



La place de la prescription du nouveau dispositif intra-utérin Jaydess® en per-IVG chirurgicale : étude de cas au centre d'orthogénie de Bordeaux

Clémence Vovard

► To cite this version:

Clémence Vovard. La place de la prescription du nouveau dispositif intra-utérin Jaydess® en per-IVG chirurgicale : étude de cas au centre d'orthogénie de Bordeaux. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01485344

HAL Id: dumas-01485344

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01485344>

Submitted on 8 Mar 2017

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 BORDEAUX 2 - Bordeaux Segalen

U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

ANNEE 2017

N° 14

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

Clémence Vovard

Née le 30 décembre 1987 à Angers (49)

Le 17/01/2017 à Bordeaux

**LA PLACE DE LA PRESCRIPTION DU NOUVEAU
DISPOSITIF INTRA-UTERIN JAYDESS® EN PER-IVG
CHIRURGICALE :
ETUDE DE CAS AU CENTRE D'ORTHOGENIE DE
BORDEAUX**

Directeur de thèse

Madame le Docteur Frantz Sandrine

Rapporteur de thèse

Monsieur le Professeur Jean-Luc BRUN

Madame le Professeur Claudine MATHIEU
Monsieur le Professeur Jean-Luc BRUN
Madame le Docteur Sylvie DUHAMEL
Madame le Docteur Sandrine FRANTZ
Madame le Docteur Gaëlle LEMAISTRE

Président
Juge
Juge
Juge
Juge

REMERCIEMENT

A mon président de Jury

Madame le Professeur Claudine Mathieu,

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier

Gynécologie médicale

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury. Soyez assurée de mon profond respect.

A mon directeur de Thèse

Madame le Docteur Sandrine Frantz-Blancpain,

Docteur en médecine

Praticien Hospitalier

Gynécologie médicale

Je vous remercie de m'avoir fait confiance en me proposant ce sujet et en acceptant de diriger cette thèse. Votre engagement au sein du centre d'Orthogénie de Bordeaux est un exemple pour moi. Je vous suis reconnaissante de m'avoir guidée tout au long de ce travail.

Monsieur le Professeur Jean-Luc Brun,

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier

Gynécologie-Obstétrique

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail. J'ai apprécié l'intérêt que vous lui avez porté et les remarques et conseils que vous m'avez prodigués. Soyez assuré de ma gratitude et de tout mon respect.

Madame le Docteur Sylvie Duhamel,

Docteur en médecine

Maitre de conférence

Médecine générale

Je vous remercie d'avoir répondu avec enthousiasme à ma demande. Je vous sais gré d'apporter votre expérience de médecin généraliste pour juger ce travail sur un sujet de santé publique.

Madame le Docteur Gaëlle Lemaistre,

Docteur en médecine

Praticien Hospitalier

Gynécologie médicale

Je te remercie d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse. J'ai apprécié, lors de mon travail en gynécologie à Langon, ton aide et ta patience à mon égard.

Merci à tous ceux qui ont également participé à la réalisation de cette thèse :

Aux infirmières du service d'Orthogénie pour leur investissement dans la distribution et la collecte des questionnaires.

A ma mère, merci pour ton amour et ton soutien exceptionnel pendant ces longues années d'études, d'examens et de concours. Merci d'avoir supporté mes sautes d'humeur, je n'aurai jamais pu réussir tout ça sans toi.

A mon père, si dévoué à ses patients, je te suis reconnaissante de m'avoir donné l'envie de faire ce si beau métier. Tu as toujours été un exemple pour moi.

A ma petite sœur, merci pour ton amour et ton soutien que tu as pu m'apporter pendant toutes ses années.

A mon grand frère, qui a toujours cru en moi et qui a toujours su trouver les mots pour me donner confiance.

A mes mamies, pour leur gentillesse, leur amour et leur soutien malgré la distance.

A Pauline, ma plus belle rencontre, merci pour tous ces moments si précieux passés ensemble.

A Céline, ma Blayette, mille mercis pour ton soutien, et ton amitié. Tu as su être là pour moi à chaque instant. Ces footings à refaire le monde vont me manquer.

A mon coloc Top chef, Laurent, que je n'oublierai jamais. Merci pour ton amitié et nos moments de fou rire.

A tous mes amis Bordelais, qui m'ont apporté tellement d'amitié et d'amour pendant ces trois années d'internat. Vous allez terriblement me manquer.

A l'amour de ma vie, qui a été présent à chaque moment, pour me soutenir, me supporter et m'aimer malgré la distance qui nous séparait. Tu m'as tant aidé à la réalisation de cette thèse. Je n'aurai jamais pu réussir sans toi. Vielen Dank für alles...

A tous les médecins et patients rencontrés de mon externat angevin à mon internat bordelais.

TABLEAU DES MATIERES

ABREVIATIONS.....	6
INTRODUCTION.....	7
PARTIE 1 : CONTEXTE DE L'ETUDE.....	8
1. GENERALITE SUR L'IVG.....	8
1.1 <i>Rappel historique sur l'IVG.....</i>	<i>8</i>
1.2 <i>Evolution du recours à l'IVG en France.....</i>	<i>9</i>
1.3 <i>Déroulement d'une IVG chirurgicale.....</i>	<i>10</i>
1.3.1 Consultation médicale et entretien psychosocial.....	10
1.3.2 Méthode chirurgicale : le protocole.....	11
1.3.3 Antibioprophylaxie.....	12
1.3.4 Prise en charge de la douleur.....	13
1.4 <i>Contraception post IVG chirurgicale.....</i>	<i>13</i>
2. NOUVEAU DISPOSITIF INTRA UTERIN : JAYDESS®.....	14
2.1 <i>Présentation du produit.....</i>	<i>14</i>
2.1.1 Forme pharmaceutique.....	14
2.1.2 Mécanisme d'action, durée, coût et efficacité.....	15
2.1.3 Mode d'administration et insertion.....	16
2.2 <i>Indication et population concernée.....</i>	<i>16</i>
2.3 <i>Conditions d'utilisation et de suivi.....</i>	<i>17</i>
2.3.1 Mise en place.....	17
2.3.2 Retrait.....	17
2.3.3 Suivi.....	17
2.4 <i>Interaction médicamenteuse.....</i>	<i>17</i>
2.5 <i>Contre indication.....</i>	<i>18</i>
2.6 <i>Précaution d'emploi et effets secondaires.....</i>	<i>18</i>
2.6.1 Précaution d'emploi.....	18
2.6.2 Effets secondaires.....	19
2.6.3 Risques potentiels.....	20
2.7 <i>Comparaison Jaydess®/mirena®.....</i>	<i>21</i>
2.7.1 Différence des douleurs à l'insertion.....	21
2.7.2 Différence de simplicité d'insertion.....	21
2.7.3 Nécessité d'une dilatation cervicale.....	21
2.7.4 Kystes ovariens.....	21
2.7.5 Nombre de jours de saignement.....	22
2.7.6 Taux d'expulsion.....	22
2.8 <i>Place du Jaydess® chez les nullipares.....</i>	<i>22</i>
2.9 <i>Prescription du Jaydess® en France et dans le monde.....</i>	<i>23</i>
2.9.1 Raisons de la non prescription des DIU en général.....	24
2.9.2 Raison de la non prescription du Jaydess.....	24
PARTIE II : ETUDE DE CAS CHEZ LES MULTIPARES ET NULLIPARES AU CENTRE D'ORTHOGENIE DE BORDEAUX.....	25
1. METHODE ET MATERIEL.....	25
1.1 <i>Objectifs de l'étude.....</i>	<i>25</i>
1.2 <i>Type d'étude.....</i>	<i>25</i>
1.3 <i>Population étudiée.....</i>	<i>25</i>
1.4 <i>Questionnaires et procédure.....</i>	<i>25</i>
1.5 <i>Outils statistiques.....</i>	<i>27</i>
2. RESULTATS.....	28
2.1 <i>Sélection des patientes.....</i>	<i>28</i>
2.2 <i>Caractéristiques sociodémographiques et gynécologiques des patientes.....</i>	<i>29</i>
2.2.1 Nombres de patientes multipares et nullipares.....	30
2.2.2 Connaissances des DIU et du Jaydess® dans la population générale.....	31
2.3 <i>Nombre de DIU Jaydess® posé en per IVG chirurgicale dans la population générale.....</i>	<i>32</i>

2.4	<i>Prévalence de la prescription des DIU mirena®, Cuivre et du DIU Jaydess® en post IVG chirurgicale</i>	32
2.5	<i>Caractéristiques sociodémographiques et gynécologiques de la sous population Jaydess® en post IVG chirurgicale</i>	32
2.5.1	La moyenne d'âge des femmes sous Jaydess®.....	34
2.5.2	Qui a le plus conseillé Jaydess® ?	34
2.5.3	Contraception avant l'IVG chez les femmes sous Jaydess® en post IVG.....	34
2.5.4	Contraception antérieure des femmes sous Jaydess®	35
2.5.5	Connaissances sur le DIU Mirena® et cuivre et sur le DIU Jaydess® dans la sous population Jaydess avant IVG chirurgicale	36
2.5.6	Motivation à la pose du Jaydess® en per IVG chirurgicale.....	37
2.6	<i>Comparaison des caractéristiques des femmes sous pilule et des femmes sous Jaydess® en post IVG chirurgicale</i>	38
2.7	<i>Comparaison des caractéristiques des femmes sous Mirena® et des femmes sous Jaydess® en post-IVG chirurgicale</i>	41
2.7.1	Caractéristique sociodémographiques et gynécologique des deux populations	41
2.7.2	Analyse univariée entre les femmes sous le DIU Mirena® et les femmes sous le DIU Jaydess®	42
2.8	<i>Contraception post IVG chez les nullipares</i>	44
2.8.1	Caractéristiques sociodémographiques et gynécologiques des femmes nullipares sous Jaydess en per IVG chirurgicale.....	44
2.8.2	Contraception post IVG des nullipares	45
	PARTIE III: DISCUSSION	46
1.	LIMITES DE L'ETUDE.....	46
2.	PRINCIPAUX RESULTATS.....	46
2.1	<i>Caractéristiques de la population</i>	46
2.2	<i>Contraception post IVG</i>	46
2.3	<i>La Prescription du DIU Jaydess® et des autres DIU par les médecins généralistes</i>	47
2.4	<i>Méconnaissance des DIU et du DIU Jaydess®</i>	47
2.4.1	Méconnaissance des DIU en générale	47
2.4.2	Méconnaissance du DIU Jaydess®.....	48
2.5	<i>Motivation à la pose du DIU Jaydess®</i>	48
2.6	<i>Le DIU est-il une bonne option chez les nullipares ?</i>	49
2.7	<i>Comparaison du DIU Jaydess® et de la pilule oesoprogestative</i>	50
2.8	<i>Comparaison du DIU Jaydess® et du Mirena®</i>	50
2.9	<i>Un Intérêt à prescrire le DIU Jaydess® chez les nullipares ?</i>	51
2.9.1	Moins d'IVG répétées.....	51
2.9.2	Moins de douleur à la pose	51
2.9.3	Jaydess® plus rentable	51
2.9.4	Moins d'aménorrhée.....	52
2.10	<i>DIU Jaydess® : Nouveau Dispositif intra-utérin</i>	52
2.11	<i>Perspectives et ouverture</i>	53
	CONCLUSION	54
	BIBLIOGRAPHIE	55
	LISTE DES FIGURES	61
	LISTE DES TABLEAUX	62
	ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE	63

ABREVIATIONS

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

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

CI : Contre-Indication

COC : Contraceptifs Oraux Combinés

CNGOF : Collège National des Gynéco-Obstétriciens Français

DIU : Dispositif Intra-Utérin

GEU : Grossesse Extra-utérine

HAS : Haute Autorité de Santé

IC : Intervalle de Confiance

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

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

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

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LARC : Long Acting Reversible Contraception

LNG : lévonorgestrel

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RC : Rapports de côte

SA : Semaines d'aménorrhée

SIDA : Syndrome d'immunodéficience Acquise

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

La contraception ainsi que l'interruption volontaire de grossesse sont considérées comme l'un des plus grands progrès médico-sociaux en France sur le plan de la liberté individuelle.

Simone Veil a marqué la lutte pour les droits des femmes en légalisant le 17 Janvier 1975, l'interruption médicale de grossesse (IVG). Jusque-là, avorter pour une raison non médicale était un délit, passible de prison. Cette loi a permis une grande avancée dans le monde médico social et notamment pour le droit des femmes.

Si la couverture contraceptive est meilleure aujourd'hui que dans les années 70, le nombre d'interruption volontaire de grossesse pratiqué en France n'a pas baissé, car lorsqu'une grossesse non souhaitée survient, le recours à l'IVG est plus fréquent. Toutes les catégories sociales sont concernées et il existe actuellement un tiers des femmes en France qui ont recours à l'interruption volontaire de grossesse. Ce n'est donc pas un évènement exceptionnel dans la vie sexuelle et reproductive d'une femme.

Depuis 2006, le nombre d'IVG reste stable, et les femmes entre 20 et 24 ans restent le plus concernées. La part des femmes qui avortent plusieurs fois dans leur vie est en constante augmentation depuis 1975, ce qui révèle les difficultés auxquelles sont confrontées les femmes dans la gestion quotidienne de leur contraception. De plus, l'âge du premier rapport sexuel diminue et l'âge d'une première maternité augmente ce qui allonge la période au cours de laquelle une femme peut être concernée par une IVG. Il est donc important pour chaque femme de trouver une contraception adaptée et efficace avant le premier enfant.(1)

Un nouveau dispositif intra utérin hormonal (DIU) Jaydess® a été commercialisé en mars 2014. Selon L'HAS, les DIU sont utilisables après une IVG et peuvent être immédiatement insérés au décours de l'IVG chirurgicale. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2) rappelle que le DIU est le moyen de contraception présentant le meilleur rapport coût-efficacité. Mais son utilisation en France reste encore controversée, particulièrement chez les jeunes femmes et les nullipares.

Dans la communauté médicale et notamment chez les médecins généralistes, il existe un frein à la prescription du DIU chez les nullipares, la principale raison étant la crainte des maladies inflammatoires pelviennes et la pose du dispositif (3).

Le nouveau DIU Jaydess® serait pourtant une alternative au Minera®, plus petit et moins large, dans la contraception chez les nullipares. L'indication chez les nullipares reste encore en seconde intention.

L'IVG correspond à une opportunité d'aborder les questions contraceptives. Elle permet souvent de faire accepter un mode de contraception adapté et en particulier de passer à une contraception de longue durée d'action. C'est un moment, également, pour permettre aux femmes de connaître de nouveaux moyens contraceptifs.

Devant ces différents constats, il est nécessaire de chercher et trouver les clés pour améliorer la situation.

Une étude a donc été menée au centre d'Orthogénie du CHU de Bordeaux chez les femmes multipares et nullipares en demande d'IVG chirurgicale afin d'évaluer la place de la prescription du nouveau dispositif intra-utérin Jaydess® dans cette population.

PARTIE 1 : CONTEXTE DE L'ETUDE

1. GENERALITE SUR L'IVG

1.1 Rappel historique sur l'IVG

Le 28 décembre **1967**, la loi n° 67-1176, relative à la régulation des naissances, également appelée Loi NEUWIRTH, autorise la contraception et supprime des dispositions législatives antérieures (1920) qui l'interdisaient. (4)

En **1971**, il existe un mouvement des femmes avec notamment le 5 avril, où le Nouvel Observateur publie un manifeste signé par 343 femmes, parmi lesquelles de nombreuses personnalités (actrices, avocates, femmes de lettres, enseignantes, etc.), déclarent avoir avorté et réclament l'avortement libre. En Juillet une association "Choisir" se crée, autour de l'avocate Gisèle Halimi, qui lutte pour l'abrogation de la loi de 1920 qui fait de l'avortement un crime. Le 30 novembre une marche internationale est organisée pour l'abolition des lois contre l'avortement à Paris.

La loi n° 75-17 du 17 janvier **1975**, dite loi Veil autorise l'IVG en France et fixe les grands principes régissant sa pratique :

- l'IVG est décidée par la femme enceinte concernée lorsqu'elle estime que sa grossesse la place dans une situation de détresse.
- l'intervention est soumise à des conditions de délai : elle doit être réalisée avant le fin de la 10^{ème} semaine de grossesse.
- l'acte est réalisé par un médecin, dans un établissement de santé.
- le médecin et le personnel concourant à l'intervention disposent d'une clause de conscience : ils ne sont pas obligés de pratiquer l'intervention.
- la femme doit réaliser des démarches obligatoires, destinées à son information et à sa réflexion, préalablement à l'intervention :
 - o 2 consultations médicales (un délai de réflexion d'une semaine est prévu entre les 2 consultations)
 - o 1 consultation psycho-sociale

Le 31 décembre **1979**, une loi sur l'IVG rend définitives les dispositions de la loi de 1975 (loi n° 79-1204), qui supprime notamment certaines entraves à la réalisation de l'IVG, concernant les modalités d'accord du médecin et l'accueil dans les services hospitaliers. Le projet de loi, qui rencontre une forte opposition au motif que la loi Veil a banalisé l'avortement, est adopté par 271 voix contre 201, seuls 70 députés de la majorité sur 290 ayant voté pour.

La loi relative à la contraception d'urgence ne soumet plus à prescription obligatoire les médicaments ayant pour but la contraception d'urgence qui ne sont pas susceptibles de présenter un danger pour la santé. Elle autorise la délivrance de la contraception d'urgence, dans des conditions définies par décret, aux mineures désirant garder le secret dans les pharmacies. Enfin elle autorise l'administration de la contraception d'urgence par les infirmières, aux élèves mineures et majeures des collèges et lycées, dans les cas d'urgence et de détresse caractérisée.

La loi n° 2001-588 du **4 juillet 2001**, relative à l'IVG et à la contraception, modernise la loi de 1975, en tenant compte des évolutions tant médicales que sociales. Le délai de recours à l'IVG est allongé : il est porté à 12 semaines de grossesse. Cette disposition facilite l'accès des femmes à l'IVG et aligne la législation française sur celle de la plupart des pays européens. Cette loi prévoit également la possibilité de pratiquer des IVG en médecine de ville.

Les mineures peuvent avoir accès à l'IVG sans autorisation parentale. La mineure choisit un adulte majeur pour l'accompagner dans ses démarches.

Les conditions de recours aux consultations psycho-sociales sont modifiées : une consultation psycho-sociale préalable est proposée à toutes les femmes. Toutefois, le caractère obligatoire de cette consultation est supprimé pour les femmes majeures, mais maintenu pour les mineures. Une 2^{ème} consultation psycho-sociale est proposée à toutes les femmes après l'intervention.

La loi n° 2012-1404 du **17 décembre 2012** de financement de la sécurité sociale pour 2013 prévoit une prise en charge à 100% des IVG par l'assurance maladie.

Le **17 Janvier 2013**, Marisol Touraine, Ministre de la Santé, rend gratuite l'IVG pour toutes les femmes, quelle que soit la méthode (instrumentale ou médicamenteuse). Les femmes doivent conserver le choix de la méthode.

