

Les méthodes contraceptives : présentation, utilisation, indications, bénéfices et inconvénients

Synthèse à partir des recommandations de l' HAS et de la pratique du médecin généraliste

Collège Lyonnais des généralistes enseignants.

mars 2007

Introduction

Les dernières recommandations de l'ANAES, publiées en décembre 2004, concernent « les stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme » ; elles ont été réalisées en collaboration avec l'AFSSAPS et l'INPES.

En quoi ces recommandations sont-elles utiles pour la pratique du MG ?

Le panel EPPM (étude permanente de la prescription médicale) recueille des informations provenant des médecins généralistes et de spécialistes, son objectif est de collecter le motif de consultation :

- Pour la contraception le MG est consulté dans 37,9% des cas contre 61,4% pour le gynécologue et 0,7% autre.
- La contraception représente 53,1% des actes gynécologiques dispensés par le MG
- la fréquence moyenne de consultations des femmes chez le MG est 3,6 consultations par an

La contraception est donc un motif de consultation suffisamment fréquent, pour que l'intégration de ces recommandations dans la pratique du MG soit indispensable.

RECO 1 : l'efficacité des moyens contraceptifs

La différence possible entre l'efficacité optimale des méthodes contraceptives (celle 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.

L'indice de Pearl a longtemps été la seule mesure d'efficacité d'une contraception. Il est indispensable d'y ajouter l'accompagnement des choix de contraception de la femme pour améliorer cette efficacité

L'indice de Pearl mesure l'efficacité d'une contraception : c'est le nombre de grossesses pour 100 années femme (AF) à risque.

Un indice de Pearl compris entre 0 et 0,4% AF témoigne d'une excellente efficacité.

Lors d'une utilisation correcte et constante, l'indice de PEARL est : (tableau 1)

Pour les oestro progestatifs (OP) :

- 0,1% AF pour les pilules normodosées

- 0,1 à 0,5% AF pour les pilules minidosées

Pour les pilules micro progestatives : l'indice de PEARL de 1 à 4% AF

Pour les macroprogestatifs : l'indice de PEARL est à 0,5% AF

Pour les DIU : l'indice de pearl est de 0,1 à 3,1% AF

Chez les anglo –saxons, on parle “ d’efficacy ”, de situation “ idéale ” de parfait usage de la contraception. Ce qui correspond à l’indice de Pearl et “ d’effectiveness ” situation qui inclut la compliance à la méthode contraceptive .

Cette notion fondamentale est méconnue en France et la recommandation insiste très justement sur la dimension d’adaptation de la méthode à la femme pour favoriser l’efficacité.

tableau 1 : efficacité des méthodes de contraception (source : OMS, 2000)

<i>MÉTHODES</i>	Grossesses pour 100 femmes au cours de la 1 ^{ère} année d'utilisation	
	<i>Utilisation correcte et constante</i>	<i>Utilisation incorrecte ou/et inconstante</i>
<i>DE CONTRACEPTION</i>		
-Implants*	0.1	0.1
-Vasectomie*	0.1	0.15
-Progestatifs injectables retards*	0.3	0.3
-Stérilisation féminine*	0.5	0.5
-DIU*	0.6	0.8
-Micropilules progestatives pures* (pendant l'allaitement)	0.5	2
-Allaitement avec aménorrhée** (post-partum < 6 mois seulement)	0.5	2
-Contraceptifs oraux combinés**	0.1	6-8
-Préservatif masculin***	3	14
-Préservatif féminin***	5	21
-Coït interrompu***	4	19
-Diaphragme avec spermicide***	6	20
-Abstinence périodique	1-9	20
-Spermicides***	6	26
-Pas de méthode contraceptive	85	85

*méthodes très efficaces

** méthodes relativement efficaces

*** méthodes peu efficaces

RECO 2, 3, 5 : la consultation dédiée à la contraception

Reco 2. Laisser les personnes choisir une méthode contraceptive est associé à une plus grande satisfaction des personnes ainsi qu'à une utilisation plus élevée des méthodes. La littérature souligne l'importance de considérer le couple dans la démarche contraceptive et de prendre en compte l'accord du partenaire.

Reco 3. La première consultation au cours de laquelle la question de la contraception est abordée devrait autant que possible être une consultation spécifiquement dédiée à cette question. S'il n'est pas possible de consacrer suffisamment de temps au sein de la consultation sur le sujet de la contraception (par ex. en cas d'urgence), il est recommandé de néanmoins réserver à ce sujet un temps spécifique et de programmer à court terme une autre consultation qui lui sera entièrement consacrée.

Reco 5. La littérature souligne la nécessité pour le professionnel de santé :

- d'adapter sa consultation et sa prescription à chaque consultante ;
- d'étendre le champ de son entretien au-delà des 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 dans la réflexion et le choix de la forme de contraception la plus adaptée à sa situation et à sa trajectoire personnelles.

Une consultation bâtie sur le modèle BERCER de l'OMS pourrait être adaptée.

La première consultation de contraception

Le modèle BERCER est tout à fait applicable à une consultation en médecine générale mais peu de couple consulte, c'est le plus souvent la femme seule qui demande une contraception

L'étape Bienvenue : c'est le premier temps, ce doit être un temps d'accueil et d'écoute du désir des patientes et du couple sur le moyen contraceptif souhaité et de la connaissance de ce moyen par la patiente ou le couple.

L'étape Entretien correspondrait à l'entretien qui permet de connaître le mode de vie de la patiente, ses ATCD, les plaintes éventuelles. C'est le moment privilégié pour l'information et la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST).

