



AIDER UNE FEMME A CHOISIR UNE CONTRACEPTION ADAPTEE

DOSSIER DOCUMENTAIRE

Avril 2018

Rédacteurs :

- Dr Y.Lequeux (coordonnateur/animateur GQ)
- Dr A.Plessis (animateur GQ)

Groupe de lecture : animateurs GQ Pays de la Loire

PROBLEMATIQUE :

La contraception est largement diffusée en France, mais avec un niveau d'échec préoccupant : le taux d'IVG reste inchangé, de l'ordre de 200 000 par an, depuis des années. Il est possible que la large prédominance de la contraception orale hormonale (60%, sans équivalent dans d'autres pays) soit l'une des causes de cet échec, car trop soumise aux aléas de l'observance.

D'autre part, avec l'émergence du féminisme et de nombreux ouvrages grands publics (par exemple « J'arrête la pilule » de Sabrina Debusquat) sur les effets néfastes de la pilule, on assiste à des controverses et des prises de position parfois idéologiques ou simplement de modes avec un refus de la contraception hormonale face auquel il faut pouvoir argumenter afin de proposer à nos patientes un choix vraiment éclairé.

Les méthodes contraceptives sont nombreuses, mais aucune n'est adaptée à toutes les situations.

Le médecin doit fournir une information objective sur toutes les méthodes disponibles : données d'efficacité, durée, risques et effets indésirables, procédures de mise en œuvre, de suivi et d'arrêt, incidents nécessitant un conseil...

Le choix d'une contraception repose sur la combinaison :

- de bien connaître les moyens contraceptifs existants, leurs contraintes et contre-indications et les modalités d'utilisation,
- de la situation médico-sociale de la patiente (le coût, l'accessibilité, la médicalisation de la contraception, les antécédents et affections en cours) et de son ressenti à chaque période de sa vie (besoin de confidentialité, l'implication ou non du partenaire, le souhait d'une libido « naturelle », le contexte culturel) .

La prescription et la surveillance des femmes prenant une contraception est, pour le médecin, l'occasion de donner des conseils éducatifs sur la sexualité et les Infections Sexuellement Transmissibles (IST).

Ce rôle de prévention a été valorisé lors de la convention médicale de 2016 par la création d'une nouvelle cotation : « la première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles pour les jeunes filles de 15 à 18 ans », dénommée et cotée CCP (Consultation de Contraception et Prévention).

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. Aider la personne à choisir une contraception adaptée. HAS. **2014** ;
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-08/aide_decision_medecin.pdf ;
2. La contraception. CNGOF.
<http://www.cngof.fr/communiqués-de-presse/104-la-contraception>
3. Risques thromboemboliques veineux et artériels chez les femmes sous contraceptifs oraux combinés : une étude de cohorte de l'Assurance Maladie. ANSM; **2013**.
[http://ansm.sante.fr/Dossiers/Pilules-estroprogestatives-et-risque-thrombotique/Quelles-sont-les-donnees-sur-le-risque-thrombotique-issues-de-la-base-nationale-de-pharmacovigilance/\(offset\)/4#paragraphe_47701](http://ansm.sante.fr/Dossiers/Pilules-estroprogestatives-et-risque-thrombotique/Quelles-sont-les-donnees-sur-le-risque-thrombotique-issues-de-la-base-nationale-de-pharmacovigilance/(offset)/4#paragraphe_47701)
4. Risques vasculaires de la contraception estroprogestative. Médecine mars **2013** ;
5. Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. HAS **2013** ;
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf
6. Choix des méthodes contraceptives en fonction de chaque situation. Tableau.OMS, CDC, HAS. **2017** ;
https://moodlefc.univ-brest.fr/moodle/pluginfile.php/4317/mod_resource/content/10/2017_10_RecoOMS-CDC-HAS-Contraception.pdf
7. Contraception. L'essentiel sur les soins de premier choix. La Revue Prescrire. Actualisation **2017**. <http://www.prescrire.org> (abonné) ;
8. N. Trignol Viguier. Relais contraceptifs : une simplicité apparente mais une réalité complexe. Mises à jours en obstétrique. CNGOF 2016 ;
https://www.repere.re/fileadmin/user_upload/SwitchContraceptif.pdf
9. Améliorer l'information sur la contraception d'urgence. Fiche de synthèse.HAS.**2013**
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/contraception_durgence_-_fiche_de_synthese.pdf
10. Contraception d'urgence Fiche Mémo. HAS.**2015** ;
<https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/fiche-contraception-urgence.pdf>
11. Accès facilité à la contraception des mineures. La Revue Prescrire. 37;405. **2017**.
<http://www.prescrire.org> (abonné) ;
12. Contraception chez la femme en post-partum. Fiche mémo. HAS. **2017**
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_mai-contraception-post-partum-060215.pdf
13. Contraception chez la femme à risque cardiovasculaire.. HAS.**2013** ;
Fiche mémo https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-09/13e_version_contraception_cardiop1-220713.pdf
Tableau https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-09/10e_version_contraception_cardiop2-2207.pdf
14. Dépistage systématique de la thrombophilie avant une primoprescription de contraception hormonale combinée.HAS.**2015** ;
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/synthese_et_recommandations_depistage_trombophilie_chc.pdf
15. Contraception estroprogestative transdermique ou vaginale. Fiche mémo.HAS 2013
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/contraception_transdermique_v3.pdf
16. Contraception chez l'adolescente. HAS **2013** ;

