



DOSSIER DE PRESSE

Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme

Recommandations pour la pratique clinique

Mardi 7 décembre 2004 à l'Anaes

Contacts presse :

Afssaps

Aude Chaboissier
Tél : 01 55 87 30 33
Fax : 01 55 87 30 20

Mail : aude.chaboissier@afssaps.sante.fr

Anaes

Gisèle Calvache
Tél : 01 55 93 73 17
Fax : 01 55 93 74 16

Mail : g.calvache@anaes.fr

Inpes

Sophie Decroix
Tél : 01 49 33 23 06
Fax : 01 49 33 23 90

Mail : sophie.decroix@inpes.sante.fr

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
2, avenue du Stade de France
93 218 Saint-Denis La Plaine Cedex
www.anaes.fr

Sommaire

I.	Contexte et objectifs	p. 3-4
II.	Principales conclusions et recommandations : 15 messages clés	p. 5-8
III.	Efficacité des différentes méthodes contraceptives	p. 9
IV.	Le modèle de consultation BERCER et les spécificités liées à l'adolescence	p.10-11 p.11
<u>Annexe 1.</u>	Rappel méthodologique : les recommandations pour la pratique clinique	p.12-13
	1) Les RPC	p. 12
	2) Les rôles du groupe de travail et du groupe de lecture	p. 12
	3) Rôle de l'Anaes	p. 13
<u>Annexe 2.</u>	Liste complète des membres du comité d'organisation, du groupe de travail et du groupe de lecture	p. 14-15

I. Contexte et objectifs des recommandations pour la pratique clinique « Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme »

Un nombre élevé de femmes et de couples utilisent un moyen de contraception (75 % des femmes déclarent en utiliser un). Cependant, le nombre de grossesses non désirées reste important, et de l'ordre de 200 000 interruptions volontaires de grossesses sont réalisées chaque année en France (chiffre pour 2002, en quasi-stabilité par rapport à 1990).

Les femmes se retrouvant **en échec de contraception** avancent le plus souvent en explication :

- un mauvais usage de la méthode, lié ou non à des difficultés de gestion quotidienne ou à une mauvaise connaissance de l'utilisation de la méthode ;
- la non-conscience du risque ;
- la prise d'un risque en s'en remettant à la chance ;
- la non-prévision du rapport sexuel ;
- la non-disposition d'une méthode de contraception ;
- un arrêt ou un refus de contraception suite à une première expérience difficile ;
- la non-connaissance d'un endroit où se procurer la méthode.

Dans un tel contexte, on mesure toute l'importance de la prévention des grossesses non souhaitées. Des recommandations pour la pratique clinique portant sur les stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme ont été élaborées à la demande de la Direction générale de la santé, selon la méthodologie de l'Anaes¹, avec la collaboration de l'Afssaps² et de l'Inpes³.

Le groupe de travail a souhaité replacer la contraception en tant que :

- moyen souhaité par une femme ou un couple de ne pas s'exposer à une grossesse et non celui d'éviter une IVG même si celle-ci peut être la conséquence d'une grossesse non souhaitée ;
- possibilité pour une femme ou un couple de choisir d'avoir un enfant, à un moment opportun ;
- possibilité pour une femme et son partenaire de mieux vivre leur sexualité.

Aborder la contraception de cette manière conduit naturellement à ne pas considérer les critères médicaux comme seuls critères décisionnels et à les compléter par la prise en compte de critères démographiques, psychologiques, économiques et sociaux.

L'objectif essentiel est devenu la recherche de la meilleure **adéquation entre la méthode contraceptive préconisée et le parcours de chaque femme, ceci au travers d'une relation soignant-consultante qui favorise l'aide au choix** plutôt qu'au travers d'une simple prescription.

Ce travail a pour objectifs :

- d'établir un **état des connaissances sur les méthodes contraceptives** actuellement disponibles chez la femme ;
- de définir **des recommandations sur la prescription** d'une contraception en débordant du seul cadre habituel des critères médicaux (facteurs psychologiques, économiques, familiaux, sociaux, etc.) ;
- de **promouvoir l'information des femmes** par les professionnels de santé habilités à prescrire et à délivrer des méthodes de contraception.