- Les antécédents, seront abordés : la date des 1^o règles, la parité et les problèmes éventuels pendant la grossesse, les antécédents de fausse couche et d'IVG, les antécédents de prise de contraceptifs, les signes fonctionnels gynécologiques, les ATCD de cancer oestrogéno-dépendant, les signes de périménopause si la patiente a plus de 45 ans, la date du dernier frottis et de la mammographie éventuelle, les ATCD d'IST, les dates de vaccination hépatite B et rubéole, les éventuels traitements chroniques.
- Les signes fonctionnels gynécologiques : seront recherchés la durée et la régularité du cycle, les dysménorrhées, l'existence d'un syndrome prémenstruel, de métrorragies, de douleur pelvienne, de leucorrhée, de mastodynie, de dyspareunie...
- Le mode de vie : la profession, le niveau social, la vie en couple, la stabilité sexuelle, le tabagisme seront évalués.

L'étape Renseignement permet de faire la synthèse des données obtenues et de proposer la meilleure contraception parmi les différentes options possibles, les contre indications étant prises en compte

L'étape Choix est l'expression du choix de la patiente en fonction de l'information qu'elle vient de recevoir

L'étape Explication reprend le mode d'emploi de la méthode, ses avantages, ses inconvénients et les précautions d'emploi.

Il s'agit d'une étape d'information et de prévention

Lors de la prescription d'une contraception par OP ou DIU, il faut dépister une résistance de la patiente pour améliorer l'observance.

Certaines questions doivent être abordées systématiquement : la “ peur de grossir ”, “ de devenir stérile ”, “ la peur du cancer ”....Il faut aborder les effets indésirables (spotting les premiers mois de pilule, augmentation de l'abondance des règles sous DIU).

L'absence d'hémorragie de privation, les ménométrorragies, les leucorrhées ou les douleurs pelviennes , les céphalées inhabituelles, les éléments familiaux ou personnels nouveaux (diabète, HTA....) doivent amener la patiente à consulter.

L'étape Restitution

Il est nécessaire de revoir la patiente 3 mois après la première prescription de pilule. La consultation de contrôle est indispensable 1 à 2 mois après la pose d'un stérilet. L'examen clinique sera complet et les effets indésirables recherchés. La patiente sera ensuite revue une fois par an.

Cette première consultation sur le modèle de BERCER est extrêmement longue et mériterait une cotation spécifique

RECO 4 : la contraception et l'adolescente

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 tout aussi essentielle. Il importe de rester neutre et de ne pas avoir d'a priori. Les méthodes de 1er choix chez l'adolescente sont le préservatif masculin et la contraception hormonale, surtout œstroprogestative.

- *Avant la demande contraceptive l'information sexuelle* doit être apportée par les parents, mais le médecin peut amorcer le dialogue dans une famille où la sexualité reste taboue.
- Il est important de préciser que l'examen gynécologique n'est pas obligatoire lors de la 1^o visite médicale.

Certains motifs de consultation de l'adolescente tels que l'acné, les dysménorrhées doivent faire poser la question du besoin de contraception

- *le planning familial* a une place importante pour les jeunes, il propose un examen et la délivrance de la contraception de façon anonyme et gratuite pour les mineures.
- *en cabinet médical* depuis la loi du 4 juillet 2001 la mineure qui demande le secret vis à vis de ses parents, peut recevoir des soins sans leur consentement, qu'il s'agisse de contraception ou d'IVG ;

- *la pilule* est la méthode de choix pour les adolescentes. On peut proposer de débiter la contraception par une normodosée, puis une fois que la régularité de la prise est établie, on peut préférer une minidosée. Les effets bénéfiques sont la diminution des irrégularités, des dysménorrhées, des ménorragies, et des kystes fonctionnels de l'ovaire.
- *A cet âge le coût de la pilule intervient pour l'observance et il est bon de proposer une pilule remboursée*

RECO 6 : examen clinique , biologie

Sous couvert d'un examen clinique normal, d'une recherche systématique des antécédents personnels ou familiaux (HTA, diabète, hyperlipidémie, migraine, accidents thromboemboliques) et en l'absence de problème médical familial ou personnel identifié, les examens gynécologique et sanguins peuvent être expliqués 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

- Un examen clinique complet sera effectué :

- examen général avec la mesure du poids, de la TA, l'auscultation cardio-pulmonaire, l'inspection des membres inférieurs (à la recherche de varices et varicosités), la palpation de l'hypochondre droit (à la recherche d'une affection hépatique)
- examen gynécologique avec le toucher vaginal pour l'appréciation des annexes et du volume de l'utérus, la pose du spéculum permet de noter l'aspect du col et de faire un frottis si nécessaire. (Il est raisonnable d'attendre quelques mois de rapports sexuels avant de faire un examen gynécologique)
- examen des seins avec à l'inspection une recherche d'une asymétrie, la palpation quadrant par quadrant, la recherche d'une galactorrhée, et la palpation des aires ganglionnaires axillaires.

- Il est recommandé de prescrire un bilan biologique

3 mois après le début de la contraception OP . Il comporte la détermination de 3 paramètres : cholestérol total, triglycérides, glycémie à jeun. Cet examen doit être répété tous les 5 ans en l'absence d'anomalies et en l'absence d'éléments cliniques personnels ou familiaux nouveaux.