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1emaj_contraception-ado-060215.pdf

17. Risques associés au dispositif de stérilisation définitive Essure® en comparaison à la stérilisation coelioscopique. CSST Essure ®. ANSM. 2017 ;
<file:///C:/Users/Utilisateur/Downloads/CSST-Essure-Rapport-mai2017.pdf>
18. Stérilisation à visée contraceptive chez l'homme et chez la femme. Fiche mémo. mise à jour 2017 ;
<https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/fiche-contraception-sterilisation.pdf>

Sites utiles pour les patientes :

Le site de l'ANSM

- Vous et vos contraceptifs. Ansm.2014 <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Vous-et-vos-contraceptifs-oestroprogestatifs-Un-document-destine-aux-femmes-Point-d-Information>

Les sites de L'INPES

- www.choisirscontraception.fr/
- www.onsexprime.fr
- www.info-ist.fr

Le site du ministère chargé de la santé

- www.sante.gouv.fr (rubrique « Contraception »)

Les sites de l'Assurance Maladie

- www.ameli.sante.fr (dossier « Contraception »)
- <https://www.ameli.fr/loire-atlantique/pharmacien/exercice-professionnel/dispensation-prise-charge-contraception/delivrance-contraception> (qui précise les modalités pratiques de délivrance de la contraception aux mineures en pharmacie)

Autres sites

- <http://www.drpilule.fr/> « un rappel de pilule, les conseils en cas d'oubli en plus! »
- *Le Planning Familial : Pill'Oops, une application mobile pour une prise de pilule simplifiée !* <https://www.planning-familial.org/communiqués-de-presse/le-planning-familial-lance-pill%E2%80%99oops-une-appli-pour-une-prise-de-pilule-simpli>
- <http://www.g-oubliepilule.com/> conduite à tenir en cas d'oubli en fonction du type de pilule contraceptive

LES MESSAGES IMPORTANTS :

La méthode contraceptive doit être adaptée à chaque personne et choisie par elle.
L'implication du partenaire dans le choix de la contraception peut avoir des conséquences positive sur l'observance et l'acceptation de la méthode.

ECOUTER, pour lui permettre de vous faire part :

- + de ses souhaits, de ses attentes, des objectifs ;
- + de ses préférences vis-à-vis des caractéristiques des différents moyens de contraception ;
- + de son contexte et de son mode de vie ;
- + de ses représentations, croyances, peurs autour de la contraception.

EVALUER avec elle ce qui peut avoir des conséquences sur l'efficacité de sa contraception :

- + tabac, alcool, sexualité (partenaires multiples) ;
- + de la prévention des IST : « quelle que soit la méthode que vous choisissiez, n'oubliez pas que le préservatif (masculin ou féminin) est le seul contraceptif qui protège du VIH et de la plupart des autres IST ». Il peut également être associé à un autre mode de contraception : c'est ce qu'on appelle la « double protection ».
- + des modalités d'utilisation et de l'observance dont dépend l'efficacité (60 à 80 grossesses par an pour 1000 utilisatrices d'une contraception orale)
- + des médicaments pouvant diminuer l'efficacité des estroprogestatifs : antiépileptiques (phénobarbital, phénytoïne, primidone, carbamazépine...), antiprotéases (VIH), un antimigraineux (dihydroergotamine), un psychostimulant (modafinil), un antifongique (griséofulvine), les produits contenant du Millepertuis.