¹Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

²Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

³Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Ces recommandations doivent permettre d'adapter la contraception à la situation personnelle de chaque femme, afin de se rapprocher **au maximum de l'efficacité optimale de la méthode prescrite.**

Elles s'adressent en première lieu à l'ensemble des professionnels de santé prescrivant ou délivrant des méthodes contraceptives : omnipraticiens, gynécologues et gynécologues-obstétriciens, endocrinologues, sages-femmes, infirmières scolaires, pharmaciens et professionnels de santé des centres de planification et d'éducation familiale.

Les recommandations pour la pratique clinique abordent successivement :

- les méthodes contraceptives disponibles en France,
- les options contraceptives dans diverses situations particulières,
- les critères psycho-sociaux à prendre en compte lors du choix d'une méthode contraceptive,
- l'accompagnement d'une femme et/ou d'un couple dans le choix d'une méthode contraceptive.

Elles sont ici résumées en 15 messages clés.

II. Principales conclusions et recommandations : 15 messages clés

1. L'écart existant entre l'**efficacité optimale** des méthodes contraceptives observée lors des essais thérapeutiques et leur **efficacité en pratique courante** constitue un argument fort pour que la femme et le couple soient impliqués dans un choix adapté à leur réalité quotidienne.
2. Associer les personnes concernées au choix de leur **méthode contraceptive** engendre une plus grande satisfaction et une utilisation plus efficace de cette méthode. Ces recommandations soulignent l'importance de l'accord du partenaire et le cas échéant, de prendre en compte le couple dans la démarche contraceptive.
3. La **première consultation** au cours de laquelle la contraception est abordée devrait, autant que possible, être une consultation **spécifiquement dédiée à cette question**.
4. S'il s'agit d'**une adolescente**, elle sera reçue sans ses parents. L'entretien est confidentiel, même si l'évocation des parents dans la conversation en tête-à-tête reste essentielle. Les méthodes à privilégier chez l'adolescente sont le préservatif masculin et la contraception hormonale, surtout œstroprogestative.
5. La littérature souligne la nécessité pour le professionnel de santé :
 - d'adapter sa prescription à chaque consultante ;
 - d'étendre le champ de son entretien au-delà de seuls critères médicaux en prenant en compte des déterminants psychologiques, sociologiques ou encore économiques ;
 - d'explorer les motivations de la consultante vis-à-vis de la contraception ;
 - d'accompagner la consultante ou le couple à réfléchir et à choisir la forme de contraception la plus adaptée à sa situation personnelle.

Le **modèle BERGER de l'OMS** prend en compte ces différentes dimensions et peut constituer une aide pour conduire la consultation (cf. page 10).

6. Dans le cadre de la première consultation, un examen clinique incluant une recherche systématique des antécédents personnels ou familiaux (HTA, diabète, hyperlipémie, migraine, accidents thrombo-emboliques) doit être réalisé. En l'absence de problème médical familial ou personnel identifié, **les examens gynécologiques et sanguins** peuvent être présentés et programmés pour une consultation ultérieure (dans les 3 à 6 mois), notamment chez les adolescentes. Le frottis n'est utile que s'il y a eu des relations sexuelles antérieures.

7. **La contraception œstroprogestative** est l'une des méthodes de 1^{ère} intention, pour les femmes ne présentant pas de facteur de risque particulier (cardio-vasculaire, cancéreux, hépatique, etc.).

La contraception œstroprogestative présente en outre des bénéfices potentiels non contraceptifs, par exemple dans la prévention de certains cancers (cancers de l'endomètre, des ovaires et cancer colorectal).

Toutes les générations de pilules œstroprogestatives sont associées à une augmentation du risque d'accident thrombo-embolique. Le plus grand danger en prescrivant une contraception œstroprogestative, qu'elle soit de 2^{ème} ou 3^{ème} génération, est d'ignorer la présence de facteurs de risque cardio-vasculaire associés en présence desquels elles sont contre-indiquées.