- Les autres examens biologiques : une sérologie rubéole peut être demandée chez une jeune femme et il peut être proposé une sérologie HIV, hépatites B et C en fonction du contexte.
- Le frottis cervico-vaginal : il est recommandé de faire, chez toutes les femmes de 20 à 65 ans ayant ou ayant eu une activité sexuelle, et n'ayant aucun antécédent de frottis anormal, 2 frottis à un an d'intervalle quelque soit l'âge où le dépistage commence (ou si le dernier frottis date de plus de 5 ans), puis tous les 3 ans de façon systématique
- En fonction des ATCD, un bilan biologique complémentaire sera demandé :

- o En cas d'ATCD familiaux thromboemboliques chez des ascendants de moins de 50 ans : en plus du bilan minimum un bilan d'hémostase est demandé (temps de QUICK, antithrombine, protéines C et S, test de résistance à la protéine C activée en présence de plasma déficient en facteur 5). En cas d'anomalie un avis spécialisé est indispensable avant de commencer une contraception orale.
- o Si une anomalie familiale de l'hémostase est connue, la recherche de cette anomalie chez la patiente est indispensable avant toute prescription.
- o En cas d'hyperlipidémie familiale et notamment en cas d'hypertriglycéridémie familiale le bilan avant toute prescription est indispensable (attention au risque de pancréatite aigue sous OP, en cas d'hypertriglycéridémie familiale).
- o En cas de risque de diabète : la glycémie à jeun avant de débiter une contraception OP est recommandée.

RECO 7 : la contraception oestroprogestative

La contraception œstroprogestative est l'une des méthodes de 1^{re} 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 ex. dans la prévention de certains cancers (cancers de l'endomètre, des ovaires et colorectaux).

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^e ou 3^e génération, est d'ignorer la présence de facteurs de risque cardio-vasculaire associés pour lesquels elle est contre-indiquée.

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.

➤ il faut expliquer la prise de pilule

“ Prendre un comprimé par jour de..., sans oublier, au même moment de la journée, pendant 21 jours consécutifs avec arrêt de 7 jours pleins entre 2 plaquettes ” (sauf pilules particulières). “ Pour la 1^{ère} prise, commencer le 1^{er} jour des règles ; le 1^{er} comprimé de la nouvelle plaquette se prend toujours le même jour de la semaine, la pilule est “ efficace ” même pendant l'arrêt des 7 jours ”.

Si pour des raisons de commodités (compétition sportive par exemple...) la patiente ne désire pas de règles il suffit d'enchaîner deux plaquettes sans arrêt entre les deux, il n'y a aucun danger à ne pas avoir de menstruations. (Enchaînement seulement avec des pilules monophasiques)

Quelle « pilule » choisir ?

VOIR annexes 1 et 2

Le choix se fait dans le respect des indications et contre-indications.

On distingue 2 types de pilules selon leur teneur en éthynil- oestradiol (EE) :

- pilules mini-dosées : EE ≤ 40 µg (ou 40 γ)
- pilules normo-dosées : EE = 50 µg (ou 50 γ)

- Les pilules minidosées sont prescrites en 1^{ère} intention.
- Les pilules dites de 1^{ère} génération contenant de la noréthistérone ont une activité androgénique et des effets métaboliques délétères.
- Les pilules dites de 2^{ème} génération contenant du lévonorgestrel, de la noréthistérone sont les mieux tolérées.
- Les pilules de 3^{ème} génération contenant du gestodène, du désogestrel ou du norgestimate ont un risque veineux augmenté.
- Les pilules bi et triphasiques ont un intérêt en cas d'aménorrhée ou de méno-métrorragies sous pilules monophasiques
- Les pilules séquentielles étaient prescrites après IVG ou après curetage (ces pilules ne sont plus commercialisées actuellement)
- La notion de " climat dominant " n'est plus d'actualité avec les minidosées.
- En cas de mauvaise tolérance d'une pilule, il faut essayer une autre catégorie...

La prescription d'un OP ne peut se faire sans avoir éliminé :

Les contre indications absolues sont :

- les contre-indications cardio-vasculaires :
 - Les accidents thrombo-emboliques ou les antécédents thrombo-emboliques artériels (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral)
 - Les accidents thrombo-emboliques ou antécédents thrombo-emboliques veineux (phlébite, embolie pulmonaire) avec ou sans facteur déclenchant
 - Les affections cardio-vasculaires : HTA, coronaropathie, valvulopathie, trouble du rythme thrombogène
 - Les pathologies oculaires d'origine vasculaire
 - Le diabète de type 1 ou 2, compliqué de micro ou macro-angiopathie
- Les autres contre-indications :
 - Les tumeurs malignes du sein ou de l'utérus
 - Les affections hépatiques sévères ou récentes
 - Les tumeurs hypophysaires
 - Les hémorragies génitales non diagnostiquées
 - Les connectivites
 - Les porphyries

Les contre indications relatives

Les OP sont déconseillés dans les situations suivantes :

- Tabagisme : les consultatives itératives pour renouveler la contraception orale sont des moments privilégiés pour redonner le conseil minimal en vue de l'arrêt du tabac
- Affections métaboliques : diabète non compliqué, hyperlipidémies
- Obésité : IMC>30
- Otosclérose
- Tumeur bénigne du sein et dystrophie utérine (fibrome, hyperplasie)
- Hyperprolactinémie
- Insuffisance rénale
- Cholestase récurrente ou prurit récidivant lors d'une grossesse antérieure
- ATCD d'herpès gestationis
- Association avec les inducteurs enzymatiques
- En cas d'allaitement

Les accidents

Le risque d'AVC d'origine ischémique est augmenté par l'usage des OP, même avec les dosages faibles d'EE (<50 µg par comprimé).

Chez les femmes de moins de 35 ans non fumeuses, sans ATCD coronarien et normotendues,

- le risque absolu d'accident coronarien est très faible
- le risque d'AVC est faible (plus élevé en cas d'HTA)

Le risque absolu de thrombose veineuse profonde reste modéré (un peu plus important avec les progestatifs de 3^{ème} génération). Il est augmenté en cas d'obésité, d'ATCD familiaux de thrombose veineuse profonde ou d'anomalie de l'hémostase.