INFORMER avant de prescrire

- + Tous les COEP augmentent (2 à 6 fois) le risque d'événement thromboembolique veineux (phlébite, embolie pulmonaire) et artériel (coronarite, AVC, AIT...). Il est majoré en cas de facteurs de risque cardiovasculaire : obésité (x 2,33), HTA (1,51), diabète (1,42), tabac (1,18), dyslipidémies (1,16) ;
- + les IST y compris le sida : encourager l'utilisation des préservatifs et expliquer concrètement leur utilisation,
- + la gratuité et le respect du secret pour tous les actes, pour les mineures d'au moins 15 ans (*Loi n° 2015-1702 du 21 déc. 2015 – Décret N°2016-865 du 29 juin 2016*)
<https://www.ameli.fr/loire-atlantique/pharmacien/exercice-professionnel/dispensation-prise-charge/contraception/delivrance-contraception>
https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5375/document/contraception-mineures-aide-facturation_assurance-maladie.pdf
- + la contraception d'urgence : prescrire à l'avance, si besoin, une pilule du lendemain

- ✚ **Norlevo®** (levonorgestrel) : anonymat et gratuité pour les mineures dans les pharmacies et infirmeries scolaires, remboursé par la Sécurité sociale sur ordonnance ;
- ✚ **Ellaone®** (acétate d'ulipristal) : n'est délivré que sur ordonnance et non remboursé par l'AM.

En particulier dans certaines situations:

- ✚ les femmes ayant des difficultés d'accès à la contraception d'urgence (par ex. difficulté d'accès à une pharmacie, difficultés financières),
- ✚ les femmes voyageant à l'étranger,
- ✚ les femmes utilisant comme méthode contraceptive le préservatif ou d'autres méthodes moins efficaces.

<https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/fiche-contraception-urgence.pdf>

Toute prescription de COEP doit être précédée :

- ✚ d'une recherche de facteurs de risque vasculaire personnels ou familiaux de thrombose. Celui-ci est accru en cas d'association.
- ✚ d'une explication sur les modalités de prise, en particulier:

Le QUICK START : On peut démarrer le 1er comprimé de sa 1^{ère} plaquette un autre jour que celui des règles. Il faut tout d'abord être sûr de ne pas être déjà enceinte et réaliser un test au moindre doute. La contraception est efficace à partir du 7^{ème} jours (pas de rapport sans préservatifs). Cette méthode peut s'appliquer aux autres méthodes de contraception.

L'horaire de prise : le décalage maximum autorisé est de 12 heures. Seule la pilule progestative au lévonorgestrel a un décalage autorisé moins important, puisqu'il est seulement de 3 heures.

La conduite à tenir en cas d'oubli de pilule (ou de retard à la mise en place d'un patch ou d'un anneau, de décollement de patch ou de perte de l'anneau vaginal) et sur les méthodes de rattrapage possibles.

Les modalités à respecter en cas de changement de contraception : la technique du chevauchement

https://www.repere.re/fileadmin/user_upload/SwitchContraceptif.pdf

Pour en savoir plus : <http://www.cngof.fr/communiqués-de-presse/104-la-contraception>

LES DIFFERENTES METHODES CONTRACEPTIVES A NOTRE DISPOSITION

http://www.choisirsacontraception.fr/pdf/contraception_tableau_recapitulatif.pdf

L'efficacité de chaque méthode : Elle se mesure par l'**Indice de Pearl** (IP). À titre d'exemple, un IP à 2 veut dire que 2 femmes sur 1000 soumises à la méthode pendant 1 an ont été enceintes au cours de cette période d'exposition.

LA CONTRACEPTION HORMONALE

Contraceptifs oraux commercialisés en France au 01 Janvier 2015

file:///C:/Users/Utilisateur/Downloads/Contraceptifs-oraux_Classification_Janvier-2015.pdf

Contraception hormonale combinée (CHC) :

- ✚ **Les contraceptifs oraux estroprogestatifs (COEP)**

Tous les COEP ont une efficacité globalement comparable. Leur IP se situe entre 0 et 0,7. Elle peut néanmoins diminuer en cas d'oubli de prise, de vomissements ou de diarrhées sévères, ou lorsque certains traitements leur sont associés.

La majorité des contre-indications (présence ou antécédents personnels ou familiaux -de thrombose, facteurs de risque cardiovasculaires, migraine, cancers hormonodépendants, etc.) doivent être respectées quelle que soit la voie d'administration.

Le risque thromboembolique est l'effet adverse le plus sérieux car responsable de décès (1 à 2% de l'ensemble des accidents thromboemboliques des femmes sous pilule). Le risque absolu de thrombose veineuse était de 3,01 pour 10 000 chez les femmes sans contraception vs 6,29 chez les utilisatrices. Il diminue avec la durée de contraception. Cependant même si ce risque relatif est augmenté, le risque absolu reste faible chez la femme jeune. L'incidence est de 5 à 12 par an / 10 000 femmes sous COEP versus 3 / 10 000 en population générale des 25-35 ans.