Le **4 août 2014**, la loi n°2014-873 promulgue l'égalité réelle entre les femmes et les hommes, supprimant la notion de détresse des conditions de recours à l'IVG et étendant le délit d'entrave à l'IVG à l'accès à l'information sur l'IVG.

Depuis le **26 janvier 2016**, la loi de modernisation de notre système de santé portée par Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes supprime le délai minimal de réflexion d'une semaine. Elle permet également aux sages-femmes, depuis le 6 Juin 2016, de pratiquer des IVG médicamenteuses et aux centres de santé de pratiquer des IVG instrumentales.

Enfin, depuis le **1^{er} avril 2016**, tous les actes nécessaires pour une IVG sont remboursés à 100%.

1.2 Evolution du recours à l'IVG en France

En 2015, **218 100 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en France**, dont 203 500 en Métropole. Leur nombre est relativement stable depuis 2006, avec un taux de recours de 14,4 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans dans la Métropole et de 26,5 dans les DOM. (5)

Il existe néanmoins des écarts régionaux qui perdurent, avec des recours moyens toujours supérieurs à 17 IVG pour 1 000 femmes en Ile-de-France, Provence – Alpes-Côte d'Azur, Corse, Languedoc-Roussillon et dans les DOM.

Le nombre d'IVG a évolué de manière parallèle à celui des naissances depuis 1995.

L'âge moyen à la maternité a reculé, passant de 26,7 ans en 1975 à 30,1 ans au début de la décennie 2010. En revanche, l'âge moyen à l'IVG a tendance à rajeunir, passant de 28,6 ans en 1975 à 27,5 ans en 2003. Puis il a cessé de baisser, restant stable autour de **27,5 ans(6)**.

Les femmes de 20 à 24 ans restent les plus concernées, avec un taux de 27 IVG pour 1000 femmes. Les taux continuent à décroître chez les femmes de moins de 20 ans, atteignant 7,6 recours pour 1 000 femmes parmi les 15-17 ans et 19,5 parmi les 18-19 ans. L'indice conjoncturel d'avortement est stable depuis 2006 et correspond à 0,54 IVG par femme. (5)

La population des nullipares représente 42,8% des femmes ayant subi une IVG en 2011 et 14,4% des interruptions tardives (≥ 11 SA). (7)

Le nombre d'IVG réalisées hors d'une structure hospitalière continue d'augmenter, atteignant 36 300 en Métropole et 3 400 dans les DOM, soit 18 % du total des IVG. À l'hôpital, la part des IVG instrumentales se stabilise autour de 50 %.

La durée moyenne de grossesse dans le cas des IVG médicamenteuses est plus courte que pour les interruptions chirurgicales : un peu plus de 7 SA contre près de **10 SA depuis 2002 pour les IVG chirurgicales**. Pour ces dernières, la durée moyenne a augmenté de presque une semaine entre 1997 et 2002, passant de 9,1 à 9,9 SA, pour se stabiliser par la suite. La méthode médicamenteuse a remplacé une partie des interventions chirurgicales des premières semaines. (6)

Depuis 1975, le recours à l'IVG a d'abord baissé grâce à une meilleure diffusion de la contraception, puis s'est ensuite stabilisé

En 2011, un tiers des femmes ont recours à l'IVG au cours de leur vie dont 10% deux fois et 4% trois fois ou d'avantage. (6) En effet même si la part des premières IVG poursuit sa baisse, la proportion d'IVG répétées augmente de façon continue depuis 1975. Après une première IVG, la probabilité d'une nouvelle IVG est estimée à 41 %. Après deux ou trois IVG, les probabilités sont un peu plus faibles, entre 30 % et 32 %. La durée moyenne entre deux IVG est de 5 ans après la première. (7)

La hausse est surtout marquée chez les femmes de moins de 30 ans, chez celle qui ont déclaré vivre seules au moment de l'IVG et chez celles qui n'avaient pas d'emploi, notamment les étudiantes. **La proportion de nullipares est de 30%.** (1)

1.3 Déroulement d'une IVG chirurgicale

1.3.1 Consultation médicale et entretien psychosocial

En France, une IVG peut être pratiquée **avant la fin de la 12^e semaine de grossesse.** (8)

Lors de la première consultation, la patiente fait sa demande d'IVG. C'est la première des deux consultations médicales nécessaires avant la réalisation d'une IVG. Ces deux consultations sont obligatoires. Au cours de cette consultation, la femme reçoit également le **dossier-guide** et des **informations orales**, claires et précises sur la procédure, les différentes méthodes d'interruption volontaire de grossesse, les choix offerts de recourt à l'anesthésie locale ou générale ainsi que sur les risques et les effets secondaires possibles. Cette première consultation permet aussi à la femme de recevoir du médecin une information sur les différentes méthodes contraceptives et de discuter avec lui du choix d'un moyen contraceptif adapté à sa situation. Il est utile de tenter de comprendre les raisons de l'échec de la contraception actuelle ou de son absence. La patiente peut être également informée des moyens de prévention et du dépistage des infections sexuellement transmissibles, tel que le VIH.

A l'occasion de la demande d'IVG ou préalablement à la deuxième consultation médicale, le médecin doit proposer à la femme de bénéficier d'un **entretien psycho-social** avec une conseillère conjugale, qualifiée et à l'écoute afin de déterminer les difficultés psycho sociales.

Cet entretien est facultatif pour les femmes majeures, mais obligatoires pour les mineures. Il se déroule entre les deux consultations préalables.

Depuis le 26 janvier 2016 et selon la loi n° 2016-41, le délai entre la première et la deuxième consultation a été supprimé. Au cours de cette **deuxième consultation**, la patiente signe un consentement écrit. S'il s'agit d'une mineure, elle doit remettre l'attestation de l'entretien psycho-social. Le médecin doit demander à la femme l'attestation de première consultation médicale et établit une attestation de deuxième consultation médicale. Durant cette consultation, un interrogatoire précis est réalisé, ainsi qu'un examen clinique et une échographie. En milieu hospitalier, le recours à une échographie doit être possible sur place lors de la consultation.

La consultation pré-IVG est l'occasion également de proposer, selon le contexte clinique, un dépistage des maladies sexuellement transmissibles (IST) et des frottis cervico-vaginaux. (9)

Dans le cadre des interruptions volontaires de grossesse chirurgicales, une consultation pré-anesthésique doit être réalisée. Un bilan biologique sera prescrit avec un groupe sanguin, Rhésus et une recherche d'agglutinines irrégulières. D'autres examens peuvent être prescrits si nécessaire.

Une **consultation de contrôle** entre 14 et 21 jours est proposée afin de s'assurer de l'absence de complication tant médicale que psychologique et de refaire le point sur la contraception en cours ou à venir.

Une consultation psycho-sociale est systématiquement proposée après l'IVG. Elle permet à la femme de parler de sa situation si elle en ressent le besoin.

1.3.2 Méthode chirurgicale : le protocole

L'IVG par aspiration est la technique la plus utilisée en France actuellement. Elle doit avoir lieu dans un bloc opératoire disposant de l'équipement anesthésique réglementaire et d'une salle de réveil. Les mesures d'asepsie chirurgicale stricte doivent être appliquées : lavages des mains, préparation du site opératoire, casaque et gants stériles. Les locaux doivent fournir la meilleure sécurité, tout en respectant l'intimité de la patiente.

1.3.2.1 Prémédication

Une prémédication est fréquemment utilisée avec des antalgiques de niveau 1 ou 2 plus ou moins associés à un anxiolytique. Le protocole d'azote (MEOPA) est de plus en plus souvent administré en association avec l'anesthésie locale.

1.3.2.2 Préparation du col utérin

Des lésions traumatiques du col utérin peuvent survenir, notamment au cours de la phase de dilatation cervicale préalable à l'aspiration.

Il existe deux méthodes : mécaniques par lamineaires naturelles ou synthétiques et une méthode médicamenteuse. Les bénéfices de ces méthodes sont démontrées essentiellement au delà de 9 SA, avec une facilitation de la dilatation cervicale et une diminution des saignements post opératoire.

La préparation médicamenteuse comprend 200 milligrammes (mg) de mifépristone (soit 1 comprimé) per os 36 à 48 heures avant OU 400 microgrammes (mcg) de misoprostol (soit 2 comprimés) par voie orale ou vaginale 3 heures avant. (9)(10)

1.3.2.3 Dilatation cervicale mécanique

Elle précède l'aspiration. La dilatation cervicale mécanique est réalisée à l'aide de bougies de calibres croissant, jusqu'à la charnière de 6 à 12, selon le terme et la capacité de dilatation du col. (11)

1.3.2.4 Aspiration

L'aspiration est pratiquée à l'aide d'une canule d'aspiration introduite jusqu'au fond utérin. L'opérateur commence par quelques secondes d'attente de dépression, ce qui permet de décoller l'œuf. Il effectue ensuite des mouvements lents de rotation axiale de 180° qui décrochent lentement le contenu utérin.

Le geste chirurgical de courte durée (quelques minutes) peut être réalisé après anesthésie locorégionale du col utérin (injection de 10 à 20 cc de lidocaïne 1%) ou bien sous anesthésie générale.

En cas d'anesthésie générale, les patientes doivent bénéficier d'une consultation avec un anesthésiste avant l'intervention.

1.3.2.5 Suite opératoire

La patiente reste en salle de réveil pendant au moins deux heures. On y surveille l'importance des saignements et la douleur. La sortie est autorisée 6 heures après une anesthésie générale. La patiente peut quitter le service le jour même, en l'absence de complication, avec des conseils de surveillance.

1.3.2.6 Allo immunisation

Une prévention de l'allo-immunisation anti-Rhésus D est réalisée lorsque la femme est Rhésus négatif par 200 µg d'immunoglobulines humaines anti-D (Rophylac).

1.3.3 Antibioprophylaxie

L'infection de l'appareil génital supérieur, notamment de l'utérus et des trompes de Fallope, peut provoquer des complications après un avortement provoqué.

Le métronidazole et/ou la doxycycline sont les antibiotiques de choix. Le choix de l'antibiotique doit prendre en compte l'épidémiologie locale des infections de l'appareil génital, notamment des infections sexuellement transmissibles. (12)

Les posologies recommandées sont les suivantes : (13)

- patientes de moins de 25 ans ou autre groupe à risque d'infection sexuellement transmissible : doxycycline 100 mg per os 1 heure avant l'IVG suivie de 200 mg juste après la procédure. L'azithromycine per os 1g constitue une alternative intéressante, notamment en cas d'intolérance à la doxycycline.
- patientes de plus de 25 ans : métronidazole 500 mg per os au moment de l'IVG puis 500 mg per os à 4 et 8 heures après (3 comprimés au total). En cas d'allergie, la cefoxitine 2 g en perfusion lente en per-opératoire peut être utilisée

L'administration de Doxycycline chez une patiente à jeun, une heure avant l'intervention peut donner des vomissements. L'alternative de donner de l'azithromycine la veille de l'IVG pourrait résoudre cet inconvénient.

1.3.4 Prise en charge de la douleur

L'interruption volontaire de grossesse par aspiration, la technique d'anesthésie locale par bloc paracervical ne prévient pas la survenue de douleurs considérées comme sévères lors de la pratique de l'aspiration endo-utérine. L'injection de lidocaïne intra cervicale au niveau de la région isthmique diminue significativement le score de la douleur. Les benzodiazépines sont inefficaces. En revanche, l'administration d'ibuprofène (AINS) est efficace. (9)

1.4 Contraception post IVG chirurgicale

La reprise de la fertilité après une IVG est immédiate. Une contraception efficace est donc indispensable dès la réalisation de l'IVG.

Une information sur la contraception doit être délivrée lors de la consultation pré-IVG. C'est le moment de :

- réévaluer le parcours contraceptif et l'adéquation de la méthode à sa situation
- refaire une information sur toutes les méthodes de contraception et sur les méthodes de rattrapage et s'assurer qu'elle a bien été comprise
- informer sur la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) et le Sida.

La consultation en post-IVG permet de vérifier si la méthode choisie est adéquate et bien adaptée à la femme, notamment au regard de l'observance.

Selon les recommandations de l'HAS (14), une reprise précoce (< 24h) des oestroprogestatifs (pilule, patch combiné ou anneau vaginal) est recommandée. Ils sont utilisables immédiatement après une IVG chez la femme ne présentant pas de contre indication. Les pilules de 3^{ème} génération contenant du désogestrel ou du gestodène, et de 4^{ème} génération contenant de la drospirénone, exposent à un risque accru d'accidents thromboemboliques par rapport aux pilules contenant du lévonorgestrel. Elles ne sont donc pas utilisées en première intention.

Aucun consensus n'a été déterminé sur la durée du traitement hormonal. Il est de pratique courante de rediscuter du choix contraceptif après 1 à 2 mois d'oesoprogestatifs.(15)

Les progestatifs (pilule, implants sous-cutané, injection intramusculaire) sont utilisables immédiatement après une IVG en l'absence de contre-indication.

Les DIU sont utilisables après une IVG (chirurgicale ou médicamenteuse) en l'absence de contre-indications (en particulier malformations utérines, infections en cours ou saignements inexpliqués), après avoir évalué et écarté un risque infectieux. Les DIU peuvent être proposés aux femmes, **quelles que soient la parité et la gestité** (femmes multipares ou nullipares). Les DIU sont utilisables chez l'adolescente ne présentant pas de contre-indications (16). Quel que soit le DIU, il peut être mis en place immédiatement au décours de l'aspiration après une IVG chirurgicale (sauf en cas d'épisode infectieux), soit lors d'une visite de contrôle (post-IVG) qui, bien que non obligatoire, est proposée aux patientes. Le DIU au LNG est à privilégier en cas de ménorragies fonctionnelles ou de saignements abondants avec un DIU au cuivre, à condition que les femmes acceptent l'éventualité de ne plus avoir de règles. Les médecins doivent conseiller aux femmes de consulter 1 à 3 mois après la pose puis annuellement ainsi qu'en cas de douleurs pelviennes, de saignements ou de fièvre inexpliqués.

En effet, on remarque que **la grossesse non désirée survient suite à l'échec de la méthode contraceptive dans 19% des cas et suite à son utilisation incorrecte dans 46% des cas.** Pour les femmes sous contraception orale, l'oubli de la pilule est en cause dans 91,5% des cas (17). Il existe une diminution de la proportion de femmes n'utilisant pas de contraception mais il reste tout de même encore 22,9 % des femmes qui n'utilisent pas de contraception après une IVG. Il y a un effondrement de l'utilisation du préservatif au profit de l'utilisation de la pilule (50,3 %) et des contraceptifs dits à longue durée d'action ou LARC (long acting reversible contraception) avec 16,7 % des femmes utilisant le DIU et 7,1 % l'implant sous-cutané (18).

Une étude Américaine a également montré que les femmes ayant eu recours à l'IVG avaient 60% plus de chances d'être à nouveau enceinte non intentionnellement que celles qui n'avaient jamais subi d'IVG (19). De plus, les femmes ayant subi une IVG ont 20% de plus de risque d'arrêter leur contraception que les femmes n'ayant jamais avorté.

Il semble donc avoir un intérêt des moyens de contraceptifs réversibles de longue durée. Leur efficacité est indépendante de l'observance de la patiente, leur continuation ne nécessite pas un approvisionnement chez le pharmacien, et leur discontinuation nécessite l'intervention d'un spécialiste (18).

Plusieurs études ont mis en évidence une meilleure efficacité des implants et des dispositifs intra utérins en prévention des IVG répétés. Les femmes ne semblent pas réfractaires. Elles choisissent même ce type de contraception en post IVG, notamment en cas d'antécédent d'IVG. Elles y ont accès immédiatement en per-IVG.

Si l'IVG correspond à une opportunité d'aborder les questions contraceptives, près d'une femme sur cinq est sans prescription contraceptive après l'intervention, la moitié reçoit une prescription de pilule tandis que 30 % optent pour une méthode à longue durée d'action (17).

2. NOUVEAU DISPOSITIF INTRA UTERIN : JAYDESS®

Ce nouveau dispositif appartient à la famille des dispositifs intra utérins hormonaux. Contrairement aux DIU au cuivre, les DIU hormonaux n'ont pas le statut de dispositif médical mais celui de médicament. Le Jaydess® est sur le marché que depuis Mars 2014.

2.1 Présentation du produit

2.1.1 Forme pharmaceutique

Le DIU Jaydess® est composé d'une capsule hormonale fixée sur un support en plastique souple en forme de T. (20)

La tige verticale contient du sulfate de baryum, ce qui permet de rendre le système **visible à la radiographie**. La tige verticale possède également un anneau argenté, permettant de rendre **visible le dispositif en échographie**.

Ce dispositif mesure 30 mm de long, 28 mm de largeur. Le diamètre du tube inserteur est de 3,8mm. (21)

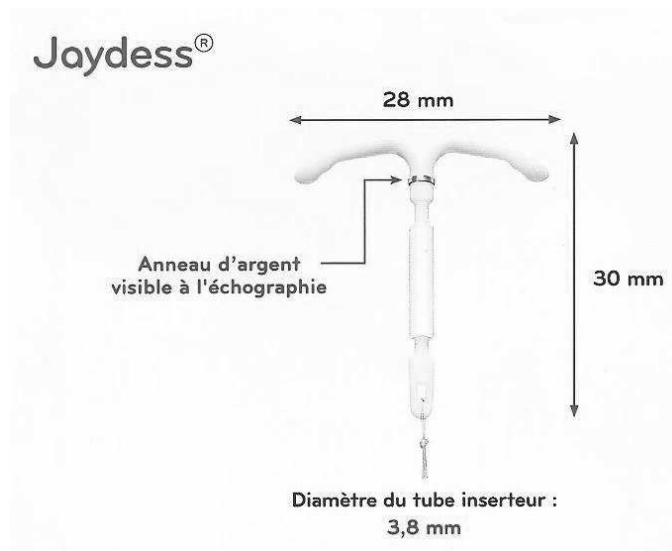


Figure 1 - Jaydess®
Source : Bayer Healthcare (2014)

2.1.2 Mécanisme d'action, durée, coût et efficacité

2.1.2.1 Mécanisme d'action

Jaydess® exerce principalement des effets progestatifs locaux dans la cavité utérine.

La forte concentration en lévonorgestrel dans l'endomètre entraîne une régulation négative des récepteurs endométriaux aux œstrogènes et à la progestérone. Il délivre une concentration d'environ 6 mcg/24h sur 3 ans. (22)

Ceci a pour conséquences (23) :

- 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 ;
- 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 de l'œuf fécondé, et accessoirement un effet nocif direct sur le blastocyte: 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. (24)

2.1.2.2 Durée

Il a une durée maximale de 3 ans.

2.1.2.3 Coût

Son prix est de 100,39 €. Il est remboursé à 65% par l'Assurance Maladie (25).

2.1.2.4 Efficacité

L'indice de Pearl à 1 an a été de 0,41 et l'indice de Pearl **à 3 ans est de 0,33** (26). Le taux d'échec a été d'environ 0,4 % à 1 an et le taux d'échec cumulé est d'environ 0,9 % à 3 ans.(21)

2.1.3 Mode d'administration et insertion

2.1.3.1 Mode d'administration

Jaydess® doit être posé par un professionnel de santé, dans des conditions d'asepsie stricte. Jaydess® est conditionné dans un inserteur sous emballage stérile. Il est à usage unique.

