel des utilisatrices (partenaires multiples). Une fois les infections sexuellement transmissibles éliminées, une femme sous DIU n'a pas plus de risque d'infection qu'une femme sans DIU. De plus, le DIU n'entraîne aucune hausse du risque de stérilité.

« EN CAS DE GROSSESSE SOUS DIU, CELUI-CI PEUT PROVOQUER DES MALFORMATIONS DU BÉBÉ. »

La fréquence des malformations chez les enfants conçus malgré la présence d'un DIU est la même que chez les enfants conçus sans contraception.

LE DISPOSITIF INTRA-UTÉRIN



TOUT CE QUE JE DOIS SAVOIR POUR
MIEUX CHOISIR MA CONTRACEPTION

LE DIU... PENSEZ-Y !

LA MEILLEURE
CONTRACEPTION
EST CELLE QUE
L'ON CHOISIT.

POUR EN SAVOIR PLUS :

- Le site « Chaisir sa contraception » élaboré par l'INPES :

<http://www.chaisirsacontraception.fr>

- Le site « Martin Winckler's webzine » :

<http://www.martinwinckler.com>

- L'application Facebook « Un amour de stérilet »,

lancée par le laboratoire Bayer Healthcare :

<https://www.facebook.com/unamourdesterilet>

- Le livre de Martin Winckler « Contractions, mode d'emploi » (3e édition, J'ai Lu, 2007)

Graphisme : Anne-Cécile Boulet

<http://www.beihance.net/annececile-boulet>

GAUCHER Marie

LE DISPOSITIF INTRA-UTÉRIN, C'EST QUOI ?



@Francois Desloz/Le Télégramme

C'est un dispositif contraceptif de 3,5 cm de long, souvent en forme de « T » et qui est inséré dans l'utérus. Il se termine par un fil qui sera coupé au moment de la pose. Il est aussi appelé DIU ou stérilet.

DIU AU CUIVRE

Le cuivre a 2 actions :

- Empêche les spermatozoïdes de parvenir jusqu'aux trompes,
- Empêche l'œuf (ovule fécondé) de s'implanter dans la muqueuse utérine.

Efficace dès la pose.

Règles parfois plus abondantes (6,5% d'augmentation), plus longues et/ou plus douloureuses. Ces effets diminuent avec le temps et peuvent être traités par des anti-inflammatoires.

LE SAVIEZ-VOUS ?

Le DIU hormonal apporte un net bénéfice chez les femmes souffrant d'endométriose ou de règles abondantes.

DIU HORMONAL

La diffusion d'une petite quantité d'hormones :

- Epaisit les sécrétions de la glaire cervicale; emprisonne les spermatozoïdes et empêche leur passage dans l'utérus;
- Rend les spermatozoïdes moins mobiles;
- Amincit la muqueuse utérine, ce qui empêche l'œuf (ovule fécondé) de s'y implanter.

Efficacité immédiate si pose juste après les règles.

Règles moins abondantes et moins longues (90% des cas), voire absence totale de règles (30% des cas). Des saignements légers et irréguliers au cours du cycle sont fréquents pendant les 6 premiers mois.

POUR QUI ?

Toutes les femmes ont droit au DIU. Avant l'âge de 20 ans, les bénéfices l'emportent sur les risques (notamment infectieux), mais ces risques ne sont pas à négliger.



QUI LE DÉLIVRE ?

Délivrance gratuite et anonyme:

- En pharmacie pour les femmes d'au moins 15 ans assurées sociales ou ayant droits;
- Dans les centres de planification et d'éducation familiale sans condition d'âge, pour les assurées ou ayant droits, ainsi que les non assurées sociales.

LE SAVIEZ-VOUS ?

Le DIU au cuivre peut être utilisé comme contraceptif d'urgence, dans les 5 jours après un rapport non protégé.

COMBIEN DE TEMPS ON LE GARDE ?

