

Anne Freyens, Chloé Rieu,  
Marie Sibel, Pierre Boyer

Université de Toulouse, Département  
Universitaire de Médecine Générale, 133  
Route de Narbonne, 31062 Toulouse cedex  
anne.freyens@gmail.com

Tirés à part : A. Freyens

### Résumé

Les dispositifs intra-utérins (DIU) sont la première méthode de contraception réversible dans le monde mais seulement 1,3 % des femmes nullipares en France l'utilisaient en 2010. L'accès pour les nullipares pourrait être amélioré par une meilleure diffusion de l'information auprès des professionnels et de la société et ainsi faire évoluer les mentalités sur les fausses représentations associées au DIU. Malgré les réserves liées à la douleur et aux difficultés techniques de pose, il est recommandé d'intégrer le DIU dans le panel de contraceptions proposé aux nullipares et d'accompagner les femmes vers un choix éclairé.

### • Mots clés

dispositif intra-utérin ; nulliparité.

### Abstract. Difficulties of access to the intrauterine device in nulliparous women

Intrauterine devices (IUDs) are the first reversible contraceptive method in the world, but only 1.3 % of nulliparous women in France used it in 2010. Access for nulliparas could be improved by better dissemination of information to professionals and society and thus change attitudes about misrepresentations associated with the IUD. Despite the reservations related to pain and technical difficulties of installation, it is recommended to integrate the IUD in the contraception's panel proposed to nulliparas and to accompany women towards an informed choice.

### • Key words

device, intrauterine; nulliparity.

DOI: 10.1684/med.2019.409

# Difficultés d'accès au dispositif intra-utérin chez les femmes nullipares

Recherche qualitative  
par entretiens semi-dirigés

## Introduction

La Haute Autorité de Santé (HAS), dans ses recommandations « Stratégie de choix des méthodes contraceptives chez la femme » de 2004 [1], déclare que le DIU peut être proposé aux femmes nullipares en première intention au même titre que la contraception œstro-progestative.

Les résultats de l'enquête FECOND réalisée en France en 2010 par l'Inserm et l'Institut national d'études démographiques ont montré que 54 % des femmes interrogées considéraient que le DIU n'était pas indiqué pour une femme nullipare. Ce pourcentage était de 69 % chez les gynécologues et 84 % chez les généralistes. 1,3 % des femmes de 15-49 ans sans enfant utilisait le DIU en 2010 [2] alors que le DIU est la première méthode de contraception réversible utilisée dans le monde avec plus de 180 millions d'utilisatrices en 2007 [3]. Les freins et réticences à l'utilisation chez les nullipares étaient principalement les risques infectieux dont on sait actuellement qu'ils sont liés aux IST et pas au DIU.

Les étapes entre la décision de se faire poser un DIU et la pose n'ont pas été évaluées chez la nullipare. Nous avons exploré le parcours de femmes nullipares qui ont choisi ce mode de contraception dans le but de recueillir leur vécu par rapport à l'accès au DIU, leur tolérance et leur expérience.

## Méthodes

Une étude qualitative a été réalisée par entretiens individuels semi-dirigés auprès de femmes nullipares ayant ou ayant eu un DIU. Les patientes ont été recrutées auprès des médecins généralistes du Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de Toulouse, maîtres de stage à l'occasion de stages « Santé de la femme » à destination des internes en médecine générale, d'une gynécologue du CDPEF de Toulouse, d'un gynécologue obstétricien du Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse et d'un médecin généraliste ayant un diplôme universitaire en gynécologie obstétrique, afin d'obtenir la variation maximale dans la diversité des profils.

Les entretiens ont été réalisés selon le choix des patientes à leur domicile, au domicile des chercheurs ou dans un lieu public. Ils ont été menés jusqu'à l'obtention de la saturation des données.

Le premier guide d'entretien a été élaboré par trois chercheurs en tenant compte des questions de recherche et en le comparant à d'autres études qualitatives étudiant les freins et réticences à l'utilisation du

DIU chez la nullipare [4]. Il était axé autour de quatre thèmes principaux de notre recherche : choix du DIU, professionnel consulté, déroulement de la pose et vécu après la pose. Ce guide a été testé lors des deux premiers entretiens, ce qui a permis de reformuler quelques questions afin qu'il soit plus adapté.