Les données de la littérature rapportent une augmentation potentielle du risque de certains cancers, notamment du sein et du col utérin. Ces cancers restent relativement peu fréquents dans les tranches d'âge considérées. Pour le cancer du sein, les cancers sont découverts à un stade plus précoce et aucune différence n'a été observée en termes de mortalité.

8. Il est possible d'utiliser la **contraception par progestatif seul** dans certaines situations où les pilules œstroprogestatives sont contre-indiquées, notamment **en cas de risque cardio-vasculaire**.

La contraception par progestatif seul n'est pas qu'une méthode de 2^e intention. Elle est à classer, de même que les œstroprogestatifs, au rang des méthodes efficaces dans leur emploi courant et très efficaces en utilisation optimale.

Il s'agit essentiellement de la **pilule microprogestative**, laquelle implique **une prise rigoureuse** : tous les jours à la même heure, même pendant les règles.

La bonne efficacité de ces méthodes doit être envisagée au regard de leur tolérance (mauvais contrôle du cycle, risque accru de saignements, etc.).

9. **Les dispositifs intra-utérins (DIU) ne sont pas uniquement destinés aux femmes ayant eu un ou des enfant(s)** (multipares). Il s'agit d'une méthode contraceptive de **1^{ère} intention très efficace**, de longue durée d'action et pour laquelle aucun risque cancéreux ou cardiovasculaire n'est établi.

Si le risque de maladie inflammatoire pelvienne (MIP) lié à la pose est avéré, sa survenue est essentiellement limitée aux 3 semaines qui suivent l'insertion. **Aucun risque de stérilité tubaire n'a été démontré**, y compris chez les femmes n'ayant jamais enfanté (nullipares). Etant donnée la grande efficacité contraceptive des dispositifs intra-utérins, le risque de grossesse extra-utérine (GEU) est extrêmement faible. La littérature ne permet pas de conclure si le risque de grossesse extra-utérine en cours d'utilisation d'un dispositif intra-utérin est augmenté par comparaison aux autres méthodes contraceptives.

Un dispositif intra-utérin peut-être proposé **à toute femme** dès lors que :

- les contre-indications à sa pose sont prises en compte ;
- les risques infectieux et de grossesse extra-utérine ont été évalués et écartés ;
- la femme est informée des risques de maladie inflammatoire pelvienne et de grossesse extra-utérine ainsi que des risques potentiels, mais non démontrés, de stérilité tubaire. Cette information est prépondérante chez une femme nullipare car sa pose doit être envisagée avec prudence et en prenant en compte son désir d'enfant à venir.

10. Il est recommandé que lors de la prescription et de la délivrance, la femme soit préventivement informée des **possibilités de rattrapage en cas de rapport non protégé**, de leur efficacité et des conditions à leur accès.

Deux types de méthodes existent : contraception d'urgence hormonale et dispositif intra-utérin au cuivre, **le DIU au cuivre étant la méthode la plus efficace en cas de rapport non protégé**.

La contraception d'urgence par progestatif seul n'est pas efficace à 100 %. Elle est d'autant plus efficace qu'utilisée plus précocement après le rapport non protégé. L'utilisation opportuniste et répétitive de la contraception d'urgence hormonale en tant que seule méthode contraceptive est nettement moins efficace qu'une méthode continue. Elle peut être **obtenue sans ordonnance en pharmacie** (où elle est anonyme et gratuite pour les mineures qui en font la demande), **en centre de planification familial ou dans les infirmeries scolaires**.

Suite à la prise d'une **contraception d'urgence** par progestatif seul, il est recommandé de conseiller à la consultante :

- **d'adopter une méthode contraceptive** efficace (préservatifs) jusqu'à la fin du cycle en cours ;
- **de réaliser un test de grossesse** si les règles ne surviennent pas dans les 5 à 7 jours après la date attendue.

11. Qu'elles soient masculines ou féminines, les **méthodes de stérilisation** sont susceptibles, sur simple demande du couple ou de la personne concernée ou sur proposition du médecin, d'apporter une réponse contraceptive appropriée dans certaines situations médicales, sociales ou culturelles particulières. Elles ont l'avantage de n'avoir aucune contre-indication permanente. En pratique, il est recommandé de **les présenter comme généralement irréversibles**.