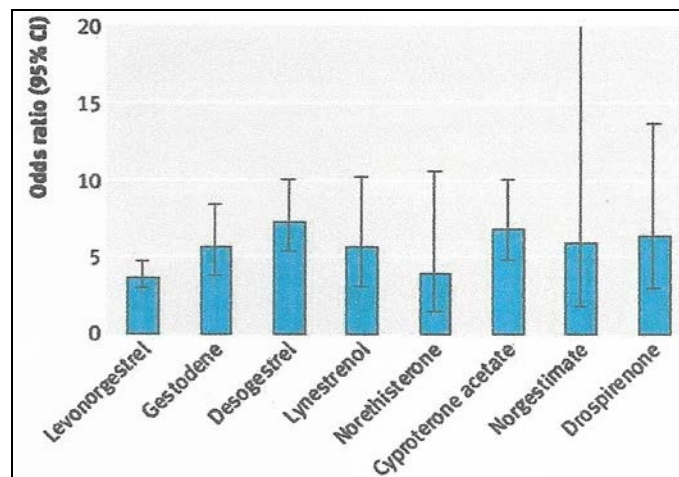
L'élément le plus important dans la responsabilité de ce risque est le progestatif

(tableau1). [4]

« Risque de thrombose veineuse associée à différents types de progestatifs utilisés dans les contraceptifs oraux combinés.

La Diane 35® (cyprotérone) n'a pas d'AMM en France pour la contraception.

Les contraceptifs utilisant lévonorgestrel, gestodène, désogestrel et lynestrénol sont associés à différentes doses d'œstrogène ».



La pilule « idéale » associerait sans doute :

- ✚ Lévonorgestrel, ou noréthisterone, ou norgestimate Tous les progestatifs les plus récents majorent le risque de thrombose veineuse.
- ✚ Et « minidosé » en œstrogènes : 20, 30 ou 40 µg ethynilestradiol (EE).

D'après une étude réalisée par l'AM en collaboration avec l'ANSM [3], le risque de MTEV thromboembolique veineux diminuait avec la dose d'EE.

Cependant, les résultats sont à la limite de la significativité pour ce qui concerne les dosages d'éthinylestradiol à 20 µg, qui semblent surtout responsables d'abandons précoces pour cause de saignements ou d'aménorrhées et exposent à un risque accru de grossesse en cas d'oubli.

« Préférez les “pilules” de 1^{re} ou 2^e génération » n’est donc pas un slogan rétrograde ou à simple visée économique. Le « Primum non nocere » est la règle, même si le nombre absolu d’événements graves reste faible.

Pilules « monophasique » ou « multiphasique » ? Rien ne prouve que les effets indésirables soient moins fréquents avec les unes ou les autres.

Le risque thromboembolique vasculaire dépend également des facteurs de risque individuels.

La présence et surtout l’association, de cofacteurs de risque personnels ou familiaux doit inciter à proposer un autre mode de contraception.

Une méta-analyse récente (21 études cas-témoins et cohortes, 63 552 patients) montre que par rapport aux témoins, le risque de maladie thromboembolique veineuse (MTEV) est augmenté en cas de facteurs de risque cardiovasculaire : obésité (× 2,33), HTA (1,51), diabète (1,42), tabac (1,18), dyslipidémies (1,16). Les auteurs concluaient que les principaux facteurs de risque cardiovasculaire interviennent probablement sur le risque thromboembolique veineux par le biais de l’athérosclérose elle-même et qu’il faut en tenir compte pour la prévention.

Cette évaluation du risque intrinsèque nécessite un interrogatoire minutieux : Un document utile qui permet de ne rien oublier ! (Ansm 2014)

file:///C:/Users/Utilisateur/Downloads/DHPC_140212_COC_AidePrescription.pdf

- ✚ Âge : la « frontière » des 35 ans, essentielle pour guider le « bon choix » contraceptif.
- ✚ Antécédents personnels avec ou sans facteurs déclenchants :
 - d’accidents thromboemboliques veineux (phlébite, embolie pulmonaire) ou artériels (coronariens, AVC) ;
 - HTA, diabète, dyslipidémie, anomalies thrombophiliques;
 - pathologie médicale majorant le risque thrombotique (lupus, maladies inflammatoires - MICI, syndrome myéloprolifératif -, cancer, etc.).
- ✚ Antécédents familiaux chez les apparentés au 1^{er} degré (parents, frères et sœurs ou enfants) :
 - d’accidents vasculaires, survenus notamment avant l’âge de 50-60 ans (selon les circonstances de survenue)
- ✚ Céphalées, migraines, avec ou sans aura ;
- ✚ Consommation de tabac.