Les entretiens ont été réalisés par deux chercheurs femmes et enregistrés sur appareil audio après avoir garanti la confidentialité et l'anonymat des données auprès des femmes interrogées et obtenu leur consentement écrit.

Les entretiens enregistrés ont été retranscrits dans leur totalité de manière littérale. Un contexte d'énonciation a été établi à l'issue de chaque entretien afin de donner une vision d'ensemble et de faire ressortir les idées fortes. Une méthode par théorisation ancrée avec triangulation de l'analyse des données a été réalisée. Le verbatim a été séquencé et codé dans un tableau à double entrée (Excel<sup>®</sup>).

Les thèmes n'ont pas été définis à l'avance mais se sont dégagés au fur et à mesure des lectures.

La commission d'éthique du département de médecine générale de Midi-Pyrénées a donné son accord pour la recherche le 20 juin 2015.

## Résultats

Les entretiens se sont déroulés entre octobre 2013 et mai 2015 ; leur durée était comprise entre 15 et 36 minutes, avec une durée moyenne de 27 minutes.

L'échantillon était composé de 14 femmes âgées de 18 à 47 ans ; trois étaient célibataires, neuf en couple, une fiancée et une jeune mère en couple (qui avait eu un DIU avant sa grossesse).

Onze avaient un DIU au cuivre, deux un DIU hormonal ; une a d'abord eu un DIU au cuivre remplacé par un DIU hormonal. Elles avaient leur DIU depuis trois mois à cinq ans, avec une durée moyenne de 18 mois. Deux femmes l'avaient fait retirer au moment de l'entretien.

À partir du 12<sup>e</sup> entretien nous n'avons plus noté d'éléments nouveaux répondant à la question de recherche. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés afin de confirmer la saturation théorique des données.

### Volonté de la patiente et libre choix de son mode de contraception

Le choix du DIU était pour la majorité des femmes nullipares un choix personnel : « *Mais après c'est ma décision [...]* ».

Elles souhaitaient que les femmes en général puissent être libres de choisir leur mode de contraception : « *[...] Chacun doit avoir un mode de contraception qui lui convient si c'est possible [...]* ».

Cette volonté de choisir le DIU s'est confrontée à certains préjugés ou idées reçues encore fréquemment répandus

de nos jours tels que la contre-indication du DIU chez la nullipare : « *On m'en a parlé ; je savais que ça existait mais c'est vrai que, comme dans l'imaginaire collectif, je me disais c'est pour les femmes qui ont déjà eu des enfants ; c'est ce qu'on entend partout* ».

### Parcours menant au DIU

L'information semblait manquante et les préjugés présents. Le DIU ne leur avait en général pas été proposé « *je ne comprends pas pourquoi on ne m'en a pas parlé avant finalement parce que j'ai quand même, j'avais plus de 10 ans de... de contraception* ». « *[...] On ne m'a jamais parlé, jamais [...] d'un stérilet, jamais. Personne. Ni médecins ni qui que ce soit* ».

Certaines femmes avaient été confrontées à des informations erronées, par le biais d'internet « *[...] donc j'avais vite fait un peu cherché sur internet mais, euh !!, on voyait quand même plein de choses comme quoi pour les nullipares c'était pas... la meilleure solution* », ou par le biais des professionnels de santé : « *J'ai eu beaucoup de désinformation sur ça dans le parcours médical* ».

Enfin les idées préconçues sur la nulliparité et le DIU semblaient encore très présentes dans les mentalités, que ce soit chez les patientes « *[...] Je crois que le stérilet dans ma tête était vraiment toujours le truc des mamans. C'était ma mère en fait le stérilet. Je n'étais même pas au courant qu'on pouvait le mettre sur une femme qui n'avait pas eu d'enfant* », ou dans leur entourage : « *Parce que le premier truc qu'on dit c'est... le stérilet ça rend stérile* » ; « *[...] la première réaction de ma mère ça a été mais : tu n'as pas eu d'enfants* ».

### • La relation médecin patiente devait correspondre à certains critères

Certaines femmes ont abordé l'importance de la relation avec leur médecin. La notion de confiance semblait être un facteur déterminant dans l'accès au DIU : « *[...] Il m'a rassurée et je lui faisais entièrement confiance [...]* ».