2.1.3.2 Insertion

L'insertion nécessite un examen gynécologique afin de déterminer la taille et la position de l'utérus. Il permet également de rechercher des signes d'infection génitale aiguë ou toute autre contre-indication à la pose de Jaydess®.

Un test de grossesse doit être effectué s'il existe le moindre doute.

Toute grossesse ou maladie sexuellement transmissible doit être exclue. Les infections génitales doivent avoir été traitées avec succès avant l'insertion.

La technique d'insertion est identique à la pose des autres types de DIU :

- utilisation d'une pince de Pozzi, pour aligner le canal cervical et la cavité utérine, en pinçant la partie antérieure du col. Dans le cas d'un utérus rétroversé, il peut être plus adapté de saisir la lèvre postérieure du col utérin.
- Insérer un hystéromètre à travers le canal cervical pour déterminer la profondeur et la direction de la cavité utérine et afin d'écarter tout signe d'anomalies intra-utérines.

L'insertion et le retrait peuvent provoquer des douleurs et des saignements. La procédure peut déclencher une réaction vasovagale ou une crise convulsive si la patiente est épileptique, dont la patiente doit être informée avant la réalisation du geste.

2.2 Indication et population concernée

Le DIU Jaydess® est indiqué dans la contraception endo-utérine.

Il est considéré comme un dispositif intra-utérin de deuxième intention, c'est-à-dire en cas de mauvaise tolérance (ménorragies) à un dispositif intra-utérin au cuivre. Le RCP du DIU Mirena®, comme celui de Jaydess®, précise que ces spécialités ne sont pas des méthodes contraceptives de première intention chez les nullipares.(27)

L'utilisation du DIU 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.

De plus, le DIU Jaydess® n'a pas été étudié chez les femmes âgées de plus de 65 ans et n'est pas indiqué chez les femmes ménopausées.

L'efficacité et la sécurité d'emploi de Jaydess ont été évaluées chez les femmes à partir de 18 ans. Jaydess® n'est pas une méthode contraceptive de première intention chez les nullipares car l'expérience clinique est limitée.

Jaydess® n'a pas été étudié chez les femmes souffrant d'insuffisance rénale.

Jaydess® n'a pas été étudié chez les femmes souffrant d'insuffisance hépatique. Chez les femmes atteintes d'hépatopathie aiguë ou de tumeur hépatique, Jaydess ne doit pas être utilisé.

2.3 Conditions d'utilisation et de suivi

2.3.1 Mise en place

Il est recommandé que la pose de Jaydess® soit réalisée exclusivement par un professionnel de santé familiarisé avec la technique de pose des DIU.

Le DIU hormonal doit être inséré de préférence durant la semaine qui suit le début des règles. S'il est inséré à un autre moment du 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. 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.

En cas d'insertion difficile, ou de douleurs ou de saignements anormaux, pendant ou après l'insertion, des mesures appropriées, telles qu'un examen clinique et une échographie, doivent être prises immédiatement afin d'exclure toute perforation. (21)

2.3.2 Retrait

Le retrait de Jaydess® est effectué en tirant délicatement sur les fils à l'aide d'une pince. Si les fils ne sont pas visibles mais si la présence du système dans la cavité utérine est confirmée par l'échographie, celui-ci peut être retiré à l'aide d'une pince fine ; une dilatation du canal cervical ou une intervention chirurgicale peut être parfois nécessaire.

Le système doit être retiré au plus tard à la fin de la troisième année. Si la patiente souhaite continuer d'utiliser la même méthode, un nouveau système peut être posé immédiatement après le retrait de l'ancien système.

Si le système est retiré à un autre moment du cycle et que la patiente a eu des rapports sexuels dans la semaine précédente, l'efficacité contraceptive n'est assurée que si un nouveau système est inséré immédiatement après le retrait.

Après le retrait de Jaydess®, le système doit être inspecté afin de vérifier qu'il est intact. (21)

2.3.3 Suivi

La patiente doit être examinée 4 à 6 semaines après l'insertion afin de contrôler les fils et de vérifier que le système est correctement positionné.

Des visites de contrôle sont ensuite recommandées une fois par an, voire plus souvent en fonction de la situation clinique.

2.4 Interaction médicamenteuse

Des interactions sont possibles avec les médicaments suivants (25) :

- inducteurs des enzymes microsomales hépatiques, notamment les enzymes du cytochrome P450, qui sont susceptibles d'augmenter le métabolisme du lévonorgestrel, entraînant une clairance accrue des hormones sexuelles
- les substances inhibant les enzymes de métabolisation des médicaments (par exemple, itraconazole, kétoconazole) peuvent accroître les concentrations sériques du lévonorgestrel.

L'influence de ces médicaments sur l'efficacité de Jaydess® n'est pas connue, mais elle ne devrait pas avoir d'impact majeur étant donné le mécanisme d'action local du système.

Les tests non cliniques ont montré que les patientes pouvaient bénéficier d'une IRM en toute sécurité.

2.5 Contre indication

Selon l'HAS (28):

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

2.6 Précaution d'emploi et effets secondaires

2.6.1 Précaution d'emploi

Le DIU Jaydess® doit être utilisé avec précaution après consultation d'un spécialiste et le retrait du système doit être envisagé en cas de survenue ou d'aggravation, pour la première fois, de l'un des troubles suivants (25):

- migraine, migraine focale avec perte de la vision asymétrique ou autres symptômes indiquant une ischémie cérébrale transitoire
- ictère
- augmentation importante de la pression artérielle
- pathologie artérielle sévère tel qu'un AVC ou un infarctus du myocarde

Le lévonorgestrel à faible dose peut également affecter la tolérance au glucose et la glycémie doit être surveillée chez les utilisatrices de Jaydess qui sont atteintes de diabète, mais généralement aucune modification de la posologie du traitement antidiabétique n'est nécessaire.

2.6.2 Effets secondaires

Le retrait du DIU levonorgestrel devra être envisagé (HAS) (28):

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

Les fréquences des effets indésirables signalés avec le DIU Jaydess® sont récapitulées dans le tableau ci-dessous. Au sein de chaque groupe de fréquence, les effets indésirables sont présentés par ordre décroissant de gravité. Les fréquences sont définies comme suit :

- très fréquent ($\geq 1/10$),
- fréquent ($\geq 1/100, < 1/10$),
- peu fréquent ($\geq 1/1\ 000 ; < 1/100$),
- rare ($\geq 1/10\ 000, < 1/1\ 000$),
- très rare ($< 1/10\ 000$)

Classe de systèmes d'organes	Très fréquent	Fréquent	Peu fréquent	Rare
Affections psychiatriques		Humeur dépressive/ Dépression		
Affections du système nerveux	Céphalée	Migraine		
Affections gastro-intestinales	Douleur abdominale/ pelvienne	Nausées		
Affections de la peau et du tissu sous-cutané	Acné/séborrhée	Alopécie	Hirsutisme	
Affections des organes de reproduction et du sein	Modifications des règles y compris augmentation et réduction des saignements menstruels, spottings, oligoménorrhée et aménorrhée Kyste ovarien Vulvo-vaginite	Infection de l'appareil génital haut Dysménorrhée Douleur/gêne mammaire Expulsion du dispositif (complète ou partielle) Pertes génitales		Perforation utérine

Figure 2 - Tableau récapitulatif des effets indésirables
Source : Agence Nationale de la Sécurité du Médicament (21)

2.6.3 Risques potentiels

2.6.3.1 Complications infectieuses

Dans le cadre des dispositifs intra utérins en général, le risque d'infection génitale haute est avéré mais seulement dans les vingt premiers jours après la pose. Le taux est de 9,7 pour 1000 femmes par an la première année puis 1,54 pour 1000 les années suivantes. Bien que le système Jaydess® et l'inserteur soient initialement stériles, ils peuvent, suite à une contamination bactérienne lors de l'insertion, devenir un vecteur d'infection microbienne au niveau de l'appareil génital haut.

Ce risque est d'autant plus augmenté si la patiente est porteuse du *Chlamydia trachomatis* par mécanisme d'extension. Il semble plus lié au mode vie sexuel qu'au DIU lui-même. Des études ont été menées sur l'intérêt d'une antibioprophylaxie avant la pose et ne concluent pas à son efficacité, elle n'est donc pas recommandée(29). La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande de rechercher une infection à *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae* avant la pose du DIU notamment en cas d'IST, infection génitale haute en cours ou récente, âge < 25 ans, et partenaires multiples. (14)

2.6.3.2 Risque de grossesse extra utérine

Dans les essais cliniques, l'incidence globale des grossesses extra-utérines avec Jaydess® a été d'environ 0,11 pour 100 années-femmes.

La possibilité d'une grossesse extra-utérine doit être envisagée en cas de douleur abdominale basse, en particulier si elle s'accompagne d'une absence de menstruation ou si des saignements apparaissent chez une femme jusque-là en aménorrhée. (21)

2.6.3.3 Risque de perforation utérine

Il s'agit d'une complication rare. L'incidence est inférieure à 1 pour 1000. Il n'existe pas de différence significative du taux de perforation entre les dispositifs intra utérins hormonaux et les DIU au cuivre. (30)

2.6.3.4 Risque d'expulsion

Une expulsion peut se produire pour environ 1 femme sur 20, elle survient en général dans les trois premiers mois suivant la pose. (14)

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 (31) (Trinh et al., 2008).

Aucunes études n'ont été pour le moment publiées concernant le Jaydess®.

2.7 Comparaison Jaydess®/mirena®

	MIRENA®	JAYDESS®
taille	32 × 32mm	28 × 30mm
durée	5 ans	3 ans
applicateur	4,75 mm	3,8 mm
LNG total	52 mcg	13,5mcg
Index Pearl	0,2 – 0,7	0,33
Concentration LNG/24h	20mcg/24h	6mcg/24h

Tableau 1 - comparaison Jaydess® & Mirena® – Bayer Healthcare (32) (22)

Les deux dispositifs intra utérins ont été comparés dans une seule étude de phase II qui a révélé que la fiabilité contraceptive des deux dispositifs était semblable. (33)

Cette étude réalisée en 2012 par Gemzell-Danielsson K et al., montre plusieurs résultats qui sont présentés par la suite.

2.7.1 Différence des douleurs à l'insertion

($p < 0,001$) :

30,1% de femmes ne présentent aucune douleur avec Jaydess® contre 17,3% avec Mirena®.

22,2% présentent des douleurs modérées avec le Jaydess® vers 35,4% avec le Mirena®.

5% présentent des douleurs sévères avec le Jaydess® vers 6,7% avec le Mirena®.

Dans une autre étude randomisée, une douleur « sévère » est décrite chez 8% des femmes participant à l'étude.(26)

2.7.2 Différence de simplicité d'insertion

($p < 0,01$) :

La pose du Jaydess® est simple dans 94,6% des cas contre 86,3% pour le Mirena®.

La pose est un peu difficile du Jaydess® dans 4,6% des cas versus 12,2% pour le Mirena®.

La pose est très difficile dans 0,8% versus 1,6% pour le Mirena®.

Dans la seconde étude citée précédemment, la pose du Jaydess® est une réussite à la première tentative dans 96% des cas.(26)

2.7.3 Nécessité d'une dilatation cervicale

($p < 0,04$) :

La dilatation n'a pas été nécessaire pour 94,2% des sujets, mais a été utilisée plus fréquemment pour Mirena® que pour Jaydess® (9,4% versus 3,9%).

2.7.4 Kystes ovariens

L'apparition de kyste ovarien est moindre sous Jaydess® (5,9%) que sous Mirena® (22%)

Une étude Américaine, a montré une prévalence de kystes ovariens de 1,6% à un an après la pose d'un DIU libérant 13,5mg de LNG, et une prévalence variant entre 1,9% et 2,4% dans les 3 ans. Aucun kyste ovarien n'a persisté au delà de 9 mois, pouvant suggérer une origine fonctionnelle de ces kystes. (34)

2.7.5 Nombre de jours de saignement

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® mais plus de spottings. Toutefois, dans les deux cas, il y a diminution des douleurs menstruelles au fil du temps. (35)(26)

2.7.6 Taux d'expulsion

Le taux d'expulsion après insertion a été avec les 2 DIU, de l'ordre de 5%. (36)(27)

Le stérilet Jaydess® mesure quatre millimètres de moins en largeur et deux de moins en longueur que le Mirena®. Grâce à cet avantage, il pourrait s'avérer une option intéressante chez les nullipares et les adolescentes. Le tube d'insertion étroit (3,8 mm) en facilite l'installation et diminue la douleur associée.

Son taux de LNG est moindre que celui du Mirena®, ce qui pourrait diminuer les effets secondaires, mais aucune étude ne l'a encore démontré. Jaydess® diminue également les aménorrhées ce qui pourrait être un avantage par rapport au Mirena®.

	JAYDESS®	MIRENA®
dysménorrhée	11% d'aménorrhée 22% oligoménorrhée	50% d'aménorrhée
Saignement prolongé	59%	15-20%
Abandon pour Effets secondaire	22%	16%
Facilité à la pose	Placement moins douloureux ? avec 94,6% de facilité à la pose	Placement plus douloureux ? Avec 86,3% de facilité à la pose
douleur	30,1% ne présente aucune douleur	17,3% ne présente aucune douleur

Tableau 2 - récapitulatif des différences Jaydess®/Mirena® (26)

2.8 Place du Jaydess® chez les nullipares

Les grossesses non désirées restent encore un problème de santé publique dans le monde entier. Les méthodes de longue durée d'action contraception réversible (LARC), parmi lesquels le cuivre et dispositifs intra-utérins au lévonorgestrel (DIU et SIU) sont les plus courants, ont été largement recommandée pour éviter une grossesse non désirée à tout âge. Malgré cela, l'utilisation de ces dispositifs est très limitée.

Nous avons montré plus haut les caractéristiques du nouveau dispositif intra utérin Jaydess®, qui par sa taille plus petite, sa durée d'action plus courte, sa teneur hormonale plus faible pourrait donc être une option à long terme chez les femmes nullipares.

Ayant encore peu de recul par rapport à ce nouveau dispositif intra utérin, nous n'avons trouvé dans la revue de la littérature qu'une seule étude s'intéressant aux effets du Jaydess® chez les nullipares. (37)

L'objectif principal était **l'évaluation du profil de sécurité du dispositif intra utérin libérant 13,5 mg de Levonorgestrel (Jaydess®) chez les adolescentes sur 12 mois.**

Cette étude est multicentrique. Elle a porté sur une population de 304 patientes (nullipares ou multipares) âgées entre 12 et 17 ans, entre septembre 2011 et Juin 2013.

Le critère de jugement principal était la l'incidence des événements indésirables lié au traitement. Les critères de jugement secondaire étaient définis par les événements indésirables sérieux, la satisfaction globale des adolescentes, le taux d'abandon à 12 mois, l'index Pearl, douleur de la patiente à la pose, facilité d'insertion du DIU, les saignements et dysménorrhée. Cette dernière montre que 82,6% des patientes ont rapporté des événements indésirables. Cependant **83,9% d'entre elles présente une satisfaction globale sur 12 mois.** Seulement 1% des patients ont présenté des événements indésirables sérieux. L'étude n'a pas mis en évidence de cas de maladie inflammatoire du pelvis, de grossesse extra utérine, et de perforation utérine. Cependant 16,8% d'entre elle ont arrêté prématurément le traitement (<12mois) dont 13,8% ont arrêté en raison des effets secondaires. Le placement du dispositif a été facile dans 94,4% des cas. La douleur à la pose a été sévère dans 10,9% des cas.

Cette étude confirme donc que le profil de sécurité du Jaydess® chez les adolescentes, est compatible avec celui des adultes. Jaydess® n'entraîne pas de nouveaux effets indésirables chez les adolescentes. Cette dernière montre également un taux de satisfaction élevé et un taux faible d'abandon à 12 mois suggérant que **Jaydess® est une méthode contraceptive utilisable chez les nullipares et une option contraceptive intéressante.**

Un article (*Ignacio C, Spain, 2014*) de la revue European Journal Of obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, a évalué et mis en évidence les avantages de ce nouveau dispositif chez les femmes et notamment chez les nullipares.(38)

Tout d'abord, comme précisé plus haut, l'étude confirme la facilité d'insertion du dispositif avec moins de douleur à la pose, tout en conservant une efficacité similaire avec le Mirena®, indépendamment de l'âge et de la parité. Le taux de LNG étant inférieur au Mirena®, il en résulte une moindre fréquence des effets indésirables généraux y compris les événements liés aux progestatifs. Jaydess® réduit également de manière significative les dysménorrhées et entraînent moins d'aménorrhée. Cette étude montre également que peu de femme cessent l'utilisation de Jaydess® du à un changement dans le mode de saignement. Le niveau de satisfaction du Jaydess® reste élevé, avec 95% de femmes déclarent « être satisfaite » ou « assez satisfaites ». Enfin, sa durée maximale de 3 ans d'utilisation, offre une flexibilité en ce qui concerne la planification familiale, tandis que sa petite taille peut être bénéfique lorsque les cavités utérines sont plus petites.

De plus, l'insertion immédiate après un IVG diminuerait de manière significative les avortements répétés. ($p < 0,001$) (39), et permettrait aux femmes d'avoir une contraception sûr et durable immédiatement après le geste. (40)

2.9 Prescription du Jaydess® en France et dans le monde

Outre l'amélioration de l'éducation sexuelle et l'accès aux méthodes contraceptives, les études mettent en évidence un besoin évident d'accroître l'utilisation des méthodes contraceptives plus efficaces.

Les dispositifs intra utérins ont été largement recommandé devant la réduction des taux de grossesse non désirée chez les femmes et les adolescentes (41). Tout en offrant une protection

à long terme, le retour à la fertilité est possible dès que les femmes le souhaitent, ce qui permet de planifier les grossesses. Les dispositifs intra utérins conviennent à un large éventail de femmes, avec très peu de contre-indications (42).

Malgré cela, ces méthodes ne sont utilisées que par environ 10 % des femmes en Europe et ne concerne que seulement 1,3% des patientes nullipares. (43)

Comment expliquer ce phénomène ?

2.9.1 Raisons de la non prescription des DIU en général

L'utilisation limitée de ces dispositifs a été attribuée à plusieurs raisons :

- La réticence des professionnels de la santé en raison de l'insuffisance des connaissances sur ce moyen de contraception
- Le statut de nullipare est un frein à la prescription (44)(45).
- La conviction que les insertions intra utérine sont difficiles et compliquées
- La conviction qu'il existe un risque accru de perforation, et un risque d'expulsion
- Peur d'engendrer une maladie inflammatoire pelvienne (PID) compliqué d'une l'infertilité
- Peur du risque accru de grossesses extra-utérines
- Changements dans les modes de saignements
- Dans certains pays, lié à un impact politique(46)

Chez les nullipares, une thèse a été menée auprès de 12 médecins généralistes dans la Haute Normandie (3). Les médecins étaient freinés par : la crainte des maladies inflammatoires pelviennes, le caractère intrusif du DIU, la réticence des gynécologues à le prescrire chez ces patientes, mais aussi par une difficulté aux changements d'habitudes. Certains freins étaient propres aux médecins eux-mêmes comme leur statut masculin, leur difficulté à aborder le sujet de la sexualité, la judiciarisation de la médecine et la rémunération de l'acte peu valorisante. Les médecins étaient également confrontés aux appréhensions et aux idées reçues de leurs patientes.