Un bilan lipido-glucidique sera demandé avant prescription en cas d’antécédents familiaux de diabète ou d’hypercholestérolémie. En l’absence d’antécédent, il sera demandé après 3 mois d’utilisation de la pilule. La prescription sera adaptée aux résultats.

Faut-il « dépister » la thrombophilie ?

Elle peut être héréditaire, acquise, ou résultant d’une interaction entre hérédité et facteurs environnementaux (usage d’estrogènes). La récente analyse de la HAS sur les marqueurs biologiques FVL et G20210A dit qu’elle est de faible niveau de preuves et qu’il n’y a pas consensus sur leur valeur prédictive. Leur recherche n’est indiquée que s’il y a une histoire thromboembolique veineuse (âge précoce ou récurrence) personnelle ou familiale, ou une histoire familiale de thrombophilie héréditaire ou de complications obstétricales

À chaque renouvellement de prescription, réévaluer les risques en fonction de la méthode choisie. Le risque de MTEV est plus élevé :

- ✚ au cours de la première année d’utilisation ;

- ✚ lors de la reprise d'une contraception hormonale combinée après une interruption ou après changement de contraceptif ;
- ✚ avec l'âge et l'usage de tabac.
- ✚ lors du post-partum.

✚ **Les autres dispositifs: transdermique et anneau vaginal**

Ils ont les mêmes contre-indications que les formes orales
Ces moyens contraceptifs sont associés à un risque de thrombose veineuse supérieur à celui des OP à base de lévonorgestrel.
Ils sont moins efficaces que la contraception orale. L'IP est compris entre 0,72 et 0,90.

Transdermique : **EVRA®**

file:///C:/Users/Utilisateur/Downloads/pi-130225-EVRA_.pdf

En cas de décollement complet ou partiel, son efficacité peut être compromise. Pour la conduite à tenir, se reporter au RCP (www.ansm.sante.fr).

Anneau vaginal : **NUVARING®** (16€ par mois, non remboursable)

- ✚ En l'absence de contraception préalable : instauration au 1^{er} jour des règles, la contraception est immédiate.
- ✚ En relais d'une contraception estroprogestative orale ou par patch : instauration le jour suivant l'intervalle sans comprimé ou sans patch, la contraception est immédiate.
- ✚ Anneau mis en place entre le 2^{ème} et le 5^{ème} jour du cycle, ou à n'importe quel moment en relais d'une méthode progestative : dans ces deux cas, il faut associer une méthode barrière (préservatif) durant 7 jours.

Les progestatifs

Progestatifs oraux faiblement dosés (microprogestatifs) :

Pas d'augmentation du risque de MTEV mais plus d'effets indésirables troubles menstruels : aménorrhée, saignements intermenstruels, ménorragie. Ils sont contre-indiqués en cas d'évènements thrombo-emboliques évolutifs.

Ils sont conseillés en cas de risque vasculaire et métabolique, ou en cas d'allaitement maternel. Aucune surveillance biologique n'est nécessaire.

Désogestrel 75µg (**CERAZETTE®** et génériques, non remboursables),

L'indice de Pearl (indice total) est de 0,4, si le délai de prise d'un cp oublié est inférieur ou égal à 3 heures. Un cp par jour à heure fixe, sans interruption La tolérance à l'oubli est de 12 heures, comme pour un contraceptif oral estroprogestatif minidosé.

Lévonorgestrel 30 µg (**MICROVAL®**, remboursable)

L'indice de Pearl est environ de 1.

Un comprimé par jour sans interruption à heure fixe. La tolérance à l'oubli pour est de 3 h.

Progestatifs injectables :

acétate de médroxyprogestérone 150 mg **DEPO PROVERA®** (remboursable). Une injection IM / 3 mois est une contraception très efficace. L'IP est de 0,3.

- ✚ Le retour de la fertilité peut être différé de trois à douze mois après la fin théorique de l'activité du produit.
- ✚ Son indication est limitée aux situations où aucune autre méthode n'est possible

L'implant progestatif : etonorgestrel 68 mg (NEXPLANON®)

L'IP est proche de 0. C'est la contraception la plus efficace. Les CI sont les mêmes que les microprogestatifs (MTEV évolutifs). Il doit être retiré en cas d'HTA apparaissant ou non contrôlée sous traitement.