Cependant les meilleures indications et les effets bénéfiques sont:

- La prévention de la grossesse
- La prévention des cancers : de l'ovaire (baisse de 40%), de l'endomètre (baisse de 50%)
- La diminution du risque d'anémie
- La diminution de certaines pathologies gynécologiques avec correction des irrégularités menstruelles, amélioration des dysménorrhées, des tensions prémenstruelles, de l'acné
- La diminution de l'incidence des infections génitales hautes
- La diminution des kystes fonctionnels ovariens

Reco 8 : la contraception par progestatif

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 cardiovasculaire.

La contraception par progestatif seul n'est cependant 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.

En l'état actuel, 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 des méthodes par progestatif seul doit être envisagée au regard de leur tolérance (mauvais contrôle du cycle, risque accru de saignements, etc.).

La contraception progestative, surtout macrodosée, malgré l'absence d'AMM a prouvé son efficacité depuis de nombreuses années. **VOIR annexe 3**

La contraception par progestatif seul comprend :

- **1- Les pilules microprogestatives** On les nomme également micropilules

Indications préférentielles

- ❖ les patientes ayant une contre-indication métabolique (diabète, hyperlipidémie), vasculaire (antécédent de maladie thromboembolique, cardiopathie emboligène, HTA, céphalées importantes, tabagisme(au delà de 35 ans) et/ou ayant une maladie oestrogénodépendante (tumeur maligne du sein ou de l'utérus, hyperplasie de l'endomètre, fibrome, mastopathie) Pour ces indications un avis spécialisé est souhaitable .
- ❖ les patientes intolérantes aux OP
- ❖ les patientes ayant une contre-indication au DIU
- ❖ les patientes dans le post-partum, et pendant l'allaitement

Les contre indications:

-les hépatites évolutives, l'insuffisance hépatique, le cancer du sein ou de l'endomètre, la femme enceinte (mais il n'y a d'effet tératogène en début de grossesse si par mégarde la femme est enceinte sous contraceptif oral)

Mode de prise

Les comprimés sont administrés de façon continue 28 j/28, à heure fixe, même pendant les règles. La surveillance est la même que pour les oestroprogestatifs.

La patiente doit bien comprendre la nécessité de prendre chaque jour un comprimé à heure fixe. On insistera sur les conseils en cas d'oubli (cf RECO 14).

Une information est donnée sur les effets secondaires ou indésirables; hyper-oestrogénie relative avec mastodynie, irrégularité menstruelle, spottings, voire aménorrhée.

Les contre indications relatives

Le médecin gardera à l'esprit le risque de kyste fonctionnel ovarien et le risque accru de GEU.

Ces pilules sont donc à éviter s'il existe des manifestations d'insuffisance lutéale: mastopathie, hyperplasie endométriale, fibrome, périménopause; et à utiliser avec prudence en cas d'antécédent de GEU ;

Il est souhaitable de ne pas utiliser d'inducteur enzymatique (rifampicine, antiépileptiques, griséofulvine, millepertuis, inhibiteurs de la protéase du HIV) car l'efficacité contraceptive est encore diminuée (si besoin pendant le traitement et un cycle après l'arrêt du traitement par inducteur enzymatique il faut utiliser une méthode mécanique). Lors de l'utilisation de rétinoïdes anti-acnéiques, les microprogestatifs ne sont pas indiqués étant donné la baisse de l'efficacité contraceptive et le risque tératogène des rétinoïdes.

➤ 2- Les macroprogestatifs

Leur indication thérapeutique

C'est l'insuffisance lutéale ; il n'y a pas d'AMM pour la contraception sauf le dérivé de la 19 nor-testostérone : lynestrenol (ORGAMETRIL®) et norethistérone (Primolut Nor®)

*Pour les dérivés de la 19 nor-testostérone, les effets secondaires limitent les indications à des femmes en périménopause ou ayant plus de 40 ans, sans facteur de risque cardiovasculaire qui présentent une maladie oestrogénodépendante : mastopathie, hyperplasie de l'endomètre, fibrome, tumeur hypophysaire ; Ces produits sont actuellement rarement utilisés en raison de leurs effets secondaires métaboliques

*Les progestatifs non androgéniques du groupe prégnane dérivés de la 19-norprogestérone ou de la 17 OH-progestérone sont beaucoup plus utilisés. C'est l'indication de choix en cas de haut risque vasculaire et/ou de maladie oestrogénodépendante, de cancer familial du sein : chlormadinone (LUTERAN 10®), nomégestrol (LUTENYL®), promégestone (SURGESTONE®), medrogestone (COLPRONE®), cyprotérone (ANDROCUR®)

Les contres indications

Elles sont différentes s'il s'agit d'un dérivé de la 19 nor-testostérone ou d'un dérivé du groupe pregnane .

La 19 nortestostérone : accidents ou antécédents d'accidents thromboemboliques veineux (phlébite, embolie pulmonaire) ; accidents ou antécédents thromboemboliques artériels(

infarctus du myocarde , accident vasculaire cérébral) ; altérations graves de la fonction hépatique ; hémorragies génitales non diagnostiquées

Les dérivés de la progestérone : accidents thromboemboliques **veineux** en évolution ; altérations graves de la fonction hépatique ; hémorragies génitales non diagnostiquées

Bien que n'ayant pas l'AMM, nomégestrol (LUTENYL 5 à 1cp/j) et chlormadinone (LUTERAN 10 à 1 cp/j) sont très souvent prescrits et utilisés depuis longtemps chez la diabétique.