Cette relation de confiance semblait liée aux compétences du professionnel de santé en matière de suivi gynécologique et à sa formation dans ce domaine : « *[...] Il se trouve que mon médecin traitant en fait elle a une formation de gynécologie* ».

De plus l'aptitude du professionnel de santé à poser le DIU était ressentie par certaines femmes comme un facteur rassurant et influant dans leur choix : « *Elle m'a rassurée en me disant qu'elle en posait beaucoup, donc j'me suis dit bon elle sait faire* ».

Une partie des femmes interrogées disait ne pas avoir connaissance du rôle du médecin généraliste en matière de gynécologie, ce qui limitait l'accès au DIU du fait d'une absence de dialogue sur leur contraception : « *J'ai toujours cru qu'un gynéco c'était tout ce qui est... contraception, appareil génital féminin [...]* et qu'un généraliste pourrait faire plein de choses mais on n'y pense pas [...] ; *on sait qu'il prescrit la pilule quand elle a déjà été prescrite, par un gynéco auparavant* ».

### • Les femmes se sont heurtées au refus des professionnels.

Lors de leur demande de contraception pour un DIU auprès d'un professionnel de santé, la majorité des patientes a été confrontée à leur refus : « *J'ai trouvé ça compliqué à obtenir vu que j'ai vu 2 gynécos différents qui m'ont refusé [...]* ».

Pour certaines, la réaction du professionnel à cette demande avait une connotation méprisante : « *Et je lui avais parlé notamment du stérilet, elle m'avait ri au nez [...]* » ou encore infantilisante « *Elle a pris ça un peu comme un caprice [...]* ».

D'après le vécu des patientes interrogées, certains médecins n'avaient pas donné d'explications à leur refus, il s'agissait de la parole du médecin : « *Ah non, elle ne m'a pas dit non ; c'était : il y a des risques ; c'est un peu comme la parole du médecin : Il y a des risques, point* » ou « *de choisir un mode de contraception à la place de la patiente [...] il n'y avait rien à faire, les gynécos ils mettaient la contraception qu'ils voulaient pour la femme. S'ils voulaient l'implant, c'était l'implant* ».

Pour les autres, les justifications du refus étaient variées telles que la jeunesse, la vie personnelle instable, le risque infectieux, l'expérience professionnelle, les risques à la pose, le risque de perforation utérine, le risque de stérilité ou encore le risque de cancer de l'utérus.

Certaines patientes faisaient un parallèle entre le refus de poser un DIU chez la nullipare et l'âge du professionnel de santé : « *[...] Il était un peu de l'ancienne école enfin je ne sais pas comment dire ça. Il ne voulait pas* ».

De nombreuses patientes ont interprété ce refus comme un monopole de la pilule sur le marché de la contraception : « *[...] C'est juste que les gynécos proposent, enfin me proposaient, tout le temps la pilule [...]* » ; « *[...] Je me dis que c'est quand même incroyable, la gynéco elle va systématiquement prescrire la pilule [...]* ».

Elles établissaient un lien entre le monopole de la pilule sur le marché de la contraception et le lobbying des laboratoires avec deux idées principales :

– La rétribution financière et matérielle des professionnels de santé : « *[...] Avec un regard un peu extérieur sur son bureau... avec le petit pot à crayon sponsorisé par telle pilule, le bloc sponsorisé par telle marque de pilule et tout ça, je me suis dis... il y a quand même des accords ou des séminaires qui sont organisés par des laboratoires pharmaceutiques* » ; « *[...] Ils gagnent des voyages à la fin de l'année s'ils en ont prescrit...* ».

– Le gain financier des laboratoires : « *[...] Ça rapporte plus d'acheter une pilule tous les mois ou tous les 3 mois à 50 euros la plaquette... que de poser un stérilet remboursé par la Sécu et qui coûte 30 euros pour 5 ans* ».

### • Elles ont dû faire preuve de détermination

Face au refus des professionnels et au monopole de la pilule en matière de contraception, les femmes interrogées ont dû faire preuve de volonté et de détermination afin d'accéder au DIU : « *J'ai de nouveau insisté et... puis en fait elle a cédé* ». « *Et moi je lui ai dit on fait ce*

*qu'on veut... je ne vois pas pourquoi je n'aurais pas le droit d'avoir un stérilet* ».