Le code de santé publique précise que « la ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive **ne peut être pratiquée sur une personne mineure** ».

Un délai de réflexion de 4 mois doit être respecté après décision initiale de stérilisation et recueil du consentement.

La signature d'un consentement éclairé est obligatoire.

12. **Les préservatifs, masculins ou féminins**, sont la seule méthode qui ait prouvé son efficacité dans la prévention de la transmission **des infections sexuellement transmissibles (IST)**. Une situation estimée à risque du fait de l'existence de plusieurs partenaires, de l'évocation de relations occasionnelles ou de l'absence de relation stable (notamment chez l'adolescente), doit conduire le professionnel de santé à recommander l'utilisation de cette méthode contraceptive, en complément ou non d'une autre méthode médicale. Ces méthodes nécessitent une pédagogie ciblée.

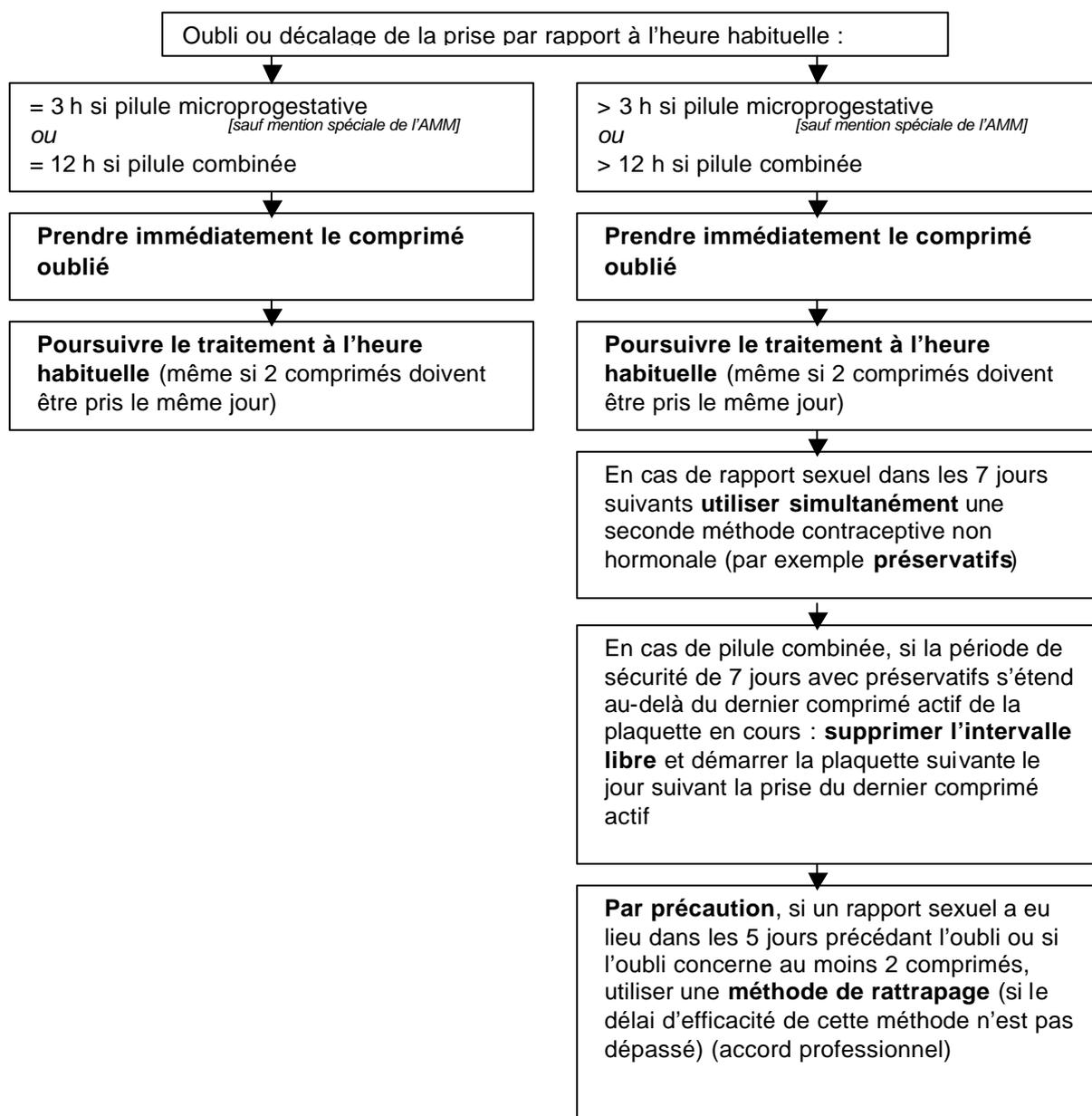
L'utilisation de spermicides seuls n'est pas efficace dans la prévention des infections sexuellement transmissibles.