- ✚ Recommandé chez les femmes présentant une contre-indication ou une intolérance aux COP et aux DIU ou chez les femmes présentant des problèmes d'observance.
- ✚ Sa durée d'action est de 3 ans (2 ans chez les obèses). Aménorrhée et saignements sont assez fréquents. Il convient aux femmes qui ne veulent plus penser à leur contraception et souhaitent une grande fiabilité, et peut également être utilisé en cas de risque vasculaire et métabolique.

Les progestatifs à forte dose :

3 molécules (Lutényl®, Surgestone®500, Lutéran®10) sont parfois utilisées (1 cp/j. 21 jours par mois). Ils n'ont pas l'AMM dans cette indication.

Leur efficacité contraceptive est mal évaluée. Ils exposent à une prise de poids, œdèmes, tension mammaire, céphalées et risque thromboembolique accru. Un doute persiste sur une majoration du risque de cancer du sein à ces doses.

LES STERILETS (ou DIU)

Il y a peu de contre-indications: elles se limitent aux pathologies utérines congénitales ou acquises (cancers, polypes endo-utérins, fibromes déformant la cavité utérine).

Le DIU est adapté au premier choix chez les femmes souhaitant une contraception durable, en particulier :

- ✚ chez l'adolescente pubère et la nullipare ;
- ✚ en cas de facteurs de risque vasculaire, de diabète (DIU au Cu) ;
- ✚ en cas d'épilepsie ou de risque d'interactions médicamenteuses avec les OP ;
- ✚ aussitôt après un avortement du premier trimestre ou une IVG ;
- ✚ au cours du post-partum, au plus tôt 4 semaines après l'accouchement ;
- ✚ en cas d'antécédent de cancer du sein (DIU au Cu)

Le risque infectieux est faible (<1%) chez les femmes à faible risque de maladie sexuellement transmissible (IST). Il est plus élevé en cas d'antécédents d'IST ou de sexualité à risque (partenaires multiples) ou la recherche de chlamydia trachomatis et de Neisseria Gonorrhoeae est recommandée. La pose de DIU étant possible après traitement.

Le risque de grossesse extra-utérine est plus faible qu'en l'absence de contraception, de l'ordre de 1 pour 1000 femmes sur une période de 5 ans.

Son efficacité est équivalente à celle des COEP, avec l'aléa de l'observance en moins.

Les durées annoncées par les fabricants des DIU au cuivre vont de 5 à 10 ans, mais aucune étude ne montre de diminution d'efficacité durant au moins 10 ans. Le DIU au lévonorgestrel reste efficace au moins 7 ans.

Aucun médicament ne semble réduire l'efficacité des DIU. Les AINS peuvent être utilisés s'ils sont justifiés. La prise d'anticoagulants ne contre-indique pas le DIU, comme l'aspirine, il peut majorer les saignements.

En cas de grossesse, le retrait du DIU est recommandé car le risque d'hypotrophie ou d'accouchement prématuré reste accru. Il peut être responsable d'une interruption de grossesse.

L'insertion peut être faite à tout moment du cycle, en l'absence de grossesse (DBG en cas de doute), y compris les derniers jours des règles (col plus souple, risque de grossesse presque nul).

Un contrôle clinique à 3 mois est recommandé, pour inspection des fils. L'expulsion partielle ou complète du dispositif intra-utérin peut passer totalement inaperçue et conduire à une perte de l'effet contraceptif. En cas d'expulsion partielle l'efficacité du dispositif peut être diminuée.

Si l'insertion a été difficile ou très douloureuse, ou que des douleurs persistent après la pose, ou apparaissent à distance, il faut s'assurer du bon positionnement du DIU dans la cavité utérine par échographie, la visualisation des fils pouvant ne pas être suffisant pour exclure une perforation.

DIU au cuivre : NT380 ; UT 380 ; TT 380 ; MLCu 375 ; MLCu Short ; Gynelle 375.

Il peut être utilisé comme **contraception d'urgence** jusqu'à 5 jours après le rapport mal protégé, avec une excellente efficacité (taux d'échec : 0,1 à 0,2%).

Il existe des modèles plus petits adaptés à l'adolescente

Effets indésirables : ménorragie, surtout au cours des premiers mois.

DIU au lévonorgestrel (MIRENA 52 mg®) :

Le DIU au LNG peut entraîner une aménorrhée trompeuse et d'autres effets indésirables dus au LNG (spotting, céphalées, acné, sensibilité des seins).