Parmi les femmes, 54 % interrogées en 2010 dans l'étude FECOND « fécondité-contraception-dysfonctions sexuelles » considèrent que le DIU n'est pas recommandé chez les nullipares. Ce taux passe à 69 % chez les gynécologues et 84 % chez les généralistes (47) (IUD in France).

Alors qu'il s'agit du 2^{ème} moyen de contraception le plus utilisé en France et que les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) le présentent comme un moyen de contraception qui peut être proposé aux femmes quelles que soient la parité et la gestité (28), seulement 1 % des femmes de moins de 25 ans y ont recours et 1,3 % des nullipares (43). Ces chiffres traduisent la réalité d'utilisation du DIU, c'est-à-dire le pourcentage de femmes qui ont pu accéder à ce type de contraception.

2.9.2 Raison de la non prescription du Jaydess

Aucune étude à ce jour, n'a décrit le taux de prescription du nouveau DIU Jaydess®. Etant commercialisé depuis le 14/03/2014, nous n'avons pas assez de recul pour le moment.

PARTIE II : ETUDE DE CAS CHEZ LES MULTIPARES ET NULLIPARES AU CENTRE D'ORTHOGENIE DE BORDEAUX

1. METHODE ET MATERIEL

1.1 Objectifs de l'étude

L'objectif de l'étude est la comparaison de la fréquence de prescription du Jaydess ® par rapport aux autres dispositifs intra utérins dans une population de femmes en post IVG chirurgicale, entre le 3 Novembre 2014 et le 4 mars 2015 au centre d'orthogénie de l'hôpital de Pellegrin.

Les objectifs secondaires sont :

- Comparer les fréquences de prescription du Jaydess ® entre les multipares et nullipares
- décrire la prévalence de prescription des dispositifs intra utérins en post IVG chirurgicale
- Evaluer le profil des femmes ayant choisi un DIU et le DIU Jaydess®

1.2 Type d'étude

Il s'agit d'une étude de cas avec un recueil prospectif de données, menée à l'aide d'un questionnaire distribué aux femmes ayant recours à une IVG chirurgicale au centre d'Orthogénie de Bordeaux, réalisée du 03 novembre 2014 au 04 mars 2015.

1.3 Population étudiée

La population étudiée est celle de femmes ayant choisi une IVG chirurgicale au centre d'Orthogénie de Bordeaux entre le 3 novembre 2012 et le 4 mars 2015.

Les critères d'exclusion sont :

- la barrière linguistique, absence de compréhension écrite ou orale de la langue française
- le refus de répondre au questionnaires quelque soit la raison
- l'impossibilité de réaliser l'IVG pour des raisons médicales

1.4 Questionnaires et procédure

Le questionnaire (annexe...) a été élaboré par ma directrice de thèse, le Docteur Frantz, une co-interne travaillant sur les dispositifs intra utérins et moi-même, à partir d'une revue de la littérature et de son expérience personnelle. Il a été ensuite présenté sous sa forme finale aux différents intervenants du service.

Le questionnaire comprend une première page expliquant les objectifs de l'étude avec les informations sur le respect de la confidentialité des données.

Le questionnaire comporte :

- 13 questions sur les caractéristiques sociodémographiques et gynécologiques des patientes

- 10 questions concernant les connaissances et méconnaissances des DIU ainsi que leur motivation ou leur réticence à la pose d'un DIU dont 1 question sur la connaissance ou méconnaissance du Jaydess®.
- 7 questions sur l'information donnée par les médecins du centre sur le DIU, sur les motivations et les réticences au DIU après l'IVG dont 2 questions relatives au Jaydess®

Le questionnaire a été remis de 03 novembre 2014 au 04 mars 2015.

Le jour de la consultation initiale, la partie du questionnaire regroupant les 23 premières questions a été donnée à la patiente.

La consultation initiale du centre d'Orthogénie de Bordeaux se déroule en plusieurs étapes. Les patientes sont, tout d'abord, accueillies par une infirmière d'accueil et une secrétaire, qui remplissent le dossier administratif. L'infirmière donne ensuite le questionnaire à la patiente avec l'ensemble des explications nécessaires. Les patientes attendent ensuite les entretiens avec l'anesthésiste, la conseillère conjugale et le gynécologue. Durant ce temps d'attente, elles remplissent le questionnaire et le remettent, lors de leur dernier entretien, au gynécologue. Ce dernier le range dans le dossier médical de la patiente.

La deuxième partie du questionnaire, contenant les 7 dernières questions dont notamment celle concernant le Jaydess, est remise le jour de l'intervention. Les patientes sont attendues à l'hôpital de jour le matin même de l'intervention. Le questionnaire est placé par les infirmières dans leur chambre d'hospitalisation au retour du bloc opératoire. Il est ensuite récupéré par ces dernières avant la sortie des patientes et rangé à son tour dans le dossier médical.

Les données analysées sont issues de plusieurs sources :

- le dossier administratif. Il est rempli par l'infirmière et la secrétaire. Il donne les informations sur le statut matrimonial et la date de naissance.
- le dossier médical rempli par le gynécologue qui comprend l'âge gestationnel, la consommation de tabac, le nom du médecin référent et la contraception choisie en post-IVG chirurgicale
- le dossier de la conseillère conjugale
- les réponses au questionnaire.

On appelle « médecin référent », le médecin qui a effectué la consultation initiale. Nous avons délibérément choisi ce médecin, puisque c'est lui qui a pu entreprendre avec la patiente la discussion concernant la contraception post IVG de la patiente, la présentation des différents moyens de contraception et le souhait final de celle-ci.

Pendant la durée de l'enquête, 11 médecins ont assuré les consultations avec un changement chaque jour. Afin de diminuer un biais de recrutement, nous avons donc intégré l'ensemble de ces médecins dans notre étude.

Sur le plan chirurgical et de la technique, au centre d'Orthogénie de Bordeaux, les patientes multipares dont le terme est ≥ 12 SA et les patientes nullipares dont le terme est ≥ 11 SA bénéficient d'un protocole de prise en charge médicale particulier : prise de 200 mg de mifépristone (soit 1 comprimé) per os 48 heures avant et ajout de 400 mcg de misoprostol (soit 2 comprimés) par voie sublinguale le matin de l'arrivée pour le bloc opératoire.

L'hospitalisation n'est pas nécessaire lors de la préparation médicamenteuse du col du fait de la rareté des effets secondaires.

L'IVG chirurgicale est réalisée sous **anesthésie générale**.

Un contrôle de la vacuité utérine est réalisé soit par un écho guidage du geste en fin d'intervention, soit par un contrôle macroscopique du produit d'expulsion au décours de l'intervention.

1.5 Outils statistiques

Les réponses au questionnaire ainsi que les informations du dossier médical et administratif ont été reportées dans un tableau Excel au fur et à mesure. Chaque réponse a ainsi été transformée en variable numérique.

Dans un premier temps, l'analyse concerne les caractéristiques sociodémographiques et gynécologiques des patientes recrutées, leurs connaissances et méconnaissances sur les DIU et le DIU Jaydess®.

Ensuite l'analyse concerne la population Jaydess® à partir de laquelle est étudié les caractéristiques de la population ayant choisi le Jaydess en post IVG puis les motivations à la pose du Jaydess, en post IVG chirurgicale.

Dans un troisième temps nous avons réalisé une analyse avec recherche de variables associées à la pose du DIU Jaydess® et le choix de la pilule en post IVG chirurgicale par une analyse univariée puis par une analyse multivariée, après ajustement sur les variables d'interaction.

Nous avons réalisé ensuite la même analyse pour le DIU Jaydess® et le DIU Mirena®.

Les variables qualitatives ont été comparées par les tests du Khi-2 ($p < 0,05$) et de Fischer Exact ($p < 0,05$) pour les petits effectifs.

Et enfin une analyse a été réalisée sur la contraception post IVG des nullipares.

Ce travail d'analyse a été réalisé à partir du logiciel SPSS.

2. RESULTATS

2.1 Sélection des patientes

219 patientes ont été incluses entre le 3 novembre 2014 et le 4 mars 2015 (figure 1).

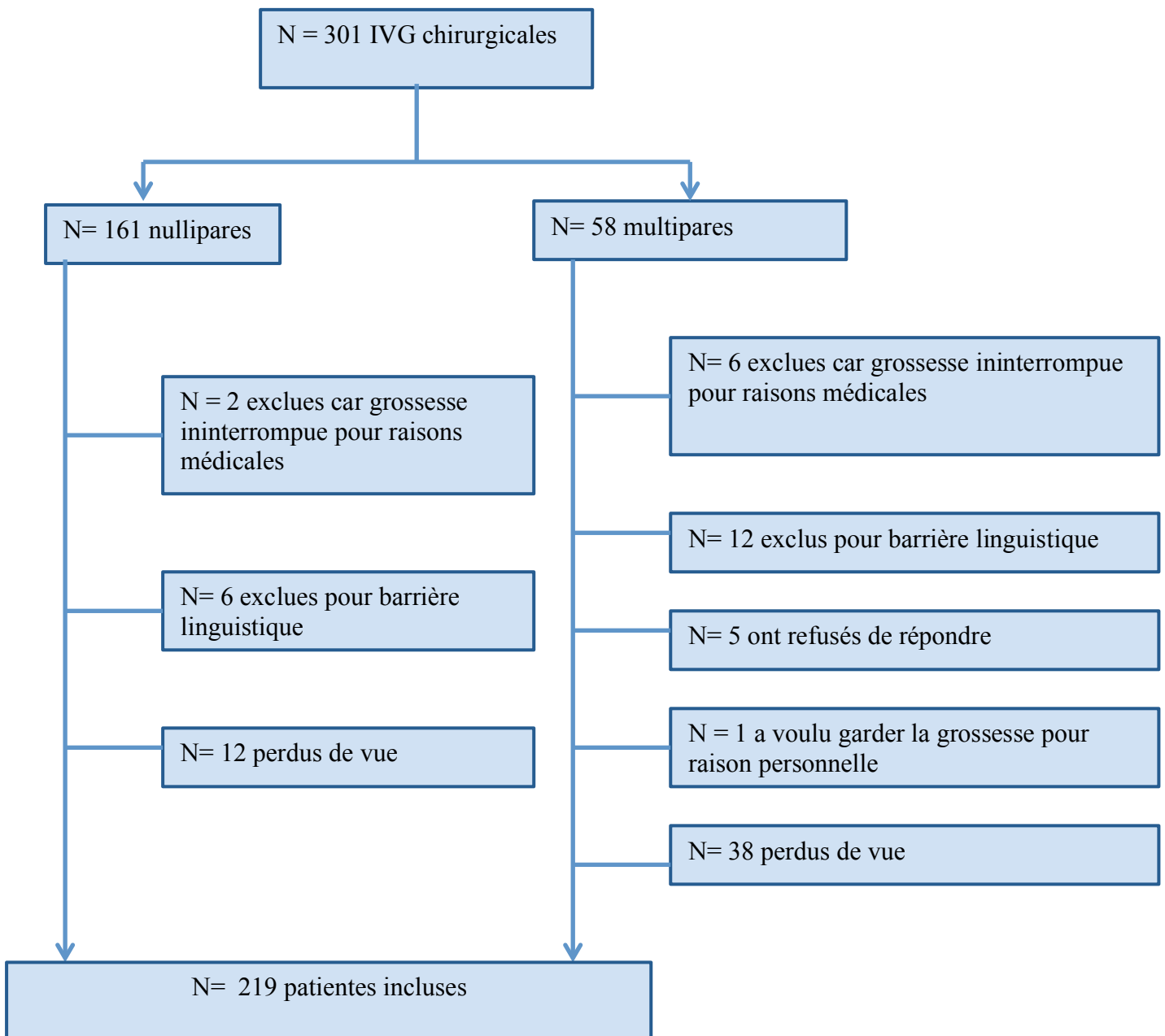


Figure 3 - Diagramme de flux des femmes incluses dans l'étude

2.2 Caractéristiques sociodémographiques et gynécologiques des patientes

Tableau 3 - Caractéristiques sociodémographiques et gynécologiques des femmes avant IVG chirurgicale. CHU de Bordeaux, France, 2014-2015 (n=219)

	Effectif	%
Parité	219	100
Multipare	58	26,5
Nullipare	161	73,5
Âge (en années)		
< 18 ans	22	10,0
18-25 ans	100	45,7
25-30 ans	55	25,1
30-40 ans	38	17,4
> 40 ans	4	1,8
Âge gestationnel (en semaines aménorrhées, SA)		
< 8 SA	11	5,0
8-10 SA	62	28,3
10-12 SA	69	31,5
12-14 SA	77	35,2
Activité professionnelle (n=219)		
Collégienne	2	0,9
En lycée professionnel	8	3,7
En lycée général	5	2,3
Etudiante	39	17,8
Salariée	88	40,2
Sans emploi	29	13,2
A la recherche d'un emploi	32	14,6
Femme au foyer	5	2,3
Congé parental	9	4,1
Autre	2	0,9
Contexte socio-économique difficile (n=197)		
Oui	57	26
Non	140	63,9
Fumeur (n=216)		
Oui	114	52,1
Non	102	46,6
Statut matrimonial (n=218)		
Célibataire	149	68
Union libre	51	23,3
Pacsée	2	0,9
Séparée	6	2,7
Mariée	9	4,1
Habitat (n=201)		
Couple	59	26,9
Seule	61	27,9
Autre	81	37

	Effectif	%
Âge du premier rapport sexuel (n=196)		
13 ans ou moins	3	1,4
14-16 ans	79	36,1
17-19 ans	89	40,6
20 ans ou plus	25	11,4
Nombre de partenaire (n=192)		
1	28	12,8
2-3	47	21,5
4	22	10,0
>5	2	0,9
Nombre d'IVG déjà réalisés		
0	144	65,8
1	59	26,9
2	13	5,9
>3	3	1,4

La moyenne d'âge des femmes ayant participé à l'étude est de 24,59 ans, et la médiane de 24 ans.

L'âge de la plus jeune participante est de 14 ans et celui de la plus âgée est de 43 ans (figure 1).

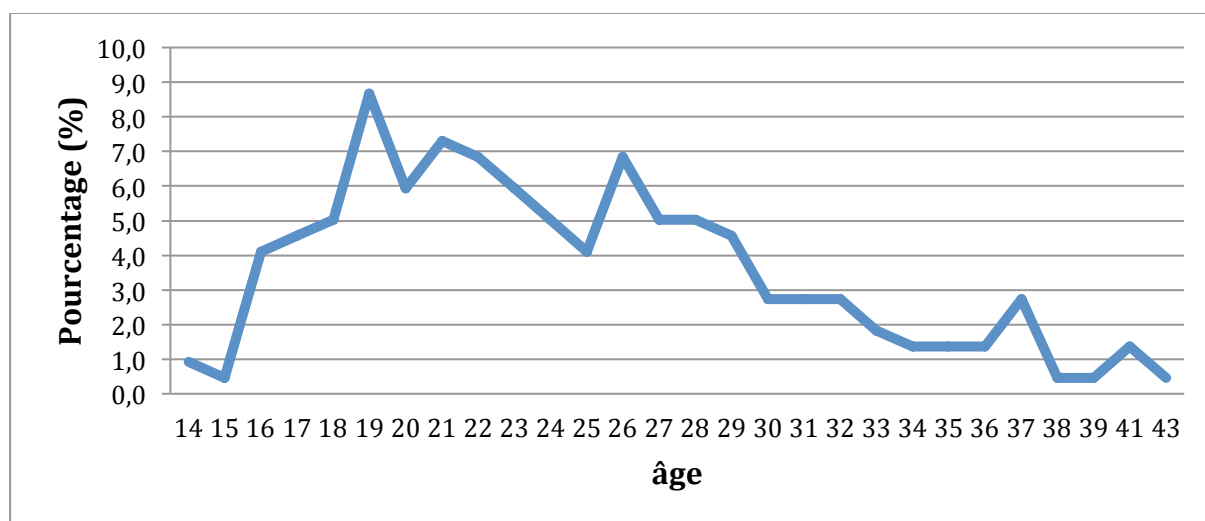


Figure 4 - taux d'IVG chirurgicale pour 100 femmes de chaque âge. CHU bordeaux, France, 2014-2015 (n=219)

2.2.1 Nombres de patientes multipares et nullipares

161 patientes nullipares ont été incluses dans l'étude soit **73,5%** de la population générale. **58 patientes multipares** ont été incluses dans l'étude soit **26,5%** de la population générale, entre le 3 novembre 2014 et le 4 mars 2015.

2.2.2 Connaissances des DIU et du Jaydess® dans la population générale

Tableau 4 - Personnes/institutions ayant parlé du DIU aux femmes en post IVG. CHU de Bordeaux, France, 2014-2015 (n=219)

	Effectif	%
Connaissance du Jaydess® (n=196)		
Oui	4	1,8
Non	192	87,7
Connaissance du DIU (n=195)		
Oui	113	51,6
Non	82	37,4
Médias (n=123)		
Oui	12	5,5
Non	111	50,7
Un proche (n=123)		
Oui	65	29,7
Non	58	26,5
Médecin traitant (n=121)		
Oui	16	7,3
Non	105	47,9
Spécialiste (gynécologue) (n=121)		
Oui	71	32,4
Non	50	22,8
Professionnel intervenant dans les établissements scolaires (n=121)		
Oui	28	12,8
Non	93	42,5
Professionnel du planning familial (n=121)		
Oui	19	8,7
Non	102	46,6

192 femmes (87,7%) déclarent ne pas connaître le nouveau DIU Jaydess®, mais 56,6% (124) d'entre elles disent déjà avoir entendu parler des DIU (Mirena® et au cuivre).

32,4 % des femmes ont entendu parler des DIU par leur spécialiste (gynécologue, endocrinologue...). Seulement **7,3%** d'entre elles ont entendu parler du DIU par leur **médecin généraliste**.

158 (72,1%) des femmes déclarent avoir eu le choix de leur contraception et 76,3% se disent satisfaites des informations données à propos de leur contraception.

Seulement 1,8 % de la population générale avait connaissance du nouveau DIU Jaydess®.

2.3 Nombre de DIU Jaydess® posé en per IVG chirurgicale dans la population générale

14 patientes de la population générale ont bénéficié d'un DIU Jaydess® en per IVG chirurgicale, dont 12 nullipare (85,7%) et 2 multipares (14,3%) (Tableau 2).

2.4 Prévalence de la prescription des DIU mirena®, Cuivre et du DIU Jaydess® en post IVG chirurgicale

Tableau 5 - Prévalence des prescriptions des différents DIU en post IVG chirurgicale dans la population générale. CHU de Bordeaux, France, 2014-2015 (n=218)

	Effectif	%
DIU Mirena®	13	5,9
DIU Jaydess®	14	6,4
DIU au cuivre	35	16,0
Pilule	102	46,8

Dans la population générale, seulement **6,4% des femmes ont choisi le Jaydess®** en post IVG, taux similaire à celui du Mirena® (5,9%).

La pilule est le moyen de contraception en post IVG le plus utilisé (46,8%).