On doit rester très " critique " sur leur emploi, car on ne dispose pas d'évaluation de ces traitements.

Le mode de prise

La surveillance est la même que pour les OP.

L'administration est discontinuée 20 jours du 6^{ème} au 25^{ème} jour du cycle, le premier jour du cycle étant le premier jour des règles, avec les mêmes conseils que pour la prise des OP concernant la régularité des prises.

Les effets métaboliques délétères et effets secondaires cliniques

-Pour les dérivés de la 19 nortestostérone : ce sont les métrorragies et l'effet androgénique avec prise de poids , augmentation de la pilosité, acné, accident thromboembolique veineux....

-Pour les dérivés de la progestérone : il existe une grande fréquence des troubles des règles; spottings et/ou aménorrhée

Les progestatifs retards, implant

DEPO PROVERA* acétate médroxyprogestérone : 1A IM/3mois

IMPLANON* étonogestrel : 68mg/SC/3 ans

1-Progestatifs retards injectables

Le DEPO PROVERA® (acétate médroxyprogestérone) :

Injection IM tous les 3 mois réalisée entre le 1^o et le 5^o jour du cycle ou dans la semaine qui suit un accouchement ou une IVG.

Cela doit rester une méthode d'exception lorsqu'il n'est pas possible d'utiliser une autre méthode contraceptive (maladie psychiatrique, retard mental) car les effets secondaires sont importants : métrorragies, spottings (70% des cas), prise de poids, troubles digestifs, acné...

2- L'implant : étonogestrel (IMPLANON®)

C'est une barrette de 5cm de long dont l'efficacité contraceptive à 24 mois serait de 100% d'après plusieurs études.

Ce n'est pas une contraception de 1^{ère} intention, elle sera proposée aux contre-indications à la pilule et au stérilet, à la femme ne pouvant se plier à une contraception " classique " , à celle qui oublie souvent sa pilule, ou en cas d'IVG à répétition et pour une demande de contraception de longue durée

Les contre-indications sont identiques à celles des microprogestatifs

L'insertion de l'implant se réalise

*entre le 1^o et le 5^o jour du cycle s'il n'y a pas de contraception

*Le jour suivant la prise du dernier comprimé et au plus tard le jour où la pilule devait être reprise pour le relais d'une contraception OP

*immédiatement après une IVG :

*après un accouchement : entre le 21° et le 28° jour après

Le mode d'action est réalisé par le passage systémique de progestatif en continu ; la durée d'efficacité est de 3 ans

Les effets secondaires sont représentés par la prise de poids, les saignements prolongés ou l'aménorrhée; il y a peu d'effets métaboliques. Nous n'avons pas encore assez de recul, pour connaître le risque d'augmentation de thromboses veineuses.

Dans le post partum , l'implant est mis en place au 21° jour

RECO 9 : la contraception par DIU

Les dispositifs intra-utérins (DIU) ne sont pas uniquement destinés aux multipares. Il s'agit d'une méthode contraceptive de 1re intention, considérée comme toujours 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 nullipares. Étant donné la grande efficacité contraceptive des DIU, le risque de grossesse extra-utérine (GEU) est extrêmement faible et inférieur d'un facteur 10 à celui associé à l'absence de contraception. La littérature ne permet pas de conclure si le risque de GEU en cours d'utilisation d'un DIU est augmenté par comparaison aux autres méthodes contraceptives.

Un DIU peut être proposé à toute femme dès lors que :

- les contre-indications (CI) à sa pose sont prises en compte ;
- les risques infectieux et de GEU ont été évalués et les situations à risque écartées ;
- la femme est informée des risques de MIP et de GEU ainsi que des risques potentiels, mais non démontrés, de stérilité tubaire. Cette information est prépondérante chez une femme nullipare, sa pose devant être envisagée avec prudence et en prenant en compte son désir d'enfant à venir.

La grande nouveauté de cette recommandation est la possibilité de proposer un DIU à une nullipare , ce qui augmente le choix contraceptif en particulier lors d'intolérance ou de contre indication aux contraceptifs hormonaux

Cependant

➤ ***Pour le DIU les meilleures indications***

Sont les femmes vivant en couple stable, avec appareil génital " sain ", multipare et qui souhaitent ce mode de contraception, et celles qui ont des contre-indications à utiliser les OP ou une mauvaise observance des OP ou qui ont eu des IVG répétitives.

Il peut être posé dans le cadre d'une contraception post-coïtale (dans les 5 jours suivant un rapport supposé fécondant)

➤ ***les contre-indications absolues*** sont :

- *la grossesse ;
- *les infections pelviennes aiguës, récentes ou récidivantes,
- *les malformations utérines importantes,
- *les fibromes sous muqueux, les polypes endo-utérins,
- *les hémorragies génitales non diagnostiquées,

- *les cancers génitaux (ou suspicion)
- *les valvulopathies à risque d'endocardite,
- *les traitements immunosuppresseurs

Il est indispensable d'avoir l'accord de la patiente pour ce mode de contraception, montrer un DIU et la façon de la poser, informer sur son mode d'action, la pose, les avantages et les inconvénients

a/la pose se réalise pendant ou en fin de règles car le col est plus ouvert ; également 6 semaines après un accouchement et 12 semaines après une césarienne ; immédiatement après une IVG si besoin.

b/les risques

L'expulsion peut passer inaperçue, le risque est maximum pendant les 3 premiers mois ; La surveillance des fils par la patiente est recommandée mais souvent difficile à mettre en œuvre. Elle doit s'inquiéter et consulter en cas de douleurs pelviennes basses à type de contraction utérine. Il est rare qu'un DIU soit expulsé sans que la patiente s'en rende compte et en général l'attention est attirée par des coliques utérines et /ou de saignements anormaux

La perforation est très rare , elle survient lors de la pose essentiellement

Les complications infectieuses : le risque est multiplié par 2 par rapport à une femme sans contraception

Le DIU protège mieux des grossesses intra-utérines que des GEU ; une grossesse sur 30 est ectopique chez une femme porteuse de DIU (1/250 dans la population générale)

d/ La durée d'efficacité est de 2 à 10 ans ; en pratique le DIU est laissé 5 ans

La pose d'un stérilet est cotée K20 .Aucun matériel n'est requis pour poser un DIU mais un matériel pour assurer la stérilisation est indispensable.