Leur détermination se traduisait par la réalisation de recherches personnelles portant sur la possibilité de poser un DIU chez une nullipare « *[...] Oui j'avais mon petit classeur, tout ce qui a été fait, toutes les études récentes...* », et sur le choix d'un professionnel acceptant de poser un DIU chez la nullipare.

Pour certaines d'entre elles, renoncer au DIU n'était pas envisageable : « *Je serais partie ailleurs [...]* j'aurais fait marcher mon réseau, j'aurais trouvé quelqu'un pour le poser... ».

Pour ces femmes, accéder au DIU a été vécu comme un parcours du combattant « *Et ça m'aurait évité tout ce parcours du combattant [...]* » ; « *Inaccessible* ».

## Discussion

### À propos de la méthode utilisée

#### • Forces de l'étude

Les chercheurs ont essayé de faire preuve de rigueur à chaque étape. Chaque entretien a été retranscrit par le chercheur qui a mené l'entretien et le codage a été réalisé par les deux chercheurs afin d'augmenter la validité interne de l'étude.

Dans ce but, la triangulation des sources et/ou méthodes a été réalisée en soumettant les résultats à la validation d'un troisième chercheur pour ainsi limiter la subjectivité, puis ils ont été confrontés aux données de la littérature.

#### • Limites de l'étude

Les patientes étaient informées du statut de médecin généraliste des chercheurs ce qui a pu influencer leur discours. Les chercheurs avaient une faible expérience en recherche qualitative mais ont été encadrés par une équipe expérimentée qui les a formés.

Les patientes avaient recours à des médecins recruteurs formés à ce sujet et pouvant faciliter leur parcours.

Les femmes ayant accepté de participer étaient probablement intéressées par le sujet.

### À propos des résultats

Les résultats de notre étude ont fait ressortir un accès difficile au DIU pour les nullipares, évoquant un parcours du combattant fait d'une succession d'épreuves à surmonter.

#### • Les difficultés d'accès à l'information.

En dépit des recommandations de la HAS de 2004 [1], le dispositif intra-utérin n'a jamais été proposé parmi les

contraceptions possibles à la majorité des patientes nullipares interrogées. Dans une thèse de médecine générale réalisée en 2011 sur les pratiques des médecins généralistes en matière de DIU chez la nullipare, 30 % des médecins interrogés déclaraient ne pas parler spontanément de cette méthode de contraception avec leur patiente nullipare et 46 % en parlaient parfois, en seconde intention [5].

Outre le manque en matière d'information sur le DIU, certaines patientes avaient reçu une information erronée par le biais d'internet ou d'un professionnel de santé.

### • Faire face aux idées préconçues et aux préjugés

En France, le DIU est resté dans l'imaginaire collectif une contraception réservée aux femmes « mûres », ne souhaitant plus d'enfant. Pour la majorité des patientes le DIU était considéré comme une contraception proposée aux femmes qui avaient déjà eu des enfants.

On retrouvait la notion de stérilité en partie due à l'emploi du terme stérilet plus répandu dans le langage commun. Cette peur de l'infertilité semblait également liée à la peur du risque d'infection et non au DIU en lui-même qui dans l'imaginaire collectif augmenterait le risque infectieux chez la nullipare.

Pour certaines le fait d'introduire quelque chose dans le corps était perturbant et vécu comme une intrusion. Dans l'étude de Fleming [6] recueillant l'opinion de patientes âgées de 14 à 27 ans sur le DIU en général, 84 % des participantes étaient nullipares et le principal frein retrouvé était l'idée d'avoir un corps étranger dans leur corps pour 46 % d'entre elles.

### • Rechercher un professionnel de santé acceptant de poser un DIU à une nullipare

Il semblait important pour les patientes que le médecin consulté soit compétent en matière de gynécologie notamment qu'il ait reçu une formation adaptée.

Comme retrouvé dans l'étude de K. Black en 2012 [7], le fait de s'adresser à un professionnel formé au DIU et à ses indications chez la nullipare augmente la prescription de DIU et donc l'accès des patientes à ce mode de contraception.

De plus l'aptitude du professionnel à poser le DIU chez une nullipare était également un critère rassurant pour la plupart des femmes. Harrison-Woolrych [8] rapporte 2,5 % de problèmes à l'insertion pour les praticiens ayant inséré moins de 10 dispositifs contre 1,3 % pour les praticiens ayant inséré plus de 100 dispositifs.