2.5 Caractéristiques sociodémographiques et gynécologiques de la sous population Jaydess® en post IVG chirurgicale

Tableau 6 - Caractéristiques sociodémographiques et gynécologiques des femmes ayant choisi le Jaydess® en post IVG chirurgicale. CHU de Bordeaux, France, 2014-2015 (n=14)

	Effectif	%
Parité		
Nullipare	12	85,7
Multipare	2	14,3
Âge (en années)		
[18-25[	8	57,1
[25-30[	4	28,6
[30-40[	2	14,3
Âge gestationnel (en semaines aménorrhées, SA)		
< 8 SA	2	14,3
8-10 SA	4	28,6
10-12 SA	2	14,3
12-14 SA	6	42,9
Fumeur (n=14)		
Oui	10	71,4
Non	4	28,6
Activité professionnelle (n=14)		
En lycée général	2	14,3
Etudiante	1	7,1
Salariée	7	50
Sans emploi	1	7,1
A la recherche d'un emploi	2	14,3
Congé parental	1	7,1
Contexte socio-économique difficile (n=14)		
Oui	6	42,9
Non	8	57,1
Statut matrimonial		
Célibataire	10	71,4
Union libre	3	21,4
Séparée	1	7,1
Habitat (n=14)		
Couple	3	21,4
Seule	4	28,6
Autre	7	50,0
Âge du premier rapport sexuel (n=14)		
13 ans ou moins	2	14,3
14-16 ans	6	42,9
17-19 ans	6	42,9
Nombre de partenaires		
2-3	3	21,4
4	3	21,4
>5	8	57,1

Dans notre population (tableau 6), les femmes sous Jaydess sont principalement des **salariées** (50%) et des filles en recherches d'emploi (14,3%). 14,3% d'entre elles sont encore au lycée. Parmi les 14 femmes sous Jaydess, **57,1% ne déclarent avoir aucune difficulté économique** contre 42,9%. La plupart d'entre elles sont **célibataires** (71,4%) et **fumeuses** (71,4%).

2.5.1 La moyenne d'âge des femmes sous Jaydess®

La moyenne d'âge des femmes ayant choisi le Jaydess est de 24,64 ans, et la médiane à 23,50 ans. L'âge de la plus jeune participante est de 18 ans tandis que celui de la plus âgée est de 34 ans.

2.5.2 Qui a le plus conseillé Jaydess® ?

21,4% des médecins traitants ont conseillé le Jaydess dans la sous population Jaydess® contre **42,9% pour les spécialistes gynécologues**.

Tableau 7 - Personnes ayant déjà parlé du DIU Jaydess® aux femmes. CHU de Bordeaux, France, 2014-2015 (n=14)

	Effectif	%
Médecin traitant	3	21,4
gynécologue	6	42,9

2.5.3 Contraception avant l'IVG chez les femmes sous Jaydess® en post IVG

Tableau 8 - Contraception des femmes sous Jaydess avant IVG chirurgicale. CHU de Bordeaux, France, 2014-2015 (n=14)

	Effectif	%
Pilule	7	50,0
Patch evra	0	0,0
Anneau nuvaring	0	0,0
Implant nexplanon	0	0,0
DIU mirena®	0	0,0
DIU cuivre	0	0,0
Préservatifs	0	0,0
Retrait	0	0,0
Méthode naturelle	0	0,0
Pilule du lendemain	0	0,0
Aucune	7	50,0
Total	14	100,0

50% des femmes, n'utilisaient aucune contraception. Le reste des patientes qui ont choisi le Jaydess® en post IVG chirurgicale était sous pilule oesoprogestative (50%).

Aucun d'entre elle n'utilise ou n'a utilisé le DIU.

2.5.4 Contraception antérieure des femmes sous Jaydess®

Tableau 9 - Contraceptions antérieures (cumulables) des femmes sous Jaydess®. CHU de Bordeaux, France, 2014-2015 (n=14)

	Effectif	%
Pilule		
Oui	14	100,00
Non	0	0,0
Patch evra		
Oui	1	7,1
Non	13	92,9
Anneau nuvaring		
Oui	1	7,1
Non	13	92,9
Implant nexplanon		
Oui	2	14,3
Non	12	85,7
DIU mirena®		
Oui	0	0,0
Non	14	100,0
DIU cuivre		
Oui	0	0,0
Non	14	100,0
Préservatif		
Oui	12	85,7
Non	2	14,3
Retrait		
Oui	2	14,3
Non	12	85,7
Méthode naturelle		
Oui	0	0,0
Non	14	100,0
Pilule du lendemain		
Oui	9	64,3
Non	5	35,7
Aucune		
Oui	0	0,0
Non	14	100,0

L'ensemble des femmes a déjà pris la pilule auparavant (100%) et 85,7% d'entre elles ont déjà utilisé un préservatif (tableau 9).

La pilule du lendemain a déjà été utilisée par **plus de la moitié des femmes (64,3%)**

On note également que **toutes les femmes ont déjà été sous une contraception** et qu'aucune d'entre elle n'ont déjà utilisé les DIU.

2.5.5 Connaissances sur le DIU Mirena® et cuivre et sur le DIU Jaydess® dans la sous population Jaydess avant IVG chirurgicale

Tableau 10 - Personnes/institutions ayant parlé du DIU aux femmes sous Jaydess® en post IVG. CHU de Bordeaux, France, 2014-2015 (n=14)

	Effectif	%
Connaissance du Jaydess® (n=14)		
Oui	3	21,4
Non	11	78,6
Connaissance du DIU (n=14)		
Oui	9	64,3
Non	5	35,7
Médias (n=9)		
Oui	2	14,3
Non	7	50,0
Un proche (n=9)		
Oui	5	35,7
Non	4	28,6
Médecin traitant (n=9)		
Oui	4	28,6
Non	5	35,7
Spécialiste (gynécologue) (n=9)		
Oui	8	57,1
Non	1	7,1
Professionnel intervenant dans les établissements scolaires (n=9)		
Oui	2	14,3
Non	7	50,0
Professionnel du planning familial (n=9)		
Oui	1	7,1
Non	8	57,1

La plupart des femmes qui ont choisi le Jaydess en post IVG chirurgicale **ne connaissaient pas le Jaydess® auparavant (78,6%)**. Seulement 21,4 % d'entre elles le connaissaient. Cependant 64,3 % avaient déjà entendu parler du DIU.

57,1% des femmes sous Jaydess® ont entendu parler des DIU par leur spécialiste (gynécologue, endocrinologue..). Seulement **28,6%** d'entre elles ont entendu parler du DIU par leur **médecin généraliste**.

Peu d'entre elles, ont été également informé par le planning familial (7,1%).

57,1% des femmes sous Jaydess ne savent pas qu'il existe 2 types de DIU.

2.5.6 Motivation à la pose du Jaydess® en per IVG chirurgicale

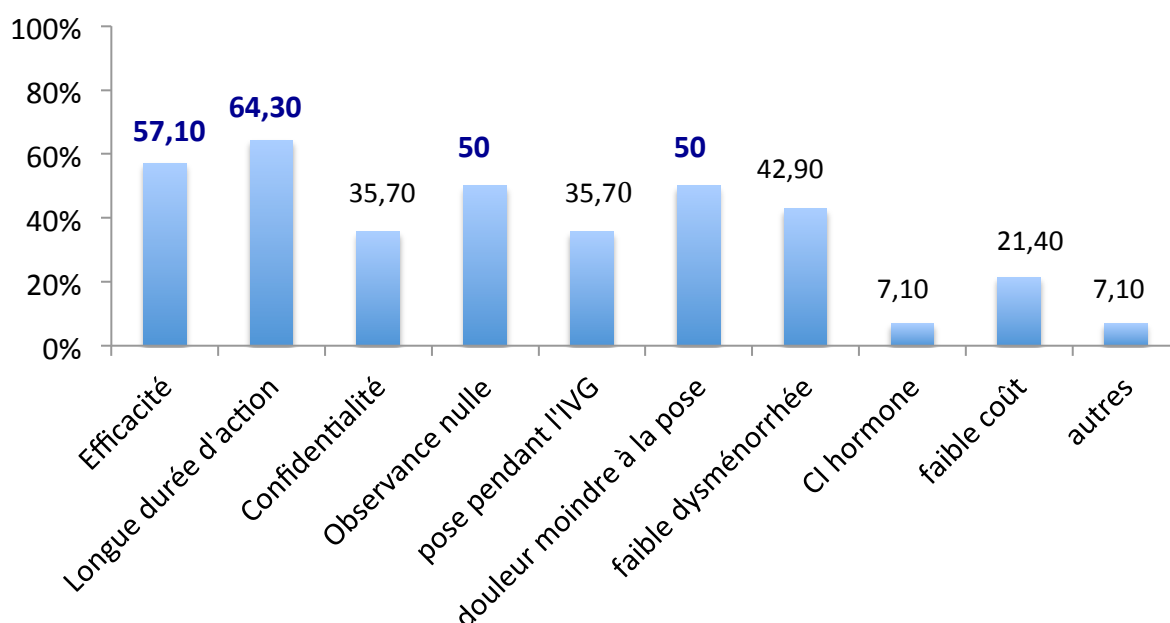


Figure 5 - Motivation des femmes ayant eu le Jaydess® en per-IVG chirurgicale

Parmi les raisons proposées, les femmes pouvaient cocher plusieurs propositions.

La plupart des femmes choisissent le DIU Jaydess pour sa longue durée d'action (64,30%) et pour son efficacité (57,10%).

A la question « avez vous déjà souhaité avoir un diu ? » dans la population générale (n=219), 74 (33,8%) des patientes répondent positivement, et **57,1% répondent positivement dans la sous population Jaydess®**.

2.6 Comparaison des caractéristiques des femmes sous pilule et des femmes sous Jaydess® en post IVG chirurgicale

102 femmes (46,6%) ont choisi la pilule en post IVG chirurgicale contre 14 femmes (6,4%) pour le Jaydess®.

La médiane d'âge des femmes sous pilule en post IVG chirurgicale est de 24 ans.

Tableau 11 – Analyses croisées des variables chez les femmes sous pilule oesoprogestative et les femmes sous Jaydess® en post IVG chirurgicale. CHU de Bordeaux, France, 2014-2015 (n=116)

	Contraception post IVG chirurgicale		p-value
	Pilule oesoprogestative N=102 (46,8)	Jaydess® N=14 (6,4%)	
Parité (n=116)			0,516 ²
Nullipare	77 (75,5)	12 (85,7)	
Multipare	25 (24,5)	2 (14,3)	
Consommateur de tabac (n=115)			
Oui	52 (51,5)	10 (71,4)	0,252 ²
Non	49 (48,5)	4 (28,6)	
Profession (n=115)			0,622 ¹
Lycée professionnel	6 (5,9)	0 (0)	
Lycée général	3 (2,9)	2 (14,3)	
Etudiant	15 (14,9)	1 (7,1)	
Salarié	42 (41,7)	7 (50)	
Sans emploi	12 (11,8)	1 (7,1)	
Recherche d'emploi	17 (16,8)	2 (14,3)	
Femme au foyer	2 (2,1)	0 (0)	
congé parental	4 (3,9)	1 (7,1)	
Difficulté économique (n=105)			0,344 ²
Oui	25 (27,5)	6 (42,9)	
Non	66 (72,5)	8 (57,1)	
Statut matrimonial (n=115)			0,765 ¹
Célibataire	71 (70,2)	10 (71,5)	
Union libre	24 (23,8)	3 (21,4)	
Pacsé	1 (1)	0 (0)	
Séparé	2 (2)	1 (7,1)	
Marié	3 (3)	0 (0)	
Age du premier rapport sexuel en année (n=105)			0,020 ¹
13	1 (1,1)	2 (14,2)	
14-16	34 (37,3)	6 (42,9)	
17-19	41 (45,1)	6 (42,9)	
>20	15 (16,5)	0 (0)	
Nombre de partenaire(s) (n=102)			0,349 ¹
1	16 (18,2)	0 (0)	
2-3	24 (27,3)	3 (21,4)	
4	10 (11,4)	3 (21,4)	
5	37 (42)	8 (57,2)	
>5	1 (1,1)	0 (0)	

Tableau 11 (suite) – Analyses croisées des variables chez les femmes sous pilule oesoprogestative et les femmes sous Jaydess® en post IVG chirurgicale. CHU de Bordeaux, France, 2014-2015 (n=116)

	Contraception post IVG chirurgicale		p-value
	Pilule oesoprogestative N=102 (46,8)	Jaydess® N=14 (6,4%)	
Prescripteur de la contraception avant IVG (n=52)			1,000 ²
Médecin traitant	13 (30,2)	3 (33,3)	
Spécialiste (gynécologue)	30 (69,8)	6 (66,7)	
Nombre d'IVG antérieur(s) (n=116)			0,818 ¹
0	69 (67,6)	9 (64,3)	
1	28 (27,5)	4 (28,6)	
2	3 (2,9)	1 (7,1)	
> 3	2 (2)	0 (0)	
DIU entendu parlé par le médecin traitant (n=60)			0,050 ²
oui	7 (13,7)	4 (44,4)	
Non	44 (86,3)	5 (55,6)	
DIU entendu parlé par le spécialiste (gynécologue) (n=60)			0,067 ²
oui	27 (52,9)	8 (88,9)	
Non	24 (47,1)	1 (11,1)	
Connaissance des DIU (n=103)			0,398 ²
Oui	45 (50,6)	9 (64,3)	
Non	44 (49,4)	5 (35,7)	
La connaissance de la possibilité de poser un DIU chez les nullipares (n=104)			0,134 ²
Oui	30 (33,3)	8 (57,1)	
non	60 (66,7)	6 (42,9)	
Connaissance de la différence des DIU progestatifs et des DIU au cuivre (n= 103)			0,036 ²
Oui	15 (16,9)	6 (42,9)	
Non	74 (83,1)	8 (57,1)	

¹ Test du Khi²

² Test de Fischer Exact

14,2% des femmes sous Jaydess® ont eu leur premier rapport sexuel à l'âge de 13ans, contre 1,1% pour les femmes sous pilule oesoprogestative. Il existe une différence significative entre les femmes sous Jaydess® et les femmes sous pilule. Les femmes sous Jaydess® sont susceptibles d'avoir plus tôt leur premier rapport sexuel.

44,4% des femmes sous Jaydess® déclarent avoir entendu parler des DIU par leur médecin traitant contre seulement 13,7% chez les femmes sous pilule.

2.7 Comparaison des caractéristiques des femmes sous Mirena® et des femmes sous Jaydess® en post-IVG chirurgicale

2.7.1 Caractéristique sociodémographiques et gynécologique des deux populations

La moyenne d'âge des femmes ayant choisi le Jaydess en post IVG chirurgical est de 24,64 ans, et la médiane à 23,50 ans.

La moyenne d'âge des femmes sous Mirena® en post IVG chirurgical est de 28,31 ans pour une médiane de 28 ans.

Plus de la moitié des femmes sont fumeuses, 71,4% des femmes sous Jaydess® et 61,5% des femmes sous Mirena®. (Tableau 12)

71,4% des femmes sous Jaydess® sont célibataires, contre 30,8% des femmes sous Mirena®, qui sont pour la plupart en union libre (53,8%).

L'âge du premier rapport sexuel dans la population Jaydess® est pour 14,3% avant 13 ans alors que pour les femmes sous Mirena® la majorité des femmes ont leur premier rapport sexuel entre 17 et 19ans.

42,9% des femmes sous Jaydess® déclarent présenter des difficultés économiques contre 25% des femmes sous Mirena®.

2.7.2 Analyse univariée entre les femmes sous le DIU Mirena® et les femmes sous le DIU Jaydess®

Tableau 12 – Analyse croisées des variables chez les femmes sous Mirena® et les femmes sous Jaydess® en post IVG chirurgicale. CHU de Bordeaux, France, 2014-2015 (n=116)

	Contraception post IVG chirurgicale		p-value
	Mirena® N=13 (5,9)	Jaydess® N=14 (6,4%)	
Parité			0,002 ²
Nullipare	3 (23,1)	12 (85,7)	
Multipare	10 (76,9)	2 (14,3)	
Consommateur de tabac			
Oui	8 (61,5)	10 (71,4)	0,695 ²
Non	5 (38,5)	4 (28,6)	
Profession			0,506 ¹
Lycée professionnel	0 (0)	0 (0)	
Lycée général	0 (0)	2 (14,3)	
Etudiant	0 (0)	1 (7,1)	
Salarié	7 (53,8)	7 (50,1)	
Sans emploi	3 (23,1)	1 (7,1)	
Recherche d'emploi	1 (7,7)	2 (14,3)	
Femme au foyer	1 (7,7)	0 (0)	
congé parental	1 (7,7)	1 (7,1)	
Difficulté économique (n=26)			0,429 ²
Oui	3 (25)	6 (42,9)	
Non	9 (75)	8 (57,1)	
Statut matrimonial			0,162 ¹
Célibataire	4 (30,8)	10 (71,4)	
Union libre	7 (53,8)	3 (21,4)	
Pacsé	0 (0)	0 (0)	
Séparé	1 (7,7)	1 (7,1)	
Marié	1 (7,7)	0 (0)	
Age du premier rapport sexuel en année (n=25)			0,287 ¹
>13	0 (0)	2 (14,3)	
14-16	3 (27,3)	6 (42,9)	
17-19	7 (63,6)	6 (42,9)	
>20	1 (9,1)	0 (0)	
Nombre de partenaire(s) (n=25)			0,670 ¹
1	1 (9,1)	0 (0)	
2-3	3 (27,3)	3 (21,4)	
4	2 (18,2)	3 (21,4)	
>5	5 (45,5)	8 (57,1)	

Tableau 12 (suite) – Analyse croisées des variables chez les femmes sous Mirena® et les femmes sous Jaydess® en post IVG chirurgicale. CHU de Bordeaux, France, 2014-2015 (n=116)

	Contraception post IVG chirurgicale		p-value
	Pilule oesoprogestative N=102 (46,8)	Jaydess® N=14 (6,4%)	
Prescripteur de la contraception avant IVG (n=16)			0,213 ²
Médecin traitant	0 (0)	3 (33,3)	
Spécialiste (gynécologue)	7 (100)	6 (66,7)	
Nombre d'IVG antérieur(s) (n=27)			0,779 ¹
0	8 (61,5)	9 (64,3)	
1	3 (23,1)	4 (28,6)	
2	2 (15,4)	1 (7,1)	
> 3	0 (0)	0 (0)	
DIU entendu parlé par le médecin traitant (n=15)			0,103 ²
oui	0 (0)	4 (44,4)	
Non	6 (100)	5 (55,6)	
DIU entendu parlé par le spécialiste (gynécologue) (n=15)			0,525 ²
oui	4 (66,7)	8 (88,9)	
Non	2 (33,3)	1 (11,1)	
Connaissance des DIU (n=25)			0,697 ²
Oui	6 (54,5)	9 (64,3)	
Non	5 (45,5)	5 (35,7)	
La connaissance de la possibilité de poser un DIU chez les nullipares (n=25)			0,695 ²
Oui	5 (45,5)	8 (57,1)	
non	6 (54,5)	6 (42,9)	

¹ Test du Khi²

² Test de Fischer Exact

Nous avons mis en évidence une différence significative entre le nombre de multipare et le nombre de nullipare. **Les résultats montre un nombre significativement plus important de nullipare dans la sous population Jaydess®.**

Nous n'avons mis aucune différence significative entre le Jaydess® et le Mirena® dans la population générale concernant les autres critères.