Le DIU est une contraception long terme et ne nécessite qu'une visite de contrôle annuelle chez le médecin, afin de vérifier qu'il est bien positionné.

LE SAVIEZ-VOUS ?

Le DIU hormonal peut être gardé 3 à 5 ans, et le DIU au cuivre 4 à 10 ans.

C'EST REMBOURSÉ ?

Le DIU est remboursé à 65% par la Sécurité Sociale, le reste pouvant être pris en charge par votre mutuelle.

C'EST INTERDIT POUR QUI ?

DIU au cuivre et hormonal :

- malformation utérine, suspicion de cancer du col de l'utérus ou de l'endomètre, infection pelvienne récente, saignement utérin inexplicable, allergie au cuivre, grossesse.

DIU hormonal :

- phlébite, embolie pulmonaire ou infarctus (cœur), cancer (sein, endomètre ou ovaire), tumeur ou maladie aigüe du foie.

QUI LE POSE ET LE RETIRE, ET QUAND ?

Le DIU au cuivre peut être posé à n'importe quel moment du cycle, et le DIU hormonal dans la semaine suivant les règles.

En principe, la pose n'est pas douloureuse, mais des antidouleurs peuvent être prescrits en prévention. Le DIU peut ensuite être retiré à tout moment.

LE SAVIEZ-VOUS ?

Le DIU peut être posé par un médecin généraliste, un gynécologue ou une sage-femme.

Serment de Galien

Je jure d'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer dans l'intérêt de la Santé publique ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur mais aussi les règles de l'Honneur, de la Probité et du Désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma Profession.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois méprisé de mes Confrères si je manque à mes engagements.



GAUCHER Marie

Appréciation d'une brochure d'information sur les dispositifs intra-utérins à l'officine : étude auprès des patientes en Seine Maritime.

Th. D. Pharm., Rouen, 2015, 129 p.

RESUME

Le dispositif intra-utérin (DIU), aussi appelé « stérilet », est le deuxième mode de contraception le plus répandu dans le monde. En France, même si son utilisation est actuellement en augmentation, elle reste marginale, puisqu'on le réserve souvent aux femmes ayant déjà eu une ou plusieurs grossesses. Ce modèle contraceptif typiquement Français est dû aux nombreuses croyances qui persistent encore à propos des DIU, autant chez les patients que chez les médecins. Pourtant, le DIU reste l'un des moyens contraceptifs les plus fiables, bien avant la pilule ou le préservatif masculin.

Un questionnaire destiné aux patientes se rendant en officine a donc été mis en place, afin de voir si, par l'intermédiaire d'une brochure d'information sur les DIU, le pharmacien peut avoir son rôle à jouer dans la revalorisation de ce moyen de contraception.

1 patiente sur 4 pensait ne pas avoir droit au DIU car elle n'avait jamais eu d'enfant, 1 patiente sur 3 n'avait jamais choisi cette contraception par manque d'information, et presque la moitié des patientes pensaient que le DIU était moins efficace qu'une autre contraception. Plus de 9 patientes sur 10 pensent que la brochure pourrait permettre un meilleur accès au DIU si le pharmacien s'en servait comme outil pour les patientes en demande d'information à l'officine. 1 patiente sur 5 a d'ailleurs modifié sa vision de la contraception après la lecture de cette brochure.

Par son activité d'écoute et de conseil, le pharmacien peut donc jouer un rôle important dans l'information sur le DIU, dont une meilleure utilisation pourrait peut-être permettre de diminuer le nombre d'interruptions volontaires de grossesse en France.

MOTS CLES : Dispositif intra-utérin, DIU, Stérilet, Information, Contraception, Pharmacien

JURY

Président : Mme Malika SKIBA, Maître de conférences

Membres : Dr Pascal BOULET, Maître de conférences titulaire d'un DIU de Gynécologie-Obstétrique
Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ, Professeur associé
Mme Hélène PRIEUR, Docteur en Pharmacie

DATE DE SOUTENANCE : 29 Octobre 2015