13. La méthode de **l'aménorrhée lactationnelle**, lorsque l'allaitement est exclusif ou quasi-exclusif est d'une efficacité comparable à celle d'une contraception orale.

Au regard du risque élevé d'échec qu'elles comportent en usage courant, les autres méthodes naturelles devraient être réservées à des femmes connaissant bien leur cycle, maîtrisant bien l'utilisation de la méthode et pouvant s'exposer à un risque de grossesse (sans contre-indication).

14. L'augmentation des risques cancéreux et cardio-vasculaire avec l'âge et la pré-ménopause doivent amener à **réévaluer l'adéquation de la méthode contraceptive utilisée à partir de 35-40 ans.**
15. Lorsqu'un **oubli de pilule** se renouvelle trop fréquemment ou qu'il est constaté un réel **manque d'observance**, il est recommandé **d'envisager une autre méthode contraceptive** (DIU, dispositif transdermique hormonal, implant hormonal, etc.).

Le schéma général de la **conduite à tenir en cas d'oubli de pilule(s)** est présenté ci-dessous :



III. Efficacité des différentes méthodes contraceptives

Efficacité des différentes méthodes contraceptives, adapté d'après l'OMS

Efficacité	Méthode	Grossesses pour 100 femmes au cours des 12 premiers mois d'utilisation		
		En pratique courante	En utilisation optimale*	
Toujours très efficace	Implants	0,1	0,1	
	Vasectomie	0,2	0,1	
	Stérilisation féminine	0,5	0,5	
	Progestatifs injectables	0,3	0,3	
	DIU	0,8	0,6	
	Pilules progestatives pures (au cours de l'allaitement)	1	0,5	
	Efficace dans son emploi courant	Méthode de l'aménorrhée lactationnelle	2	0,5
Très efficace lorsqu'elle est employée correctement et régulièrement (utilisation optimale)		Contraception orale oestroprogestative	6-8	0,1
		Pilules progestatives pures (en dehors de l'allaitement)	§	0,5
A une certaine efficacité dans son emploi courant	Préservatifs masculins	14	3	
	Retrait	19	4	
	Diaphragme et spermicide	20	6	
	Efficace lorsqu'elle est employée correctement et régulièrement (utilisation optimale)	Méthodes naturelles	20	1-9
		Préservatifs féminins	21	5
	Spermicides	26	6	
	Cape cervicale (nullipares)	20	9	
	Cape cervicale (multipares)	40	26	
	Pas de méthode	85	85	

* Correspond à l'efficacité obtenue des essais thérapeutiques.

§ : En dehors de l'allaitement les pilules progestatives pures sont « un peu » moins efficaces que les contraceptifs oraux oestroprogestatifs.

IV. Le modèle de consultation BER CER et spécificités liées à l'adolescence

Le groupe de travail de ces recommandations insiste sur le fait que **la première consultation** au cours de laquelle la question de la **contraception** est abordée devrait être une consultation **spécifiquement dédiée** à cette question.