2.8 Contraception post IVG chez les nullipares

2.8.1 Caractéristiques sociodémographiques et gynécologiques des femmes nullipares sous Jaydess en per IVG chirurgicale

Tableau 13 – Caractéristiques sociodémographiques et gynécologiques des femmes nullipares sous Jaydess® en per IVG chirurgicale. CHU de Bordeaux, France, 2014-2015 (n=12)

	Effectif	%
Fumeur		
Oui	9	75
Non	3	25
Contexte socio-économique difficile (n=14)		
Oui	5	42
Non	7	58
Âge du premier rapport sexuel (n=14)		
13 ans ou moins	2	17
14-16 ans	6	50
17-19 ans	4	33
Nombre de partenaires		
2-3	1	8
4	3	25
>5	8	67
Nombre d'IVG déjà réalisé		
0	7	58
1	4	33
2	1	8
>3	0	0

On note que **chez les nullipares qui ont choisi le Jaydess® en per IVG chirurgicale, 33% d'entre elles ont déjà eu une IVG** (médicale ou chirurgicale) et 8% en ont déjà eu 2.

Dans la population générale, 65,8% des femmes n'ont jamais eu d'IVG et 26,9% d'entre elle ont eu une IVG dans leur vie, médicale ou chirurgicale.

L'étude montre également que **67% des nullipares sous Jaydess®, ont eu plus de 5 partenaires sexuels au cours de leur vie. Dans la population générale on en compte que 0,9%.**

Le premier rapport sexuel est compris entre 14 et 16 ans pour la moitié des femmes nullipares sous Jaydess®. Dans la population générale, la majorité des femmes (40,6%) ont eu leur premier rapport sexuel entre 17 et 19 ans.

2.8.2 Contraception post IVG des nullipares

A la question « savez-vous que l'on peut avoir un DIU si vous n'avez pas eu d'enfant ? », 122 (55,7%) répondent négativement, et 70,8% au départ ne souhaitent pas de DIU (dans la population générale)

Dans la sous population Jaydess® (n=14), 8 d'entre elles (57,1%) répondent positivement à la question « savez-vous que l'on peut avoir un DIU si vous n'avez pas eu d'enfant ? », mais 8 (57,1%) d'entre elles, ne souhaitent pas de DIU au départ.

Tableau 14 – Contraception post IVG chez les femmes nullipares. CHU de Bordeaux, France, 2014-2015 (n=161)

	effectif	%
Contraception post-IVG (n=161)		
Pilule	77	47,8
Patch evra	2	1,2
Anneau nuvaring	3	1,9
Implant nexplanon	37	23
DIU Mirena®	3	1,9
DIU cuivre	23	14,3
Préservatifs	1	0,6
Pilule du lendemain	2	1,2
Aucune	1	0,6
DIU Jaydess®	12	7,5

Presque la moitié des femmes nullipares (47,8%) utilisent la pilule comme moyen de contraception en post IVG chirurgicale.

12 patientes nullipares (7,5%), utilisent le DIU Jaydess® en contraception post IVG chirurgicale.

PARTIE III: DISCUSSION

1. LIMITES DE L'ETUDE

La participation à l'étude est de 73% dans la population générale avec chez les multipares un taux de 42% de participation. Cette non-participation peut s'expliquer :

- par un refus de la patiente, qui n'est pas prête psychologiquement à répondre à des questionnaires juste avant une IVG. Beaucoup de questionnaires m'ont été rendu vierges, ou incomplet. J'ai souvent récupéré un questionnaire sur deux, le questionnaire post IVG étant le moins rempli.
- Barrière de la langue, 8,2% de la population n'ont pas pu répondre aux questionnaires.
- Par l'absence de distribution du questionnaire par les infirmières liée à la surcharge de travail dans le service, ou l'oubli.
- L'impossibilité d'être sur place pour donner les questionnaires et aider les patientes à les remplir, notamment chez les femmes multipares.
- Par la complexité de la procédure : une première partie à récupérer et à glisser dans le dossier médicale ; une deuxième partie à déposer dans la chambre de la patiente et à récupérer puis glisser dans le dossier médicale, entraînant ainsi des pertes de questionnaires.

2. PRINCIPAUX RESULTATS

2.1 Caractéristiques de la population

Il est difficile de comparer les caractéristiques de la population avec les données de la littérature (cf. tableau 3). En effet aucune étude ne s'est intéressée à la prescription du nouveau dispositif intra-utérin Jaydess® notamment en post IVG chirurgicale. De nombreuses études ont été réalisées sur les LARC (Long Acting Reversible Contraception) mais non spécifiquement sur le dispositif intra-utérin Jaydess, en post IVG.

2.2 Contraception post IVG

Les grossesses non désirées restent encore un problème de santé publique dans le monde entier, notamment chez les adolescentes compte tenu de l'impact sur leur vie actuelle et future. Les jeunes femmes qui souhaitent retarder la maternité sont également particulièrement vulnérables aux grossesses non désirées. Les méthodes de longue durée d'action contraceptive réversible (LARC), parmi lesquels le cuivre et les dispositifs intra-utérins au lévonorgestrel (Mirena® et Jaydess®) sont les plus courants, ont été largement recommandée pour éviter une grossesse non désirée à tout âge. Malgré cela, l'utilisation de ces moyens de contraceptions est encore limitée.

Dans notre étude, la pilule est le moyen de contraception en post IVG le plus utilisé (46,8%). Les autres méthodes dites « LARC » ne sont utilisées que dans 5,9% des cas pour le Mirena®, 6,4% pour le Jaydess® et 16% pour le DIU au cuivre. Les moyens de contraception de longue durée d'action sont donc encore peu utilisés en moyen de contraception post IVG.

La contraception orale est donc toujours plus choisie chez les femmes en post IVG que les méthodes de longue durée d'action contraceptive et réversible (LARC).

Ces résultats concordent avec des études récentes.

Dans l'étude suédoise de Kilander (48), 46% des femmes ont choisi les contraceptifs oraux, contre 34% qui ont choisi une contraception longue durée d'action. Ils ont été choisis le plus souvent par des femmes multipares, en post partum et/ou post IVG.

Dans l'étude de Steinauer (49) plusieurs facteurs ont été mis en évidence pouvant influencer le choix de la contraception post-IVG pour un DIU :

- la race et ethnicité
- le stress, le poids élevé
- la contraception déjà utilisée, notamment la contraception orale
- les conseils du médecin traitant et/ou du spécialiste

2.3 La Prescription du DIU Jaydess® et des autres DIU par les médecins généralistes

Presque tous les cliniciens fournissent des contraceptifs oraux et des préservatifs, qui ont un taux d'échec de 9% et 18%, (50), mais moins propose les DIU ou les implants, qui ont tous deux des taux d'échec inférieur à 1%.

Dans notre étude, 57,1% des femmes sous Jaydess ont entendu parler des DIU par leur spécialiste (gynécologue, endocrinologue..). **Seulement 28,6% d'entre elles ont entendu parler du DIU par leur médecin généraliste** et 21,4% des médecins traitants ont conseillé le DIU contre 42,9% pour les spécialistes.

Cela confirme donc le manque de sensibilisation des médecins généralistes à la prescription des DIU en générale (au cuivre, Mirena® ou Jaydess®). Aucune étude n'a été réalisée sur le Jaydess® spécifiquement.

Dans une étude Américaine de Harper (51) seulement 38% des médecins qui fournissent la contraception aux États-Unis proposent des DIU aux adolescentes, 53% pour les femmes nullipares, et 25% immédiatement après l'avortement.

L'étude Fécond (52) révèle que près de 50% des Français, mais également 65% des gynécologues et 84% des généralistes pensent encore qu'il n'est pas recommandé chez les nullipares.

Une étude de Landry (53) montrent que 39% des médecins de famille déclarent recommander le DIU contre 89% des gynécologues.

Les médecins généralistes semblent donc encore réticents à prescrire les DIU qui ont fait leurs preuves dans de nombreuses études.

2.4 Méconnaissance des DIU et du DIU Jaydess®

2.4.1 Méconnaissance des DIU en générale

Dans notre étude, **51,6% des femmes déclarent connaître les dispositifs intra-utérins** et 56,6% répondent positivement à la question « vous a-t-on déjà parlé de cette méthode de contraception ». Cette petite différence peut être expliquée par le fait que dans notre questionnaire nous n'avons pas suffisamment expliqué que les « DIU » était le nom médical des « Stérilets ». En effet, nous avons dû expliquer à certaines femmes cette notion.

Le plus souvent les femmes ont entendu parler des DIU via leur proche (29,7%) ou via leur spécialiste (32,4%). En effet, **seulement 7,3% des femmes ont entendu parler des DIU par leur médecin traitant.**

Seulement 1,8 % de la population générale avait connaissance du nouveau DIU Jaydess®.

Une étude faite par Whitaker (54), qui a examiné des femmes âgées de 14 à 25 ans suivies par des gynéco-obstétriciens et des gynécologues médicaux, a rapporté que moins de la moitié des jeunes femmes ont entendu parler du DIU et que la majorité de ces jeunes femmes (63%) n'avait pas une idée positive de cette méthode de contraception.

Dans une étude Américaine faite par Stanwood (55), la moitié des femmes avaient entendu parler des dispositifs intra-utérins. 71% d'entre elles n'avaient pourtant aucune notion sur la sécurité des DIU et 58% de ces femmes n'en connaissaient pas leur efficacité. Ceci montre la méconnaissance des DIU chez les femmes américaines.

Dans différentes études, on note un écart entre la déclaration des femmes et celles des professionnels de santé qui les ont pris en charge. Les résultats soulignent les difficultés de la communication « médecin-patient » et invitent les professions à adapter leur discours de prévention aux besoins spécifiques des femmes dont ils s'occupent. (17)

2.4.2 Méconnaissance du DIU Jaydess®

Dans notre étude la plupart des femmes qui ont choisi le Jaydess en post IVG chirurgicale **ne connaissaient pas le Jaydess® auparavant (78,6%)**. Seulement 21,4 % d'entre elles le connaissaient. Néanmoins 64,3 % de ces femmes avaient déjà entendu parler des DIU.

57,1% des femmes sous Jaydess ne savent pas qu'il existe 2 types de DIU. Dès lors, on peut s'interroger sur le choix possible lorsque les jeunes femmes ne disposent pas de l'information sur les différentes possibilités de contraception.

Il est difficile de comparer nos résultats avec les données de la littérature. En effet aucune étude ne s'est intéressée à la connaissance et à la prescription du nouveau dispositif intra-utérin Jaydess notamment en post IVG chirurgicale.

Ce pendant en comparant dans notre étude la population générale et la sous population Jaydess®, les résultats sont comparables sur la connaissance des DIU. On remarque également un manque d'information données par les écoles (respectivement 12,8% et 14,3%) et par les plannings familial (respectivement 8,7% et 7,1%). Ces deux institutions jouent également un rôle primordial dans l'information de la contraception notamment chez les jeunes femmes et les adolescentes. On peut donc se poser la question de leur rôle dans la société. Peu d'études ont été retrouvées dans la population française. Une enquête a été menée en décembre 2004 et janvier 2005 auprès de 232 élèves de 9 classes de seconde de la ville de Caen, filles ou garçons (56). Leurs connaissances sur la physiologie de la reproduction et sur la contraception étaient très incertaines. Les lycéens s'estimaient dans l'ensemble plutôt satisfaits de leur information et affirmaient pouvoir facilement trouver des réponses ponctuelles à leurs questions sur la contraception : auprès de leurs proches d'abord (parents pour 40 %, frères et sœurs pour 18 %), du centre ensuite pour 33 %, du médecin scolaire pour 6 %, de leur médecin traitant pour 2 %.

Il reste globalement beaucoup de progrès à faire pour améliorer efficacement une situation qui reste plutôt précaire, surtout de la part des écoles et des médecins généralistes.

2.5 Motivation à la pose du DIU Jaydess®

L'étude de Stanwood (55), rapporte que l'efficacité et la sécurité sont les deux caractéristiques les plus importantes dans le choix d'une contraception (population regroupant femme enceinte ou souhaitant une IVG), avec 68% (IC 95% 61-75%) et 48% (IC 95% 41-56%)

respectivement. La facilité d'utilisation (23%) ou l'absence de gain de poids (14%) sont aussi des critères rapportés par les femmes.

Dans notre étude ne retrouvons également les mêmes critères : l'efficacité et la sécurité étaient les deux points les plus importants, motivants les femmes à choisir le Jaydess® en post IVG chirurgicale. 64,30% des femmes sous Jaydess® ont choisi ce DIU, pour sa longue durée d'action et 57,10% l'ont choisi pour son efficacité.

On retrouve dans notre étude un autre critère, qui n'a pas été mis en évidence dans la littérature, l'observance nulle (50%). Ce critère motive la moitié des femmes qui ont choisi le Jaydess® en post IVG chirurgicale. Ce critère est donc intéressant puisque pour 50% de ces femmes, le choix de la contraception est également lié à l'observance, qui est un garant de l'absence de grossesse non désirée.

2.6 Le DIU est-il une bonne option chez les nullipares ?

Certains professionnels de la santé et certaines femmes croient, à tort, que les nulligestes ne devraient pas envisager le stérilet comme méthode contraceptive. Pourtant, le Contraceptive CHOICE Project (57) a montré que lorsque l'information contraceptive est appropriée et que le stérilet est gratuit, deux tiers des jeunes femmes optent pour une contraception à usage prolongé comme le stérilet ou l'implant. Dans cette optique, les dispositifs intra-utérins peuvent être considérés comme un premier choix chez les nullipares, y compris chez les adolescentes.

En plus de ses avantages contraceptifs (taux d'échec de 0,08 % à 0,1 %), le stérilet à base de lévonorgestrel diminue les ménorragies et la dysménorrhée et engendre un taux d'aménorrhée de 20 % à 60 % après un an (58). Le taux d'abandon est plus faible après un an chez les utilisatrices de stérilet que chez celles qui prennent des contraceptifs oraux (22 % contre 42 %). (59)

Par ailleurs, le taux d'infections pelviennes inflammatoires après l'insertion du dispositif intra-utérin n'est pas plus élevé chez les adolescentes que chez les femmes adultes. En outre, aucune antibioprophylaxie préinsertion n'est recommandée. Un dépistage peut être effectué selon les indications habituelles, mais ne devrait pas retarder la pose du dispositif. Le risque d'expulsion est globalement faible (moins de 5 %) et est lié à l'expérience du médecin dans l'installation correcte du stérilet au niveau du fond de l'utérus. Certaines études semblent indiquer un risque d'expulsion légèrement plus élevé chez les nullipares pour certains stérilets en cuivre. (44)

Dans notre étude, 55,7% des femmes répondent négativement à la question « savez-vous que le DIU peut-être prescrit chez les nullipares ? ». Cela confirme bien, la méconnaissance des femmes concernant les DIU. Les médecins généralistes jouent un rôle primordial dans l'information de la contraception chez les femmes, et notamment chez les adolescentes.

Un récent travail de thèse a été réalisé dans le département du 92 et 78 au printemps 2013 afin de quantifier les freins et réticences des nullipares à utiliser le DIU (60). C'est une étude quantitative épidémiologique descriptive transversale basée sur un auto-questionnaire distribué aux nullipares par le biais de leur médecin généraliste. Cette étude montre que le manque d'information est le principal frein à l'utilisation du DIU chez les nullipares. Parmi les effets secondaires, l'infection pelvienne est le frein le plus cité par les femmes, suivi de l'inefficacité contraceptive et de la grossesse extra-utérine. Le terme « stérilet » potentiellement évocateur d'une « stérilité » ultérieure ne provoque pourtant pas de crainte à

ce sujet dans cette thèse. Les utilisatrices d'un DIU semblent pourtant satisfaites de celui-ci et le recommanderaient aux autres femmes.

Les effets indésirables listés par les femmes ne sont donc pas fondés sur des données scientifiquement validées mais représentent des croyances portant préjudice au DIU. L'action principale doit être centrée sur la qualité de l'information délivrée aux nullipares. **Les médecins généralistes, premier recours d'accès aux soins, doivent dispenser cette information complète permettant aux femmes d'accéder à une contraception plus adaptée.**

Notre étude montre que les nullipares sous Jaydess® en post IVG chirurgicale sont plus susceptible d'avoir déjà réalisé une IVG puisque **33% d'entre elles ont déjà eu au moins une IVG dans leur passé.** Dans la population générale, 65,8% des femmes n'ont jamais été suivi pour une IVG (médicale ou chirurgicale). Ce résultat reflète bien que les femmes qui choisissent le Jaydess®, sont pour la plupart des cas des femmes nullipares. Au vu de leur antécédent d'IVG, ce sont des femmes qui ont connu dans leur passé un échec de contraception. C'est pourquoi cette population cherche avant tout un nouveau moyen de contraception efficace et de longue durée. Le Jaydess® est donc une bonne alternative pour ces femmes aux antécédents d'IVG. En effet, plusieurs études ont déjà montré l'efficacité des méthodes LARCS dans la diminution des IVG répétées.

2.7 Comparaison du DIU Jaydess® et de la pilule oesoprogestative

Dans notre étude, **la pilule oesoprogestative reste le moyen de contraception le plus utilisé en post IVG chirurgicale avec 46,8% des femmes.**

Une étude randomisée, multicentrique et ouverte a été récemment publiée en octobre 2016. Cette étude compare la satisfaction de l'utilisateur et les événements indésirables sur 18 mois entre le nouveau système contraceptif intra-utérin (LNG-IUS 8 : Jaydess®) et une contraception orale combinée (30 µg d'éthinylestradiol / 3 mg de drospirénone) chez les jeunes femmes en âge de procréer (61).

Dans l'ensemble, 279 femmes ont été randomisées dans le groupe LNG-IUS 8 et 281 femmes ont été randomisées dans le groupe pilule. L'âge moyen était de 23,7 et 23,9 ans, et 77,4% et 73,3% étaient respectivement nullipares. A la fin de l'étude, 82,1% et 81,9% des femmes, respectivement, ont déclaré être «très satisfaits» ou «satisfaits» de leur traitement. Le LNG-IUS 8 et la pilule oesoprogestative ont été associées à des taux de satisfaction des utilisateurs élevés. Cependant, **les utilisateurs de LNG-IUS 8 étaient beaucoup plus susceptibles de préférer poursuivre leur méthode contraceptive après l'étude** (66,2% vs 48,8%, $p = 0,0001$), ce qui indique qu'un système intra-utérin est une option contraceptive attrayante pour les jeunes femmes.