Ce n'est pas une méthode contraceptive de 1^{ère} intention des jeunes femmes nullipares. Il ne doit pas être utilisé comme contraception d'urgence.

Le DIU au LNG est surtout le choix lorsque le DIU au Cu est mal toléré (règles abondantes).

LES METHODES BARRIERES (préservatifs masculins et féminins, diaphragme et cape cervicale, spermicides)

Compte tenu du taux élevé d'échec, l'éventualité d'une grossesse non prévue doit être acceptable. Informer sur la conduite à tenir en cas de rupture/glissement du préservatif et sur la contraception d'urgence. Elles nécessitent que les deux partenaires soient motivés, aient bien compris leur utilisation après un apprentissage spécifique.

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/616.pdf> (mode d'emploi préservatif féminin)

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/748.pdf> (mode d'emploi du préservatif masculin)

Le préservatif est le seul moyen de prévention des IST

Diaphragme, cape cervicale : leur efficacité est améliorée par l'association à un spermicide. Ils ne sont pas efficaces pour protéger contre les IST.

LES METHODES DE STERILISATION

Ces méthodes doivent être présentées comme permanentes et irréversibles.

✚ Chez l'homme : Une seule méthode est disponible : la vasectomie.

✚ Chez la femme, plusieurs méthodes disponibles :

- ligature des trompes (coelioscopie) ;
- électrocoagulation ;
- pose d'anneaux ou de clips.

L'étude épidémiologique de l'ANSM (2017) sur la base des données de l'AM (SNIIR-AM), comparant l'implant « Essure » à la ligature des trompes par voie coelioscopique conclue que les données de la littérature, de la surveillance et les résultats de l'étude épidémiologique ne remettaient pas en cause la balance bénéfice-risque favorable de l'implant Essure.

<file:///C:/Users/Utilisateur/Downloads/CSST-Essure-Rapport-mai2017.pdf>

LE CHOIX D'UNE CONTRACEPTION EN FONCTION DE CERTAINES CIRCONSTANCES CLINIQUES

Choix d'une contraception. Tableau OMS-CDC-HAS.2017

https://moodlefc.univ-brest.fr/moodle/pluginfile.php/4317/mod_resource/content/10/2017_10_RecoOMS-CDC-HAS-Contraception.pdf

Chez l'adolescente

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1emaj_contraception-ado-060215.pdf

Les estroprogestatifs (pilules, patch, anneau) et les progestatifs (pilules microprogestatives, implant sous-cutané) sont utilisables en l'absence de contre-indications

Les DIU peuvent être proposés.

- ✚ Les stérilets au Cu disposent de plus petite taille mieux adaptés aux adolescentes.
- ✚ Le DIU au lévonorgestrel est à considérer avec précaution chez l'adolescente en raison des difficultés de la pose. Il est cependant possible de le proposer aux adolescentes ayant des règles abondantes, après information d'une aménorrhée possible.

Les méthodes « barrières », compte tenu du taux d'échec élevé, l'éventualité d'une grossesse non prévue doit être envisagée et discutée.

Au cours du post-partum

L'allaitement maternel est un facteur de risque de thrombose qui doit être pris en compte pour les estroprogestatifs :

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj-contraception-post-partum-060215.pdf

En cas d'allaitement maternel, les estroprogestatifs ne sont pas recommandés dans les 6 mois suivant l'accouchement. Ils peuvent être prescrits à partir de 6 semaines après l'accouchement en l'absence d'allaitement ;

En l'absence d'allaitement :

- ✚ Les progestatifs seuls (pilule microprogestative ou implant) peuvent être utilisés chez la femme ne présentant pas de contre-indications, à partir de 21 jours après l'accouchement ;
- ✚ Les DIU sont utilisables chez la femme en post-partum que la femme allaite ou non, à partir de 4 semaines après l'accouchement
- ✚ Les préservatifs (masculins de préférence) ;
- ✚ Diaphragme, cape cervicale, spermicides, sont inutilisables avant 6 semaines après l'accouchement (allaitement non).

Après une IVG

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraception-post-ivg-060215.pdf

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

Les estroprogestatifs et les progestatifs (quelle que soit la voie d'administration, les DIU, sont utilisables immédiatement après une IVG (chirurgicale ou médicamenteuse) chez la femme ne présentant pas de contre-indications

En cas d'antécédent de diabète gestationnel

L'utilisation d'une contraception combinée œstroprogestative, microprogestative, ou DIU délivrant ou non un progestatif peut être envisagée sans aucune restriction d'utilisation en cas d'antécédent de diabète gestationnel
Cela impose un suivi régulier du poids, de l'équilibre glycémique et de la pression artérielle.