Parmi les différents modèles de **consultation** développés dans les cadres général ou spécifique de la contraception, le groupe de travail souligne l'intérêt du modèle BER CER de l'OMS, lequel se déroule en 6 étapes qui se succèdent comme suit : **Bienvenue, d'Entretien, de Renseignement, de Choix, d'Explication et de Retour.**

Les 6 étapes de la consultation sur le modèle BER CER

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

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

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

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

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

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

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

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

Spécificités liées à l'adolescence

↪ **L'adolescente est reçue sans ses parents.** L'entretien est confidentiel. Depuis 2001, la loi dispense le médecin de notifier aux parents une prescription contraceptive à une mineure. Pour autant, l'évocation des parents dans la conversation en tête-à-tête reste tout aussi essentielle.

↪ En l'absence de symptômes qui le justifient, **les examens gynécologique et sanguins ne sont pas nécessaires lors de la première consultation.**

↪ Il importe de rester neutre et de **n'avoir d'a priori** ni sur l'activité sexuelle des adolescents, ni sur leur désir voire leur intention délibérée d'un d'enfant à naître.

↪ Le questionnement nécessite de comprendre **que l'adolescence est un moment de croissance sociale et cognitive** et d'acquérir des compétences de communication particulières afin d'adapter le « *counseling* » à l'adolescente.

↪ La contraception chez une adolescente nécessite une **planification et un suivi régulier et rapproché.**

Annexe 1. Rappel méthodologique : les recommandations pour la pratique clinique

1. Les recommandations pour la pratique clinique (RPC)

Cette méthode d'élaboration de recommandations professionnelles en santé, permet d'établir l'état des connaissances à propos de situations cliniques avec un objectif d'amélioration de la qualité des soins.

La méthode « RPC » repose sur la sélection, l'analyse et la synthèse objectives d'une littérature abondante par un groupe de travail multidisciplinaire, qui est chargé d'élaborer des recommandations en prenant en compte également l'avis de professionnels multidisciplinaires.

L'initiative du processus et le choix du thème incombent à un promoteur. L'Anaes assure le financement. Le comité d'organisation limite le thème, définit les questions, choisit les participants et assure la logistique de l'ensemble du processus.

Les recommandations sur le thème de la « stratégie de choix des méthodes contraceptives chez la femme » ont été élaborées par l'Anaes à la demande de la Direction Générale de la Santé. Elles ont été réalisées en collaboration avec l'Afssaps et l'Inpes.

Les sociétés savantes et associations suivantes ont été sollicitées pour participer à leur élaboration :

- Association française pour la Contraception ;
- Association Fil-Santé Jeunes ;
- Association Nationale des Centres d'Interruption volontaire de grossesse et de Contraception ;
- Collège National des Généralistes Enseignants ;
- Collège National des Gynécologues et Obstétriciens français ;
- Confédération Nationale du Mouvement français pour le Planning Familial ;
- Centre de Documentation et de Recherche en Médecin Générale ;
- Fédération Nationale des Associations de Sages-femmes ;
- Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale ;
- Société de Formation Thérapeutique du Généraliste ;
- Société française de Gynécologie ;
- Société française de Médecine Générale.

2. Les rôles du groupe de travail et du groupe de lecture

Le groupe de travail, composé de personnalités et d'experts représentant les différentes spécialités intéressées par le thème, réalise la synthèse objective des données scientifiques et propose des recommandations.

Le groupe de lecture, composé comme le groupe de travail de personnalités et d'experts multidisciplinaires du thème juge le fond des recommandations, en transmettant au groupe de travail les données éventuelles non prises en compte, la forme et l'applicabilité des recommandations cliniques.

Le texte final des recommandations est ensuite établi par le groupe de travail. Il est validé par le groupe de travail et le groupe de lecture.

3. Rôle de l'Anaes

L'Anaes, après accord de son conseil scientifique, organise, coordonne et finance l'élaboration des recommandations : recherche documentaire, coordination de la synthèse de la littérature, réunion du comité d'organisation, du groupe de travail, saisie du groupe de lecture, validation finale.

L'Agence, avec l'aide des sociétés savantes partenaires, assure en outre la diffusion des recommandations auprès des cibles concernées.