Certaines de ces femmes n'avaient pas pensé à s'adresser à leur médecin traitant du fait qu'elles ignoraient qu'il puisse avoir des compétences en matière de gynécologie. D'après l'étude réalisée en 2014 par le groupe FECOND, le taux d'utilisation du DIU est 4 fois plus important chez les femmes suivies par un gynécologue comparé à celles suivies par un médecin généraliste [9]. Or, les questions de contraception sont de plus en plus souvent traitées par le médecin généraliste du fait de l'évolution du système de soins et de la démographie médicale [10].

### • Le refus des professionnels de santé

Les raisons invoquées pour expliquer leur refus étaient variées :

– *Le risque d'infection lié à la jeunesse et à la vie personnelle instable* : un âge inférieur à 25 ans et la multiplicité des partenaires sexuels représentent des facteurs de risque de maladies inflammatoires pelviennes (MIP). Dans une étude prospective ayant suivi 525 femmes nullipares pendant 4 ans, aucun cas de MIP n'a été mis en évidence [11]. Prager [12] retrouve également que le port d'un DIU n'augmente pas le risque de MIP de façon équivalente selon la parité. Ainsi que plusieurs auteurs l'ont observé, le principal facteur de risque de MIP n'est ni l'âge, ni la parité mais l'exposition aux infections sexuellement transmissibles.

– *Les risques liés à la pose* : M. Farmer et A. Webb ne mettent pas en évidence de différence significative concernant l'échec à l'insertion entre nullipares et multipares. Le taux d'échec global est de 5,9 %, sans différence statistiquement significative entre nullipares et multipares) [13]. Ceci est confirmé par Bayer qui montre que le taux de réussite d'insertion ne diffère pas selon la parité [14].

– *La douleur lors de l'insertion* semble plus importante chez les nullipares que chez les multipares mais les malaises vagues quant à eux ne semblent pas être plus fréquents [14]. Selon la HAS, l'administration d'antalgiques avant la pause doit être proposée, notamment chez une femme nullipare, dans la mesure où son risque de douleur est décrit comme plus élevé.

– *Les risques de stérilité* : une étude rétrospective portant sur 123 femmes a montré que le port de DIU n'affecte pas plus la fertilité des femmes nullipares que des multipares : 93 % des femmes avaient eu une grossesse dans les 2 ans après le retrait du DIU. Pour la HAS, aucun risque de stérilité tubaire n'a été démontré y compris chez les nullipares (*niveau de preuve 3*).

– *Les risques de perforation utérine et de cancer utérin* : aucune donnée chez la nullipare n'a été retrouvée dans la littérature.

– *L'expérience professionnelle* : les complications infectieuses attribuées aux DIU constituent la crainte majeure des praticiens et la raison pour laquelle beaucoup refusent cette méthode contraceptive aux nullipares. Dans une étude américaine, alors que 86 % des médecins interrogés sur leur pratique avaient connaissance du fait que le DIU pouvait être utilisé chez la femme nullipare, 25 % d'entre eux ne recommanderaient pas son utilisation chez une femme n'ayant jamais été enceinte, allant ainsi à l'encontre des recommandations [15].

*Concernant le lien entre le refus du professionnel et son âge*, il semble que les médecins de « l'ancienne génération » n'aient pas été formés à l'utilisation du DIU chez la nullipare. On retrouve ce frein dans « *État des lieux des pratiques contraceptives* » défini par une formation initiale et continue des médecins insuffisantes de par l'étroitesse du socle de formation initiale, l'obsolescence rapide des connaissances techniques dans un domaine en pleine transformation et le manque de formation sur les spécificités de l'abord des questions de sexualité qui se

traduisent par la persistance d'idées reçues et de pratiques classiques voire stéréotypées [10].

Inversement, le fait d'être un jeune praticien est un facteur favorisant la prescription et l'insertion du DIU, vraisemblablement en lien avec une formation récente sur les recommandations concernant le DIU [16].

Un autre lien était soulevé entre le refus du professionnel et le monopole de la pilule sur le marché de la contraception associé au lobbying des laboratoires. Dans un article du journal *Le Monde* paru en janvier 2013 [17], la journaliste P. Krémer dénonce les liens étroits entre certains gynécologues dits « leaders d'opinion » et les laboratoires pharmaceutiques. La pression de l'industrie du médicament influence les prescripteurs, les leaders d'opinion et les médias.