Ce qui doit amener à consulter les femmes sous DIU sont les ménométrorragies depuis plus de 3 cycles, la disparition des fils, la douleur pelvienne, la température.

Il faut donner des informations après la pose

- Dans les jours qui suivent la pose, douleurs et saignements sont fréquents cédant sous antispasmodique ; les règles peuvent être plus abondantes et douloureuses au cours des premiers cycles ; il faut la revoir après le 1^o cycle de façon à vérifier la bonne tolérance du DIU .

Il faut informer du risque d'infection (description des symptômes précoces), de la possibilité d'échec du DIU et de survenue d'une grossesse.

Il faut informer sur la façon de vérifier la présence des fils du DIU.

Elle doit consulter :

*si elle ne sent pas les fils, si elle sent un élément du DIU qui dépasse du col.

Certaines femmes ne veulent pas rechercher les fils et il faut simplement leur demander de consulter devant une douleur pelvienne basse à type de contractions utérines ou devant des petits saignements douloureux.

*si les règles sont trop abondantes ou si elle a des métrorragies ou spottings,

* si elle présente une dysménorrhée ou dyspareunie,

* si les règles sont retardées,

* si des signes d'infection apparaissent (pertes nauséabondes, fièvre, douleur pelvienne)

il faut informer sur les effets secondaires :

Les saignements, l'augmentation de la durée et de l'abondance des règles sont les causes majeures de retrait ainsi que les douleurs sous forme de coliques utérines

➤ **Les contre-indications relatives sont :**

- *La sténose cervicale
- *le post-partum ,
- *la dysménorrhée,
- *les ménorragies,
- *l' anémie (si DIU au cuivre),
- *la coagulopathie,
- * le traitement anti-coagulant

Il n'existe pas de consensus pour les hauts risques de salpingite, antécédents de salpingite, traitement anti-inflammatoire au long cours

Les contre-indications transitoires sont :

- *les vaginites, cervicites, dysplasie cervicale jusqu'à la guérison,
- *le diabète non équilibré

Les DIU sont à prix unique (sauf mirena*) et remboursés à 65%

- **Gynelle 375**
- **Multiload Cu 375 standart ou short**
- **Nova T**
- **Mirena**

Mirena*

Nouveau DIU contenant un progestatif

- Efficacité : 0 à 0,2% AF ; il y a une baisse importante du saignement utérin et une fréquente aménorrhée

L'indication de choix est la femme de plus de 40 ans qui présente des méno- métrorragies, il est très intéressant en périménopause; en cas d'anémie, de dysménorrhée.

Les contre-indications sont en sus des précédemment citées, les affections hépatiques aiguës, les thrombophlébites évolutives ou les thromboembolies.

La tolérance est excellente avec un effet discret sur les lipides.

RECO 10 : la contraception par stérilisation

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 CI 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

Des informations ont souvent demandés aux médecins généralistes sur les possibilités de stérilisation.

C'est le moyen de régulation des naissances le plus employé dans le monde.

La stérilisation volontaire à visée contraceptive est admise depuis la loi du 4 juillet 2001 comme le souligne la recommandation.

La stérilisation comprend la ligature de trompes et la vasectomie

- Pour la ligature de trompes le taux d'échec cumulé sur 10 ans est de 7 à 36 pour 1000
- La vasectomie a une efficacité de 99%, 2 à 3 mois après l'intervention.

➤ **Les indications**

Il peut s'agir :

- D'une interdiction de grossesse pour des raisons médicales graves
- De l'existence d'une maladie génétique importante dans le couple
- D'une décision du couple, de la patiente ou du patient, comme moyen de contraception dans un cadre légal (loi du 4/07/2001)

-

➤ **La ligature de trompes** est réalisée sous anesthésie générale.

La méthode n'est a priori pas réversible : les techniques de reperméabilisation sont difficiles , longues et de résultat très aléatoire.

➤ **La vasectomie** est réalisée sous anesthésie locale en ambulatoire.

Il est conseillé de réaliser un spermogramme après 3 mois pour juger de l'efficacité.

L'éjaculation est faite de liquide séminal sans spermatozoïdes.

Il faut penser à la conservation du sperme en cas de regret.

La vasectomie est plus sûre, plus efficace, moins coûteuse que la ligature de trompes.

RECO 11 : la contraception locale

Les préservatifs, masculins ou féminins, sont la seule méthode qui ait fait preuve de son efficacité dans la prévention de la transmission des 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.

Le médecin généraliste doit savoir expliquer le maniement des préservatifs, en avoir pour les montrer.

1-Le préservatif masculin

Il connaît un regain d'intérêt depuis l'épidémie de SIDA . Les autres méthodes : spermicides, diaphragmes et capes cervicales sont peu ou pas utilisés en France ; leur efficacité est médiocre. Diaphragmes et cape cervicale ne sont plus disponibles en France.