Pour en savoir plus sur la méthode d'élaboration des recommandations pour la pratique clinique, l'Anaes a édité en 1999 un guide méthodologique :

**« Les recommandations pour la pratique clinique
Base méthodologiques pour leur réalisation en France »**
Guide téléchargeable gratuitement sur le site Internet de l'Anaes : www.anaes.fr

Annexe 2. Liste complète des membres du comité d'organisation, du groupe de travail et du groupe de lecture

Comité d'organisation

- D^f Elizabeth AUBENY, gynécologue, PARIS
- D^f Anne CASTOT, Afssaps, SAINT-DENIS
- D^f Paul CESBRON, gynécologue obstétricien, CREIX
- D^f Marie-Antoinette de CRECY, gynécologue, SAINTE-GENEVIEVE-DES-BOIS
- D^f Catherine DENIS, Afssaps, SAINT-DENIS
- M^{me} Anne DESBORDES, sage-femme, AUXERRE
- D^f Nathalie DUMARCET, Afssaps, SAINT-DENIS
- D^f Fatima LALEM-HACHILIE, sociologue, PARIS
- Dr Yves LE NOC, médecin généraliste, NANTES
- M. Henri LERIDON, socio-démographe, LE KREMLIN BICETRE
- Dr Bruno MICHELON, gynécologue, PARIS
- Dr Clara PELISSIER, gynécologue, PARIS

Groupe de travail

- Dr Yves LE NOC, médecin généraliste, NANTES - président du groupe de travail
- Dr Jocelyne ATTIA-SOBOL, gynécologue obstétricien, LYON - chargée de projet
- Dr Cécile FOURNIER, Inpes, SAINT-DENIS – chargée de projet
- Dr Frédéric DE BELS, Anaes, SAINT-DENIS-LA-PLAINE – chef de projet

- Mme Danièle ALLARD, sage-femme, AURILLAC
- Dr Patrick ALVIN, pédiatre, LE KREMLIN-BICETRE
- Dr Nathalie BAJOS, socio-démographe, LE KREMLIN-BICETRE
- Dr Jean BOUYER, épidémiologiste, LE KREMLIN-BICETRE
- Dr Catherine CABANIS, gynécologue médical, CASTELNAUDARY
- Dr Robert CHAMBRIAL, médecin généraliste, GRENOBLE
- Dr Liliana KAPETANOVIC, Afssaps, SAINT-DENIS
- Dr Catherine LABORDE, Afssaps, SAINT-DENIS
- Mme Dominique DEVISE, infirmière scolaire, LENS
- Dr Rémy DURAND, médecin généraliste, CORGOLOIN
- Mme Micheline GAREL, psychologue, VILLEJUIF
- Dr Jean LAMARCHE, pharmacien, PARIS
- Dr Patricia LECLERC, gynécologue endocrinologue, ROUEN
- Dr Michel LEVEQUE, médecin généraliste, THANN
- Dr Guy MASSON, gynécologue obstétricien, NIMES
- Dr Olivier PARANT, gynécologue obstétricien, TOULOUSE
- Dr Bérangère PORRET, gynécologue médical, PARIS
- Dr Alain MARIE, directeur médical, ISSY-LES-MOULINEAUX

Groupe de lecture

- Dr Pierre ARWIDSON, Inpes, SAINT-DENIS
- Dr Catherine AZOULAY, gynécologue endocrinologue, CRETEIL
- Dr Bruno BACHELARD, gynécologue obstétricien, PERPIGNAN
- Mme Florence BARUCH-ALBERTO, psychologue, GENTILLY
- Dr Bernard BASSET, Direction générale de la Santé, PARIS
- Dr Jean-Gabriel BUISSON, médecin généraliste, AIXE SUR VIENNE
- Mme Françoise CAHEN, psychologue, PARIS
- Pr Bruno CARBONNE, gynécologue obstétricien, PARIS - membre du conseil scientifique de l'Anaes
- Mme Evelyne CARRASCO, sage-femme, TOULOUSE
- Mme Martine CHOSSON, conseillère conjugale et familiale, PARIS