2.8 Comparaison du DIU Jaydess® et du Mirena®

Dans notre étude, nous avons mis en évidence une différence significative entre le nombre de multipare et le nombre de nullipare. **Les résultats montrent un nombre significativement plus important de nullipare dans la sous population Jaydess®.**

Nous n'avons mis aucune différence significative entre le Jaydess® et le Mirena® dans la population générale concernant les autres critères. Ce résultat peut être expliqué par un biais de recrutement. En effet seulement 14 femmes ont choisi le Jaydess en post IVG chirurgicale sur une population générale de 219 patientes. Ce résultat montre une nouvelle fois l'absence

de prescription du Jaydess en post IVG chirurgicale. Il existe également un autre biais pouvant expliquer ces résultats puisque beaucoup de multipares ont été perdus de vue.

2.9 Un Intérêt à prescrire le DIU Jaydess® chez les nullipares ?

2.9.1 Moins d'IVG répétées

L'accès au méthode de longue durée d'action, dont fait partie les DIU et le DIU Jaydess®, peut entraîner moins de grossesse non désirée et donc moins d'IVG et donc une économie pour le système de soin.

Selon une étude suédoise Kilander, choisir une méthode LARC au moment de l'IVG diminue le nombre d'avortements répétés par rapport au choix d'un contraceptif oraux (13% contre 26%, OR 0,36; IC à 95% 0,24 à 0,52). L'implant était aussi efficace que le dispositif intra-utérin dans la prévention des avortements répétés au-delà de 3 ans.

Dans une seconde étude de Birgisson (62), réalisé aux Etats Unis, 9000 femmes entre 14 et 45 ans ont participé à une étude prospective de cohorte. 75 % des participantes à l'étude ont choisi l'une des trois méthodes LARC (46% le DIU LNG, 12% le DIU au cuivre et 17% l'implant). 87% de ces femmes ont poursuivi leur contraception à 12 mois. Alors que les femmes sous contraceptif oral ont poursuivi leur contraception orale que dans 57% des cas à 12 mois. A 24 mois, 77% des femmes sous une des trois méthodes LARC ont poursuivi leur contraception contre 41% pour les femmes utilisant un contraceptif oral. Cette étude a également montré une nette diminution du nombre d'IVG répété entre 2006 et 2010.

2.9.2 Moins de douleur à la pose

La pose d'un DIU peut être faite le jour même ou plus tard. La pose immédiate d'un DIU est une option intéressante puisque la femme n'est pas enceinte à ce moment-là, la douleur est donc moindre lors de la pose parce que le col utérin est ouvert, et sa motivation à recourir à la contraception peut être élevée. D'ailleurs dans notre étude, 50% des femmes sous Jaydess ont choisi ce dispositif intra-utérin car les douleurs sont moindres à la pose. Le seul inconvénient retrouvé à la pose immédiate est l'expulsion. Une méta-analyse du Cochrane a mis en évidence que les DIU étaient plus souvent expulsés lorsqu'ils étaient posés tout de suite après un avortement par rapport à la pose différée. (63)

La peur d'un placement douloureux est une préoccupation commune chez les femmes. Dans la plupart des cas, les femmes ressentent peu ou pas de douleur lors du placement. Dans l'étude la plus récente étudiant le LNG IUS 8 (Jaydess®) (37), 94,4% des enquêteurs ont évalué le placement du LNG-IUS 8 chez les participants (dont 97,7% étaient nullipares) comme «facile», et 89,1% des participants ont classé la douleur comme «modérée».

2.9.3 Jaydess plus rentable

Dans notre étude, 21,4 % des femmes sous Jaydess® en post IVG estime que le faible coût du Jaydess est un critère de motivation à la pose de ce dispositif intra-utérin.

Les DIU, les injections de progestatifs et les implants sont de nos jours les moyens de contraception les plus rentables en comparaison notamment avec les méthodes les plus couramment utilisés, tels que les préservatifs et la pilule (5 ans des économies: \$ 13,373-14,122 \$, LARC; 12.239 \$, préservatifs; 12.879 \$, pilule). (64)

2.9.4 Moins d'aménorrhée

Discuter des effets indésirables lors de l'information sur la contraception est fondamentale, car de nombreuses femmes peuvent détester être en aménorrhée. Elles l'associent souvent à une perte de la fertilité et / ou de la féminité ou à la grossesse. Ces sentiments sont très dépendants des origines culturelles et religieuses. Par exemple, dans une étude menée en Finlande, la réduction des saignements avec un DIU (20Ug) était associée à une plus grande satisfaction chez les femmes, et une satisfaction de 100% chez les femmes en aménorrhée. (65)

Dans notre étude 42,9 % des femmes choisissent le Jaydess pour éviter les dysménorrhées et les aménorrhées. C'est donc un critère essentiel aux yeux de certaines femmes qui a été confirmé par notre étude. Or dans l'étude de Nelson (26), seulement 11% des femmes présentent une aménorrhée sous Jaydess® contre 50% sous Mirena®.

Ce critère est évidemment dépendant de chaque femme. Ce qui peut être un avantage pour l'une peut être un inconvénient pour l'autre. Cependant le DIU Jaydess® entraînerait moins d'aménorrhée et donc pourrait convenir à un grand nombre de femmes, dont les nullipares chez qui la présence de ménorrhée pourrait rassurer.

2.10 DIU Jaydess® : Nouveau Dispositif intra-utérin

Le nouveau dispositif intra utérin Jaydess® commercialisé en France le 14 Mars 2014 est un moyen de contraception de longue durée d'action et réversible (LARC) plus petit et à faible dose : LNG-IUS 8 (moyenne d'environ 8 µg / 24 h sur la première année, teneur totale 13,5 mg, [Bayer HealthCare]). Le Jaydess est placé avec un tube d'insertion plus étroit (3,8 mm) que celui utilisé pour le LNG-IUS 20 (4,4 mm) (Mirena® [Bayer HealthCare]). Ce tube d'insertion plus étroit peut être particulièrement approprié pour une utilisation chez des femmes plus jeunes et nullipare. Dans le cadre d'une étude de phase III, le LNG-IUS 8 s'est révélé très efficace: **l'Indice Pearl (PI) de 3 ans était de 0,33** (26). De plus, le LNG-IUS 8 était associé à un profil de sécurité favorable.

Chez les adolescentes et nullipares, une seconde étude a été réalisée en 2016 dans 36 centres Européen (37). Cette étude évalue le profil de sécurité du système intra-utérin de lévonorgestrel à faible dose (LNG-IUS 8), chez les adolescents. Le placement de LNG-IUS 8 a réussi dans 303/304 participants (99,7%). Dans l'ensemble, 82,6% des participants ont déclaré des effets indésirables (EI), et les EI graves et les EI graves liées à l'étude ont été signalés respectivement par 7,6% et 1,0% des participants. Aucun cas de maladie inflammatoire pelvienne, de grossesse extra-utérine ou de perforation utérine n'a été signalé. Aucune grossesse n'a été signalée au cours de l'étude de 12 mois. A la fin de l'étude, le taux global de satisfaction des utilisateurs était de 83,9%. Le LNG-IUS 8 (Jaydess®) n'a été associé à aucun événement nouveau ou inattendu et le profil d'innocuité du LNG-IUS 8 observé dans cette étude chez les adolescents âgés de 12 à 17 ans est cohérent avec celui observé chez les adultes nullipares et multipares (18-35 ans). Cette étude, qui est la première à évaluer le LNG-IUS 8 de nouvelle génération à faible dose chez les femmes de moins de 18 ans, confirme l'innocuité, l'efficacité et l'acceptabilité du LNG-IUS 8 chez les adolescents.

Le LNG IUS 20 (taux de libération de 20 µg / jour, teneur totale 52 mg / jour, Mirena®, Bayer AG) a été approuvé pour la première fois en 1993 en Finlande. Il possède l'AMM pour la contraception depuis le 21 juillet 1995 et pour les ménorragies fonctionnelles, depuis le 28

février 2002. Le DIU Mirena®, est placé à l'aide d'un introducteur avec un tube d'insertion de 4,4 mm (66).

Le Jaydess® possède pour le moment que l'AMM pour la contraception et en 2^{ème} intention chez les nullipares. Cependant de nombreuses études dans la littérature ont montré son bénéfice et son intérêt notamment dans ce groupe de femme.

2.11 Perspectives et ouverture

Une récente publication dans la revue *Exercer* (67) a souligné un travail de thèse réalisée au printemps 2012 et soutenue publiquement fin 2012 à la faculté de médecine d'Angers. Ce travail a étudié 21 médecins généralistes et 11 gynécologues aguerris à la pose du DIU concernant leur opinion sur ce mode de contraception pour les femmes nullipares. La majorité de ces médecins généralistes avaient validé un diplôme complémentaire universitaire en gynécologie et posaient au moins un DIU par mois. Globalement ces médecins semblent encore, fin 2012, manifester une réticence certaine à proposer le DIU aux nullipares. Leurs arguments recensés étaient la moindre efficacité du DIU au cuivre (préféré au DIU au Lévonorgestrel en raison de sa plus petite taille), la peur des complications comme la perforation lors de la pose, le risque de maladies inflammatoires pelviennes et le risque de stérilité. Finalement, il apparaît ici que les professionnels de santé font sensiblement références aux mêmes craintes que les patientes quand à l'utilisation du DIU.

Nous n'avons pas étudié les craintes et réticences à la prescription du nouveau dispositif intra utérin Jaydess, mais notre étude montre que la plupart des médecins généralistes ne le prescrivent pas en comparaison avec leurs collègues gynécologues.

Enfin, à la lumière de cette étude, il semble se dégager un profil sociologique des femmes désirant adopter le DIU comme méthode contraceptive : actives, dynamiques, à l'aise avec leur corps, sans désir de grossesse à court terme.

En dépit de la sous- utilisation du DIU Jaydess®, il apparaît que, depuis la très médiatique polémique française autour des pilules de troisième et quatrième générations de fin 2012/début 2013, la demande et la vente de DIU ne cessent d'augmenter (68). Les femmes semblent beaucoup moins réticentes au DIU qu'auparavant.

Le moment semble donc bien être opportun pour les professionnels de santé de répondre à cette demande croissante des femmes et de mettre un terme aux croyances que véhiculait le DIU par le passé.

CONCLUSION

Les femmes qui souhaitent un avortement sont un groupe à haut risque pour les grossesses non désirées ultérieures. Elles représentent donc un groupe prioritaire pour lesquels l'utilisation des méthodes LARC (Long Acting Reversible Contraceptives) et notamment des dispositifs intra-utérins serait bénéfique. Aider les jeunes femmes à choisir une méthode de contraception efficace après un avortement ou lors d'une consultation médicale est essentiel dans l'effort de santé publique pour réduire les grossesses non désirées, des avortements et des avortements répétés.

Encore peu de médecin généralistes ne veulent prescrire le nouveau DIU Jaydess® ou autre DIU par manque de formation et par peur de son utilisation alors que selon le Committee on adolescent health care long acting reversible contraception, les méthode LARC sont des moyens de contraception de premiers choix y compris chez les nullipares.

Certes le Jaydess® n'est toujours pas une contraception de première intention chez les nullipares mais ce DIU reste une alternative intéressante chez ces patientes, présentant une contre indication à la pilule oesoprogestative qui reste la contraception de première intention.

Le Jaydess® est un DIU à base de progestatif. Il est de plus petite taille que son prédécesseur. Son insertion est plus facile et moins douloureuse que celle du Mirena® et pourrait constituer une option intéressante chez les nullipares et les adolescentes.

Il serait donc intéressant de mieux former les internes et médecins généralistes pour casser les mythes des dispositifs intra-utérins et permettre aux femmes d'avoir un meilleur moyen de contraception, choisie et adaptée.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bajos N, Prioux F, Moreau C. L'augmentation du recours répété à l'IVG en France : des enjeux contraceptifs au report de l'âge à la maternité. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*. Elsevier Masson. août 2013;61(4):291-8.
2. World Health Organization. Medical Eligibility Criteria for Contraception Use. 5th ed. World Health Organization 2015. [consulté le 14 octobre 2016]. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181468/1/9789241549158_eng.pdf
3. Méheut-Ferron C. Freins à la prescription du DIU chez la nullipare : étude qualitative auprès de 12 médecins haut-normands. 3 octobre 2014;99.
4. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. IVG : Un droit garanti par la loi. [consulté le 9 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.ivg.social-sante.gouv.fr/un-droit-garanti-par-la-loi.html>
5. Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2015. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. *Etudes et résultats*. Juin 2016;(0968).
6. Mazuy M, Toulemon L, Baril E. Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété. *Population & Sociétés*. Janvier 2015; 518 :1-4
7. Mazuy M, Toulemon L, Baril E. Le nombre d'IVG est stable mais moins de femmes y ont recours. *Population*. 2014 ; 69(3):365-395.
8. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Interruption volontaire de grossesse - dossier guide. 2016 [consulté le 15 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.ivg.social-sante.gouv.fr/ivg-quels-sont-les-delaix-a-respecter.html>
9. ANAES. Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines. Mars 2001. [consulté le 15 mars 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-04/ivg_2001_-_argumentaire_2001_2011-04-28_15-32-48_847.pdf
10. Beucher G, Dolley P, Carles G, Salaun F, Asselin I, Dreyfus M. Misoprostol : utilisation hors AMM au premier trimestre de la grossesse (fausses couches spontanées, interruptions médicales et volontaires de grossesse). *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. février 2014;43(2):123-45.
11. Kapp N, Lohr PA, Ngo TD, Hayes JL. Cervical preparation for first trimester surgical abortion. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(2):CD007207.
12. Low N, Mueller M, Van V, Huib AAM, Kapp N. Perioperative antibiotics to prevent infection after first-trimester abortion. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;3:CD005217.
13. Faucher P. Antibioprophylaxie et IVG. *Mises À Jour En Gynécologie Médicale*. 2013;249-61.

14. Contraception chez la femme après une IVG - Fiche mémo-HAS. 2013 [consulté le 3 mai 2015]. Disponible sur: http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraception-post-ivg-060215.pdf
15. Mulet F., Descamps P. Contraception du post-partum et du post-abortum. Compte-rendu des 30èmes journées nationales du CNGOF. 2006 [consulté le 14 mars 2016]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/conf2006/confs2006/002/
16. Haute Autorité de Santé. Contraception chez l'adolescente - Fiche Mémo. Janvier 2015 [consulté le 5 octobre 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1752690/fr/contraceptionchez-l-adolescente
17. Moreau C, Desfrères J, Bajos N. Circonstances des échecs et prescription contraceptive post-IVG : analyse des trajectoires contraceptives autour de l'IVG. 22 juin 2011;1(1):148-61.
18. Faucher P, Serfaty D. La contraception après une interruption volontaire de grossesse. Médecine Thérapeutique Médecine Reprod Gynécologie Endocrinol. 1 janv 2012;14(1):36-40.
19. Upadhyay UD, Brown BA, Sokoloff A, Raine TR. Contraceptive discontinuation and repeat unintended pregnancy within 1 year after an abortion. Contraception. janv 2012;85(1):56-62.
20. Bayer HealthCare. Jaydess®- What is Jaydess®? : Brochure d'information aux patients [consulté le 15 mars 2015]. Disponible sur: <http://www.jaydess.co.uk/en/healthcare-professionals/what-is-jaydess/>
21. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Résumé des Caractéristiques du Produit : Jaydess. [consulté le 15 mars 2016]. Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0224926.htm>
22. Apter D, Gemzell-Danielsson K, Hauck B, Rosen K, Zurth C. Pharmacokinetics of two low-dose levonorgestrel-releasing intrauterine systems and effects on ovulation rate and cervical function: pooled analyses of phase II and III studies. Fertil Steril. juin 2014;101(6):1656-1662-4.
23. Serfaty D. Les dispositifs intra-utérins. 24ème Journée Nationale- Collège National des Gynécologues Obstétriciens Fr. 2000;284.
24. Järvelä I, Tekay A, Jouppila P. The effect of a levonorgestrel-releasing intrauterine system on uterine artery blood flow, hormone concentrations and ovarian cyst formation in fertile women. Hum Reprod Oxf Engl. déc 1998;13(12):3379-83.
25. VIDAL. JAYDESS 13,5 mg. 2016 [consulté le 9 juillet 2016]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/Medicament/jaydess-133035-pharmacodynamie.htm>
26. Nelson A, Apter D, Hauck B, Schmelter T, Rybowski S, Rosen K, et al. Two low-dose levonorgestrel intrauterine contraceptive systems: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. déc 2013;122(6):1205-13.

27. Haute Autorité de Santé. Commission de la Transparence : Jaydess 13,5mg système de diffusion intra-utérin. Novembre 2013 [consulté le 19 mars 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1701317
28. Haute Autorité de Santé. Méthodes contraceptives. Mars 2013 [consulté le 9 juillet 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf
29. Grimes DA, Lopez LM, Schulz KF. Antibiotic prophylaxis for intrauterine contraceptive device insertion. In: Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 1999 [consulté le 15 déc 2016]. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001327/abstract>
30. Heinemann K, Reed S, Moehner S, Do Minh T. Risk of uterine perforation with levonorgestrel-releasing and copper intrauterine devices in the European Active Surveillance Study on Intrauterine Devices. *Contraception*. avr 2015;91(4):274-9.
31. Trinh XB, Tjalma WAA, Makar AP, Buytaert G, Weyler J, van Dam PA. Use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in breast cancer patients. *Fertil Steril*. juill 2008;90(1):17-22.
32. Bayer HealthCare. Comparison of Jaydess & Mirena. Information for Health Care professionnelle. 2012 [consulté le 17 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.jaydess.com/comparison-jaydess-mirena>
33. Gemzell-Danielsson K, Schellschmidt I, Apter D. 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*. mars 2012;97(3):616-622-3.
34. Nahum GG, Kaunitz AM, Rosen K, Schmelter T, Lynen R. Ovarian cysts: presence and persistence with use of a 13.5mg levonorgestrel-releasing intrauterine system. *Contraception*. mai 2015;91(5):412-7.
35. Gemzell-Danielsson K, Schellschmidt I, Apter D. 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*. mars 2012;97(3):616-622-3.
36. Therapeutic Goods Administration. Australian Public Assessment Report for levonorgestrel. févr 2012;40 pages.
37. Gemzell-Danielsson K, Buhling KJ, Dermout SM, Lukkari-Lax E, Montegriffo E, Apter D. A Phase III, single-arm study of LNG-IUS 8, a low-dose levonorgestrel intrauterine contraceptive system (total content 13.5mg) in postmenarcheal adolescents. *Contraception*. 9 févr 2016.
38. Cristobal I, Neyro J-L, Lete I. The new LNG-releasing IUS: a new opportunity to reduce the burden of unintended pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. juill 2015;190:58-64.