S'il est utilisé comme moyen principal de contraception, il faut informer du recours possible à la contraception d'urgence en cas d'accident (rupture essentiellement)

L'indice de pearl est de 0,2 à 22% AF ; le taux d'échec variable traduit surtout le fait d'un non respect des conditions d'utilisation.

Les indications sont

- les rapports occasionnels
- les contre indications aux autres méthodes contraceptives
- le désir de prévention des MST
- le désir du couple de laisser la maîtrise de la contraception à l'homme

Le préservatif est essentiel dans la prévention des MST et du SIDA ; il est souvent raisonnable de promouvoir l'association pilule + préservatif en particulier chez les adolescents

Le préservatif est la méthode de choix en post partum par son innocuité métabolique et pour la multipartenarité pour le risque des IST.

2-Le préservatif féminin (FEMIDOM*)

Il est composé de polyuréthane ou latex ; intérêt du premier si un des partenaires est allergique au latex. L'**indice de pearl est de** 5% à 12 mois si utilisation correcte.

Les indications sont

- Le désir de laisser le mode de contraception à la femme
- La prévention des MST

La technique de mise en place est complexe et le coût est élevé

Le réseau de distribution est encore peu développé : centre de planification, association lutte contre le SIDA

3-Les ovules spermicides

L'**indice de Pearl** est de 1 à 7 % AF ; l'efficacité médiocre dépend du respect des règles d'application et de l'expérience. Ils existent sous forme de gel, crème, ovule, tampon

Les indications préférentielles sont représentées par:

- La contre indication temporaire à une contraception hormonale ou au DIU, le post partum, le post IVG, la péri ménopause.
- En cas de perte d'efficacité d'une méthode contraceptive autre (oubli de pilule)
- Les adeptes de la contraception locale

Les avantages sont représentées par la vente libre, l'innocuité, l'augmentation de l'efficacité du préservatif,

Les inconvénients : le coût, l'inconfort d'utilisation car ils peuvent être très lubrifiants, ou irritants

Les précautions :

il ne faut pas réaliser d'irrigation vaginale après le rapport

il ne faut pas d'utiliser en même temps un autre traitement local intra vaginal (antifongique, antibactérien..) il ne faut pas utiliser de savon, compétitif vis à vis des spermicides

RECO 12 : la méthode de l'aménorrhée lactationnelle

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 de leur risque élevé d'échec 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 acceptant ou pouvant médicalement s'exposer à un risque de grossesse.

En post partum :

- les OP ne sont pas souhaitables dans le post-partum immédiat à cause du risque thromboembolique, ils ne sont pas conseillés avant le retour de couche.
- Bien que cette recommandation place l'allaitement complet aussi efficace que les OP, la pratique quotidienne montre que l'allaitement n'est contraceptif qu'à 98% à 6 mois et uniquement si l'allaitement maternel est complet ; si cette méthode est choisie, il est recommandé d'avoir une méthode supplémentaire à partir de la 8^e semaine du post-partum, car très rapidement beaucoup de femmes ne gardent que 2 ou 3 tétées journalières.
- Les microprogestatifs sont la contraception de choix à débiter dès la sortie de maternité. Si la contraception microprogestative est prise au delà du 21^e jour de l'accouchement, il faut ajouter une contraception locale supplémentaire pendant les 7 premiers jours.
- Le DIU peut se poser 6 à 8 semaines après l'accouchement et 12 semaines après une césarienne

Les méthodes naturelles

Différentes méthodes sont utilisées :

- Le coït interrompu ou méthode du retrait (indice de Pearl : 25% AF)
- Les contraceptions naturelles, encore appelées « abstinence périodique » :
 - Méthode Ogino-Knaus ou méthode du calendrier (indice de Pearl : 15%AF) : la méthode est basée sur la recherche de jours fertiles, estimés en fonction de la durée des cycles précédents.
 - La méthode des températures (indice de Pearl : 3 à 10%AF) : elle nécessite que la patiente prenne sa température chaque jour ; après l'ovulation, la température du corps s'élève, et le couple doit s'abstenir de tout rapport sexuel depuis le premier jour des règles jusqu'au 3^{ème} jour inclus de température levée.
 - La méthode Billings ou méthode d'observation de la glaire cervicale (indice de Pearl : 3 à 20%AF) : la femme observe des modifications de la consistance de la glaire cervicale, et peut arriver à déterminer la période fertile.

Ces différentes méthodes ont des avantages (innocuité, coût) mais ont une fiabilité variable selon la motivation du couple.

L'association des différentes méthodes permet une meilleure efficacité.

RECO 13 : la contraception d'urgence

Il est recommandé que lors de la prescription et de la délivrance d'une contraception, la femme soit préventivement informée des possibilités de rattrapage en cas de rapport non protégé, de leur efficacité et de leurs conditions d'accès. La contraception d'urgence hormonale et le DIU au cuivre sont les deux méthodes de rattrapage utilisables. Dans ce cadre, il convient de noter que :

- le DIU au cuivre est la méthode la plus efficace en cas de rapport non protégé ;
- la contraception d'urgence hormonale (par progestatif seul) n'est pas efficace à 100 % et est d'autant plus efficace qu'elle est utilisée plus précocement après le rapport non protégé.

L'utilisation opportuniste et répétitive de cette méthode en tant que seule méthode contraceptive est nettement moins efficace qu'une méthode continue.

La contraception d'urgence par progestatif seul présente l'avantage par rapport au DIU au cuivre de pouvoir être obtenue sans ordonnance en pharmacie (où elle est anonyme et gratuite pour les mineures qui en font la demande), en centre de planification familiale 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.