## Conclusion

Le DIU chez la nullipare ne semble pas encore avoir trouvé sa place dans la société française actuelle mais également auprès des médecins.

Ce constat semble être en train d'évoluer, et ce parcours pourrait être simplifié par une meilleure diffusion de l'information auprès des professionnels mais également de la société afin de faire changer les mentalités sur les fausses représentations associées au DIU chez les



## Pour la pratique

Les médecins généralistes, de plus en plus impliqués en gynécologie, du fait des changements de démographie médicale dus à la diminution du nombre de spécialistes en gynécologie, pourraient probablement faciliter l'accès au DIU pour les nullipares en étant à l'écoute des choix des patientes. En proposant le DIU au même titre que les autres moyens de contraception, ils seront attentif aux contre-indications et proposeront un antalgique avant la pause chez les femmes nullipares. Les médecins généralistes ont la possibilité de se former aux techniques de pause en formation initiale ou continue ou à défaut d'orienter leurs patientes vers un CDPEF ou un professionnel compétent de leur réseau.

nullipares qui sont encore très présentes dans l'imaginaire collectif.

~ **Remerciements** Aux femmes ayant accepté de participer à l'étude.

~ **Liens d'intérêts** : les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

## RÉFÉRENCES

1. Haute Autorité de Santé. Stratégie de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Décembre 2004.
2. Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? *Population & Sociétés*. 2012 ; 492.
3. Darney L, Speroff PD. *A clinical guide for contraception (5th ed. ed.)*. Philadelphia, Pa. : Lippincott Williams & Wilkins. 2010 : 242-3.
4. Denant (Driat) D. Freins et réticences à l'utilisation du dispositif intra-utérin chez les nullipares en médecine générale. [Thèse d'exercice. Médecine]. UFR médicale Paris-Ile de France-Ouest ; 2012.
5. Reynier E. Dispositif intra utérin chez les nullipares : enquête sur les pratiques des médecins généralistes. [Thèse d'exercice. Médecine]. Nantes ; 2011.
6. Fleming, Sokoloff. et al. Attitudes and beliefs about the intrauterine device among teenagers and young women. *Contraception* 2010 ; 82 (2) : 178-82.
7. Black K, Lotke P, Buhling KJ, Zite NB. A review of barriers and myths preventing the more widespread use of intrauterine contraception in nulliparous women. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2012 ; 17 (5) : 340-50.
8. Harrison-Woolrych M. Insertion of the Multiload Cu375 intrauterine device ; experience in over 16,000 New Zealand women. *Contraception* 2002 ; 66 (6) : 387-91.

9. Moreau C, Bohet A, Hassoun D, Ringa V, Bajos N, the FECOND group. IUD use in France : women's and physician's perspectives. *Contraception* 2014 ; 89 (1) : 9-16.
10. Haute Autorité de Santé. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. Avril 2013.
11. Dueñas JL. Intrauterine contraception in nulligravid vs parous women. *Contraception* 1996 ; 53 (1) : 23-4.
12. Prager S. The levonorgestrel intrauterine system in nulliparous women. *Contraception* 2007 ; 75(6 Suppl): S12-5. Epub 2007 Apr 3.
13. Farmer M, Webb A. Intrauterine device insertion-related complications : can they be predicted? *J Fam Plann Reprod Health Care* 2003 ; 29 (4) : 227-31.
14. Bayer LL. Adolescent experience with intrauterine device insertion and use : a retrospective cohort study. *Contraception* 2012 ; 86 (5) : 443-51.
15. Kohn JE. Knowledge and likelihood to recommend intrauterine devices for adolescents among school-based health center providers. *J Adolesc Health* 2012 ; 51 (4) : 319-24.
16. Harper CC. Challenges in translating evidence to practice : the provision of intrauterine contraception. *Obstet Gynecol* 2008 ; 111 (6) : 1359-69.
17. Kremer P. Pilule : enquête sur ces médecins liés aux laboratoires. *Le Monde* 2013 janvier 11. [https://www.lemonde.fr/societe/article/2013/01/10/pilule-enquete-sur-ces-medecins-lies-aux-laboratoires\\_1814864\\_3224.html](https://www.lemonde.fr/societe/article/2013/01/10/pilule-enquete-sur-ces-medecins-lies-aux-laboratoires_1814864_3224.html).