39. Goodman S, Hendlish SK, Reeves MF, Foster-Rosales A. Impact of immediate postabortal insertion of intrauterine contraception on repeat abortion. *Contraception*. août 2008;78(2):143-8.
40. Grimes DA, Lopez LM, Schulz KF, Stanwood NL. Immediate postabortal insertion of intrauterine devices. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(6):CD001777.
41. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 392, December 2007. Intrauterine device and adolescents. *Obstet Gynecol*. déc 2007;110(6):1493-5.
42. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. 5th éd. Geneva: World Health Organization; 2015 [cité 14 mars 2016]. (WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK321151/>
43. Moreau C, Bohet A, Hassoun D, Teboul M, Bajos N. Trends and determinants of use of long-acting reversible contraception use among young women in France: results from three national surveys conducted between 2000 and 2010. *Fertil Steril*. août 2013;100(2):451-8.
44. Lyus R, Lohr P, Prager S, Board of the Society of Family Planning. Use of the Mirena LNG-IUS and Paragard CuT380A intrauterine devices in nulliparous women. *Contraception*. mai 2010;81(5):367-71.
45. Black K, Lotke P, Buhling KJ, Zite NB, Intrauterine contraception for Nulliparous women: Translating Research into Action (INTRA) group. A review of barriers and myths preventing the more widespread use of intrauterine contraception in nulliparous women. *Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept*. oct 2012;17(5):340-50.
46. Thompson KMJ, Speidel JJ, Saporta V, Waxman NJ, Harper CC. Contraceptive policies affect post-abortion provision of long-acting reversible contraception. *Contraception*. janv 2011;83(1):41-7.
47. Moreau C, Bohet A, Hassoun D, Ringa V, Bajos N. IUD use in France: women's and physician's perspectives. *Contraception*. janv 2014;89(1):9-16.
48. Kilander H, Alehagen S, Svedlund L, Westlund K, Thor J, Brynhildsen J. Likelihood of repeat abortion in a Swedish cohort according to the choice of post-abortion contraception: a longitudinal study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. mai 2016;95(5):565-71.
49. Steinauer JE, Upadhyay UD, Sokoloff A, Harper CC, Diedrich JT, Drey EA. Choice of the levonorgestrel intrauterine device, etonogestrel implant or depot medroxyprogesterone acetate for contraception after aspiration abortion. *Contraception*. déc 2015;92(6):553-9.
50. Kost K, Singh S, Vaughan B, Trussell J, Bankole A. Estimates of contraceptive failure from the 2002 National Survey of Family Growth. *Contraception*. janv 2008;77(1):10-21.
51. Harper CC, Rocca CH, Thompson KM, Morfesis J, Goodman S, Darney PD, et al. Reductions in pregnancy rates in the USA with long-acting reversible contraception: a cluster randomised trial. *Lancet Lond Engl*. 8 août 2015;386(9993):562-8.

52. Bajos N., Bohet A., Le Guen M., Moreau C. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? *Population & Sociétés*. sept 2012;(492):1-4.
53. Landry DJ, Wei J, Frost JJ. Public and private providers' involvement in improving their patients' contraceptive use. *Contraception*. juill 2008;78(1):42-51.
54. Whitaker AK, Johnson LM, Harwood B, Chiappetta L, Creinin MD, Gold MA. Adolescent and young adult women's knowledge of and attitudes toward the intrauterine device. *Contraception*. sept 2008;78(3):211-7.
55. Stanwood NL, Bradley KA. Young pregnant women's knowledge of modern intrauterine devices. *Obstet Gynecol*. déc 2006;108(6):1417-22.
56. Bennia-Bourai S, Asselin I, Vallée M. Contraception et adolescence. Une enquête un jour donné auprès de 232 lycéens (Caen). *Médecine*. 1 févr 2006;2(2):84-9.
57. Committee on Adolescent Health Care Long-Acting Reversible Contraception Working Group, The American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion no. 539: adolescents and long-acting reversible contraception: implants and intrauterine devices. *Obstet Gynecol*. oct 2012;120(4):983-8.
58. Yen S, Saah T, Hillard PJA. IUDs and adolescents--an under-utilized opportunity for pregnancy prevention. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. juin 2010;23(3):123-8.
59. Rosenberg MJ, Waugh MS. Oral contraceptive discontinuation: a prospective evaluation of frequency and reasons. *Am J Obstet Gynecol*. sept 1998;179(3 Pt 1):577-82.
60. Rivière P. Freins et réticences à l'utilisation du dispositif intra-utérin chez les nulipares en médecine générale : étude quantitative. 111p. Thèse : Médecine : Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines; 2014.
61. Borgatta L, Buhling KJ, Rybowski S, Roth K, Rosen K. A multicentre, open-label, randomised phase III study comparing a new levonorgestrel intrauterine contraceptive system (LNG-IUS 8) with combined oral contraception in young women of reproductive age. *Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept*. oct 2016;21(5):372-9.
62. Birgisson NE, Zhao Q, Secura GM, Madden T, Peipert JF. Preventing Unintended Pregnancy: The Contraceptive CHOICE Project in Review. *J Womens Health* 2002. mai 2015;24(5):349-53.
63. Okusanya BO, Oduwole O, Effa EE. Immediate postabortal insertion of intrauterine devices. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(7):CD001777.
64. Blumenthal PD, Voedisch A, Gemzell-Danielsson K. Strategies to prevent unintended pregnancy: increasing use of long-acting reversible contraception. *Hum Reprod Update*. févr 2011;17(1):121-37.

65. Heikinheimo O, Inki P, Kunz M, Parmhed S, Anttila A-M, Olsson S-E, et al. Double-blind, randomized, placebo-controlled study on the effect of misoprostol on ease of consecutive insertion of the levonorgestrel-releasing intrauterine system. *Contraception*. juin 2010;81(6):481-6.
66. Costescu D. Levonorgestrel-releasing intrauterine systems for long-acting contraception: current perspectives, safety, and patient counseling. *Int J Womens Health*. oct 2016;Volume 8:589-98.
67. Guyomar M, Guilleateau G. Que pensent les gynécologues et les médecins généralistes posant des dispositifs intra-utérins de ce mode de contraception chez la femme nullipare .37p. Thèse : Médecine : Angers : 2012.
68. Bizzotto E. Contraception : augmentation exponentielle des ventes de stérilet. octobre 2013.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 - Jaydess®

Figure 2 - Tableau récapitulatif des effets indésirables

Figure 3 - Diagramme de flux des femmes incluses dans l'étude

Figure 4 - taux d'IVG chirurgicale pour 100 femmes de chaque âge. CHU bordeaux, France, 2014-2015 (n=219)

Figure 5 - Motivation des femmes ayant eu le DIU Jaydess® en per-IVG chirurgicale

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 - Comparaison Jaydess® & Mirena® – Bayer Healthcare

Tableau 2 - Récapitulatif des différences Jaydess®/Mirena®

Tableau 3 - Caractéristiques sociodémographiques et gynécologiques des femmes avant IVG chirurgicale. CHU de Bordeaux, France, 2014-2015 (n=219)

Tableau 4 - Personnes/institutions ayant parlé du DIU aux femmes en post IVG. CHU de Bordeaux, France, 2014-2015 (n=219)

Tableau 5 - Prévalence des prescriptions des différents DIU en post IVG chirurgicale dans la population générale. CHU de Bordeaux, France, 2014-2015 (n=218)

Tableau 6 - Caractéristiques sociodémographiques et gynécologiques des femmes ayant choisi le Jaydess® en post IVG chirurgicale. CHU de Bordeaux, France, 2014-2015 (n=14)

Tableau 7 - Personnes ayant déjà parlé du DIU Jaydess® aux femmes. CHU de Bordeaux, France, 2014-2015 (n=14)

Tableau 8 - Contraception des femmes sous Jaydess® avant IVG chirurgicale. CHU de Bordeaux, France, 2014-2015 (n=14)

Tableau 9 - Contraceptions antérieures (cumulables) des femmes sous Jaydess®. CHU de Bordeaux, France, 2014-2015 (n=14)

Tableau 10 - Personnes/institutions ayant parlé du DIU aux femmes sous Jaydess® en post IVG. CHU de Bordeaux, France, 2014-2015 (n=14)

Tableau 11 – Analyses croisées des variables chez les femmes sous pilule oestroprogestative et les femmes sous le DIU Jaydess® en post IVG chirurgicale. CHU de Bordeaux, France, 2014-2015 (n=116)

Tableau 12 – Analyse croisées des variables chez les femmes sous Mirena® et les femmes sous Jaydess® en post IVG chirurgicale. CHU de Bordeaux, France, 2014-2015 (n=116)

Tableau 13 – Caractéristiques sociodémographiques et gynécologiques des femmes nullipares sous Jaydess® en post IVG chirurgicale. CHU de Bordeaux, France, 2014-2015 (n=12)

Tableau 14 – Contraception post IVG chez les femmes nullipares. CHU de Bordeaux, France, 2014-2015 (n=161)

ANNEXE 1 : Questionnaire

Madame, Mademoiselle,

Afin de comprendre les raisons et les freins du choix de votre contraception après IVG, le Centre d'Orthogénie souhaite faire une étude afin d'améliorer votre prise en charge dans notre structure. Dans ce cadre, nous vous sollicitons pour répondre à un premier questionnaire.

Un deuxième questionnaire vous sera remis le jour de

l'hospitalisation pour connaître votre choix de contraception.

Vous n'êtes pas obligées de répondre à toutes les questions. Vous pouvez cocher pour chaque question plusieurs réponses.

***Votre nom sur le questionnaire ne sera jamais
divulgué
et l'anonymat sera respecté.***

PARLONS DE VOUS

TOUT SERA CONFIDENTIEL

1. Quelle est votre activité ?

- | | | |
|--|--------------------------------------|---|
| ☐ Collège | ☐ Etudiante | ☐ A la recherche d'un emploi |
| ☐ Lycée professionnel | ☐ Salariée | ☐ Femme au foyer |
| ☐ Lycée général | ☐ Sans emploi | ☐ Autre : |

2. Etes-vous dans un contexte socio-économique difficile ? (Difficulté financière, séparation, difficulté de logement, violence conjugale, etc.)

- ☐ Oui
☐ Non

3. Habitez-vous ?

- ☐ En couple ☐ Seule ☐ Autre:

4. A quel âge avez-vous eu votre premier rapport sexuel ?

- ☐ 13 ans ou plus jeune ☐ 17-19 ans
☐ 14-16 ans ☐ 20 ans ou plus

5. Combien avez-vous eu de partenaires depuis le début de votre activité sexuelle ?

- ☐ 1 ☐ 4
☐ 2-3 ☐ 5 ou plus

AVANT L'IVG

6. Quelle est la durée de votre relation de couple ?

- ☐ Inférieure à 3 mois ☐ 7 à 12 mois
☐ 4 à 6 mois ☐ Supérieure à 1 an

7. Quel est votre moyen de contraception actuel ?

8. Quels sont les moyens de contraception déjà utilisés ?

- ☐ Pilule ☐ Patch Evra ☐ Anneau Nuvaring ☐ Implant Nexplanon
☐ Dispositif intra-utérin (stérilet) hormonal Mirena
☐ Dispositif intra-utérin (stérilet) au cuivre
☐ Préservatifs ☐ Retrait ☐ Méthode naturelle ☐ Pilule du lendemain
☐ Aucune ☐ Autres et Laquelle :

9. Qui vous a prescrit votre contraception ?

- ☐ Médecin traitant ☐ Gynécologue ☐ Autre :

10. Estimez-vous avoir choisi votre moyen de contraception ?

- ☐ Oui ☐ Non, pourquoi :

11. Pensez-vous avoir été suffisamment informée sur les différents moyens de contraception ?

- ☐ Oui ☐ Non, pourquoi :

12. Combien avez-vous eu d'IVG ?

- ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 et plus

13. Quel(s) type(s) d'IVG avait(ent) été effectué(s) ?

- ☐ Médicamenteuse
☐ Chirurgicale sous anesthésie locale
☐ Chirurgicale sous anesthésie générale

LE DISPOSITIF INTRA-UTÉRIN ou STERILET

14. Connaissez-vous les Dispositifs Intra-Utérins (DIU) ?

- ☐ Oui ☐ Non

15. Vous a-t-on déjà parlé de cette méthode de contraception ?

- ☐ Oui ☐ Non

15 bis. Si oui, qui vous en a parlé ?

- ☐ Média
☐ Famille, amis, partenaire
☐ Médecin traitant
☐ Gynécologue, endocrinologue ou autre spécialiste
☐ Professionnels intervenant dans les structures scolaires
☐ Professionnels d'un centre spécialisé d'orthogénie ou planning familial

16. Connaissez-vous la différence entre DIU au cuivre et DIU au progestatif ?

- ☐ Oui ☐ Non

17. Vous a-t-on parlé du nouveau DIU « Jaydess® » ?

- ☐ Oui ☐ Non

18. Savez-vous qu'on peut avoir un DIU si vous n'avez pas eu d'enfants ?

- ☐ Oui ☐ Non

19. Avez-vous déjà souhaité avoir un DIU ?

- ☐ Oui ☐ Non

20. Si oui, pourquoi ?

- ☐ Moyen de contraception efficace
- ☐ Il dure longtemps
- ☐ Personne ne sait que j'en ai un
- ☐ Pas d'hormones
- ☐ Je n'ai rien à penser ni à faire avant d'avoir une relation sexuelle
- ☐ Moins de douleurs
- ☐ Moins de saignements
- ☐ J'ai une contre-indication à une contraception hormonale orale
- ☐ Le faible coût
- ☐ Autres :

20 bis. Si oui, quelles ont été les raisons du refus ?

- ☐ Refus du médecin
- ☐ Refus du partenaire
- ☐ Autres :

21. Si non, quels ont été les freins à la pose d'un DIU ?

- ☐ Peur d'avoir une douleur à la pose
- ☐ Peur d'avoir un corps étranger
- ☐ Peur de devenir stérile
- ☐ Peur d'une infection
- ☐ Peur de saignements, de règles plus douloureuses et plus longues
- ☐ Peur que le DIU soit moins efficace et de tomber enceinte
- ☐ Peur d'une gêne pendant les rapports sexuels
- ☐ Peur d'une grossesse extra-utérine
- ☐ Peur d'expulsion, de déplacement
- ☐ Peur d'utiliser des tampons
- ☐ Contre-indication pour certains sports
- ☐ Toxicité du cuivre ou des hormones
- ☐ Absence de contrôle personnel sur la méthode contraceptive
- ☐ Peur que le DIU soit cher
- ☐ Autres :

Merci de redonner le questionnaire rempli au médecin ou aux infirmières avant de repartir

QUESTIONNAIRE A DONNER APRES L'INTERVENTION

22. Vous a-t-on proposé lors de la première consultation en vue de l'IVG un DIU ou Stérilet ?

- ☐ Oui ☐ Non

23. Avez-vous choisi le DIU ?

- ☐ Oui ☐ Non

24. Si vous n'avez pas choisi un DIU, quels ont été les freins à votre choix ?

- ☐ Déconseillé par un médecin, partenaire ou proche
- ☐ Peur d'avoir une douleur à la pose
- ☐ Peur d'avoir un corps étranger
- ☐ Peur de devenir stérile
- ☐ Peur d'une infection
- ☐ Peur de saignements, de règles plus douloureuses et plus longues
- ☐ Peur que le DIU soit moins efficace et de tomber enceinte
- ☐ Peur d'une gêne pendant les rapports sexuels
- ☐ Peur d'une grossesse extra-utérine
- ☐ Peur d'expulsion, de déplacement
- ☐ Peur d'utiliser des tampons
- ☐ Contre-indication pour certains sports
- ☐ Toxicité du cuivre ou des hormones
- ☐ Absence de contrôle personnel sur la méthode contraceptive
- ☐ Peur que le DIU soit cher
- ☐ Autres :

25. Si vous avez choisi un DIU au cuivre, quelles ont été les raisons de votre choix?

- ☐ Moyen de contraception efficace
- ☐ Il dure longtemps
- ☐ Personne ne sait que j'en ai un
- ☐ Pas d'hormones
- ☐ Je n'ai rien à penser ni à faire avant d'avoir une relation sexuelle
- ☐ Pose au moment de l'IVG
- ☐ J'ai une contre-indication à une contraception hormonale orale
- ☐ Le faible coût
- ☐ Autres :

26. Si vous avez choisi Mirena®, quelles ont été les raisons de votre choix?

- ☐ Moyen de contraception efficace
- ☐ Il dure longtemps
- ☐ Personne ne sait que j'en ai un
- ☐ Je n'ai rien à penser ni à faire avant d'avoir une relation sexuelle
- ☐ Pose au moment de l'IVG
- ☐ Moins de douleurs
- ☐ Moins de saignements
- ☐ La contre-indication à une contraception hormonale orale
- ☐ Le faible coût
- ☐ Autres :

27. Vous a-t-on proposé le Jaydess® ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

28. Si vous avez choisi le Jaydess®, quelles ont été les raisons de votre choix ?

- ☐ Moyen de contraception efficace
- ☐ Durée 3 ans
- ☐ Personne ne sait que j'en ai un
- ☐ Je n'ai rien à penser ni à faire avant d'avoir une relation sexuelle
- ☐ Pose au moment de l'IVG
- ☐ Moins de douleurs
- ☐ Moins de saignements
- ☐ La contre-indication à une contraception hormonale orale
- ☐ Le faible coût
- ☐ Autres :

***Merci de remettre le questionnaire aux infirmières du service avant votre départ.
Nous vous remercions d'avoir participé à cette étude et restons à votre disposition.***

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RESUME :

Introduction : Le dispositif intra utérin (DIU) Jaydess® est commercialisé depuis le 14 mars 2014 en France. Le taux d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) en France est stable et supérieur à 200000/an depuis environ dix ans et concerne principalement les femmes jeunes. Les dispositifs intra utérins sont largement recommandés devant la réduction des taux de grossesse non désirée chez les femmes et les adolescents. Malgré cela, ces méthodes ne sont utilisées que par environ 10 % des femmes en Europe et ne concerne que seulement 1,3% des patientes nullipares. C'est pourquoi l'objectif est d'étudier la place de la prescription du nouveau dispositif intra-utérin Jaydess®.

Matériels et méthodes : Une étude de cas avec un recueil prospectif de données a été réalisé, menée à l'aide d'un questionnaire distribué aux femmes ayant recours à une IVG chirurgicale au centre d'Orthogénie de Bordeaux, réalisée du 03 novembre 2014 au 04 mars 2015. 219 patientes ayant eu recours à une IVG chirurgicale ont été recrutées. Les variables sociodémographiques, gynécologiques, les connaissances sur le DIU Jaydess®, les motivations à sa pose ainsi que la place de sa prescription ont été soumises à l'analyse statistique.

Résultats : 14 patientes (6,4%) ont bénéficié d'un DIU Jaydess® en per IVG chirurgicale dont 12 (85,7%) nullipares et 2 (14,3) multipares. 32,4% des femmes ont entendu parler des DIU par leur spécialiste (gynécologue) et 7,3% par leur médecin traitant. Seulement 1,8% de la population avait connaissance du nouveau DIU Jaydess®. Les femmes qui ont choisi le Jaydess en post IVG chirurgicale sont susceptibles d'avoir eu des rapports sexuels plus tôt que les femmes sous pilule. Il n'existe aucune différence significative entre le Jaydess® et le Mirena® selon les critères étudiés.

Conclusion : Le DIU Jaydess® est très peu prescrit en per IVG chirurgicale, à la fois chez les nullipares et les multipares. Cela peut s'expliquer par la nouveauté de ce dispositif mais aussi par la réticence des médecins à prescrire les DIU. Pourtant ils sont le premier recours d'accès aux soins, et permettent aux femmes d'accéder à une contraception choisie et plus adaptée.

DISCIPLINE : Médecine générale

MOTS CLES : Jaydess®, DIU, nullipares, IVG chirurgicale

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE : UFR des sciences médicales Université de Bordeaux, 146 rue Léo Saignat, 33 076 Bordeaux.