- Dr Muriel CLOUET-DELANNOY, gynécologue obstétricien, TOULOUSE
- Dr Jacqueline CONARD, hématologue, PARIS
- Dr Françoise COTTIN, médecin généraliste, NANTES
- Dr Suzanne DAT, gynécologue médical, TOULOUSE
- Dr Véronique DAVIS-BERGES, santé publique, SIGEAN
- Dr Pia DE REILHAC, gynécologue, NANTES
- Dr Renaud DE TOURNEMIRE, pédiatre, LE KREMLIN-BICÊTRE
- Dr Sophie DUBOURDIEU, gynécologue médical endocrinologue, NANTES
- Dr Anne DUCLUSAUD, gynécologue obstétricien, TOULOUSE
- Dr Carole DURAND, gynécologue-obstétricien, MONTPELLIER
- Dr Isabelle ESCURE, sociologue, POITIERS
- Mme Christine FERRON, Inpes, SAINT-DENIS
- Dr Bernard GAVID, médecin généraliste, NEUVILLE DE POITOU
- Dr Christian GHASAROSSIAN, médecin généraliste, PALAISEAU
- Mme Agnès GILLET, sage-femme, POISSY
- Pr Anne GOMPEL, gynécologue médicale endocrinologue, PARIS
- Dr Bernard GUYOT-LANGLOIS, gynécologue, SAINT-GERMAIN-EN-LAYE
- Dr Danielle HASSOUN, gynécologue obstétricien, PARIS
- Mme Marie-Christine HATTE, infirmière scolaire, LENS
- Mme Florence HELARY-GUILLARD, sage-femme, LARRE
- Pr Jacques HOROVITZ, gynécologue obstétricien, BORDEAUX
- Dr Marie-Françoise HUEZ-ROBERT, médecin généraliste, CHAMBRAY-LES-TOURS
- Dr Christian JAMIN, endocrinologue gynécologue interniste, PARIS
- Mme Christiane JEANVOINE, sage-femme, NANCY
- Mme Colette LACOMBE, sage-femme, AURILLAC
- Dr Michèle LACHOWSKY, gynécologue médical, PARIS
- Mme Cécile LEBECEL, sage-femme, LEZIGNAN CORBIERES
- Dr Philippe LEVEBVRE, gynécologue médical, ROUBAIX
- Dr Eric LE GRAND, sociologue, L'HERMITAGE
- Mme Sidonie LEPOUL-PETIT, sage-femme, RENNES
- Mme Marie-Christine LEYMARIE, sage-femme, CLERMONT-FERRAND
- Pr Patrice LOPES, gynécologue obstétricien, NANTES
- Dr Jean-Claude MAGNIER, gynécologue médical, PARIS
- Dr Alfred MANELA, gynécologue obstétricien, BEAUVAIS
- Dr Michel MANETTI, médecin généraliste, DONNEMARIE DONTILLY
- Mme Nicole MATET, Direction générale de la Santé, PARIS
- Mme Laurence MATHERON, psychologue, MARSEILLE
- Dr Isabelle MICHELON-LORRAIN, gynécologue obstétricien, CONFLANS SAINTE-HONORINE
- Dr Guy MORLAS, médecin généraliste, SAINT-DENIS
- Mme Françoise NGUYEN, sage-femme, POISSY-SAINTE-GERMAIN - membre du conseil scientifique de l'Anaes
- Pr Israël NISAND, gynécologue obstétricien, STRASBOURG
- Dr Elizabeth PAGANELLI, gynécologue médical, TOURS
- Dr Isabelle PARIZOT, sociologue, PARIS
- Dr Jean-Loup PECQUEUX, médecin généraliste, EPINAL
- Pr Christian QUEREUX, gynécologue obstétricien, REIMS
- Dr Martine ROESER, gynécologue obstétricien, ORLEANS
- Dr Frédéric ROMIEU, médecin généraliste, JOIGNY
- Dr Laurent TOULEMON, chargé de recherches, PARIS
- Dr Nathalie TRIGNOL-VIGUIER, médecin généraliste, TOURS
- Dr Isabelle VINCENT, Inpes, SAINT-DENIS
- Dr Emmanuelle WOLLMAN, chargée de mission, PARIS - membre du conseil scientifique de l'Anaes
- Dr Hubert YTHIER, pédiatre, ROUBAIX