Chez une femme diabétique

http://www.sfendocrino.org/images/mediatheque/articles/pdf/recommandations/2010%20consensus_sfe_2010_contraception_hormonale_vd.pdf

Avant de prescrire une contraception orale, il faut prescrire une consultation ophtalmologique

Diabète type 1, s'il n'existe aucun facteur de risque ni complication macroangiopathique ou microangiopathique, une contraception estroprogestative peut être proposée

DNID, la place des estroprogestatifs doit être très limitée. Ils peuvent être utilisées chez uniquement dans les conditions suivantes :

- ✚ absence d'obésité (IMC < 30 kg/m²),
- ✚ absence de facteur de risque cardiovasculaire associés,
- ✚ absence de complication microangiopathique ou macroangiopathique.

Cela impose dans tous les cas un suivi régulier du poids, de l'équilibre glycémique glycémie et de la pression artérielle.

En cas d'insuffisance rénale chronique :

http://www.gfmer.ch/Livres/Contraception_Cas_Particuliers.pdf

En cas d'IRC les OP sont une contre-indication absolue

- ✚ Préconiser les progestatifs en continu, acceptable sous surveillance stricte
- ✚ Idéalement les DIU au cuivre ou au lévonorgestrel.
- ✚ En cas de dialyse le DIU au lévonorgestrel car ménométrorragies avec le DIU au cuivre. Chez la femme greffée rénale préconiser les progestatifs en continu.

Contraception et cancer : que dire à ses patientes ?

Une mise au point intéressante ! http://www.jim.fr/jim_tv/videos/e-docs/contraception_et_cancer_une_mise_au_point_simpose_170021/document_jim_tube.phtml

- ✚ Le port d'un stérilet diminue-t-il le risque de cancer du col ? Une méta-analyse récente évoquait une baisse du risque de 30% (le seul biais de cette étude est que dans la comparaison des deux bras « avec DIU » et « sans DIU » on ne sait pas si dans ce dernier les femmes prenaient ou non une CO).
Les hypothèses évoquées : la pose et/ou retrait du DIU pourrait exciser une lésion pré cancéreuse et la faire disparaître et/ou provoquer une inflammation locale stimulant le système immunitaire contre le HPV.
- ✚ La contraception OP augmente-t-elle le risque de cancer du col ? Il existe une augmentation, à la marge, du risque relatif (RR=1,1) de cancer du col, indépendant des cofacteurs (tabac, HPV, MST). Ce RR augmente avec la durée de la contraception. L'œstrogène serait un facteur facilitant l'intégration de l'HPV dans les cellules cervicales, donc de la carcinogénèse

- ✚ Quelle contraception conseillée après un cancer du col ? Si elle est nécessaire (conservation utérus), c'est un microprogestatif.
- ✚ La contraception OP augmente-t-elle le risque de cancer du sein ? L'estrogène induit une carcinogénèse spontanée, du fait de la présence de récepteurs estrogéniques des cellules cancéreuses. Mais le désogestrel augmente aussi ce risque (quel que soit l'œstrogène associé), alors que les autres progestatifs ne sont pas associés à un sur-risque. La voie d'administration (patch, anneau vaginale) n'a pas d'incidence

Donc, si on prend en compte le risque global concernant le cancer du col, du sein, de l'ovaire et du colon, la **contraception orale (OP ou progestative) a un rapport bénéfique/risque favorable, avec une baisse de la mortalité globale.**

Il faut il existe un risque relatif faible pour le cancer du col (RR=1,1) et du sein (RR=1,2) mais elle diminue, de façon significative, le risque de cancer de l'ovaire et du colon et de l'endomètre (50%) .

De plus le pronostic du cancer du col dépisté précocement par FCU est favorable alors que le pronostic du cancer de l'ovaire, souvent de diagnostic tardif, est catastrophique.

En prévention primaire, il n'existe pas de profil de patientes en termes de cancer du sein. Il n'existe donc pas de CI absolus. Chez une femme bien surveillée, la contraception orale n'a pas d'incidence sur la mortalité de ce cancer.

NOMENCLATURE CONTRACEPTION

(1ère consultation de contraception pour une adolescente de 15 à 18 ans)

La cotation **CCP** (46 €), ne peut être facturée qu'une seule fois par patiente et elle n'est pas cumulable avec le « G » ni avec un autre acte CCAM (majoration urgence ; par exemple)