La contraception du lendemain (Pilule et DIU)

Elle est malheureusement encore méconnue et pas assez utilisée. Le médecin doit garder à l'esprit qu'elle n'est pas sûre à 100%, plus elle est prise près du rapport à risque, plus elle sera efficace. Elle peut modifier le cycle en cours (retard ou avance de règles) ; en attendant les règles, il faut utiliser un autre moyen de contraception (préservatif), faire un test de grossesse 3 semaines après la prise et envisager un moyen de contraception suivi s'il n'y en avait pas.

La contraception d'urgence (ou " du lendemain " ou post-coïtale) est indiquée en cas de rapport mal protégé, rupture de préservatif, oubli d'un contraceptif oral, expulsion d'un DIU, viol.

La délivrance de la contraception d'urgence (Norlevo*) est libre en pharmacie sans ordonnance et gratuite pour les mineures ; elle est remboursée pour les " non mineures " sur prescription médicale.

- Norlevo* : boîte de 1 comprimé contenant 1,5 µg de lévonorgestrel, délivré sans prescription. Le comprimé est pris en une seule fois le plus tôt possible après le rapport et avant 72 heures. Il n'y a pas de contre-indications .
- Ou DIU placé dans les 5 jours suivant un rapport non protégé : c'est une contraception d'urgence d'actualité.

Cas particuliers

Chez une adolescente : la contraception d'urgence est à aborder d'emblée et à prescrire " au cas où ". Bien expliquer les situations dans lesquelles elle y aura recours (oubli de pilule par exemple), les modalités de prise. Elle peut se la procurer gratuitement dans les centres de planification et les pharmacies si elle est mineure.

Chez une femme ayant déjà eu des enfants, le stérilet sera une bonne indication avec un double rôle : contraception du lendemain et contraception !

RECO 14 : l'oubli de pilule

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 méthode moins sujette aux problèmes d'observance (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-après. En cas de pilule combinée, si la période de sécurité de 7 jours avec préservatifs s'étend au-delà du dernier comprimé actif de la plaquette en cours supprimer l'intervalle libre et démarrer la plaquette suivante le jour suivant la prise du dernier comprimé actif . Poursuivre le traitement à l'heure habituelle (même si 2 comprimés doivent être pris le même jour) Prendre immédiatement le comprimé oublié.

Poursuivre le traitement à l'heure habituelle (même si 2 comprimés doivent être pris le même jour). Prendre immédiatement le comprimé oublié

Schéma 1. Conduite à tenir en cas d'oubli ou de décalage de la prise d'une pilule

Par précaution, si un rapport sexuel a eu lieu dans les 5 jours précédant l'oubli ou si l'oubli concerne au moins 2 comprimés, utiliser une méthode de rattrapage (si le délai d'efficacité de cette méthode n'est pas dépassé) (accord professionnel)

En cas de rapport sexuel dans les 7 jours suivants utiliser simultanément, une seconde méthode contraceptive non hormonale (par ex. préservatifs)

Oubli ou décalage de la prise par rapport à l'heure habituelle :

3 h si pilule microprogestative

ou [sauf mention spéciale de l'AMM]

12 h si pilule combinée

Cette recommandation est très claire et il est indispensable d'informer les patients dès la première prescription de la conduite à tenir en cas d'oubli, éventuellement de prescrire une pilule du lendemain et surtout de leur dire de ne pas hésiter à appeler en cas de doute.

Leur remettre une fiche de conseils peut aussi s'avérer utile (annexe 6)

RECO 15 : la contraception après 35-40 ans et la contraception lors de cas particuliers

L'augmentation des risques cancéreux et cardio-vasculaires avec l'âge et la pré ménopause doivent amener à réévaluer l'adéquation de la méthode contraceptive utilisée à partir de 35-40 ans.

1- Contraception OP après 35 ans

Le risque cardio-vasculaire est augmenté à partir de 35 ans d'autant plus qu'il existe d'autres facteurs de risque (tabagisme et HTA). Il existe également une baisse de la fécondité, les grossesses sont des grossesses à risque après 40 ans. Les pathologies gynécologiques émergent : hyperplasie endométriale, fibrome.

La pilule peut être poursuivie jusqu'à la ménopause s'il n'existe pas de contre-indications. Les avantages de la poursuite de la pilule sont l'aspect psychologique (signe de fécondité, féminité, jeunesse), le confort d'une régularité de cycle en période de péri-ménopause.

Après 40 ans les motifs médicaux d'arrêt des OP sont le plus souvent les risques cardio-vasculaires, les pathologies gynécologiques. L'augmentation du risque d'affections cardio-vasculaires est minime s'il n'y a pas de tabagisme : en revanche, après 35 ans, la pilule sera formellement contre-indiquée chez une fumeuse.

2- A partir de 35 ans

- les microprogestatifs sont à éviter à cet âge car ils augmentent les saignements ;
- *le DIU* : l'efficacité est meilleure à cet âge, le risque infectieux est moindre, les ménorragies font préférer le DIU à la progestérone (Mirena*)
- la contraception locale est plus efficace à cet âge, elle est intéressante pour son innocuité métabolique

3- En dehors de ces recommandations, d'autres classes contraceptives peuvent être utiles

D'autres classes contraceptives peuvent être utiles au médecin généraliste :

- **Diane**® (EE + acétate de cyprotérone) est indiquée pour le traitement de l'acné chez la femme et n'a pas l'AMM pour la contraception. Cependant, il est détaillé sur la RCP VIDAL 2004, le mode d'emploi en cas de recherche d'un effet contraceptif. L'acétate de cyprotérone a des effets antiandrogène et progestatif, augmente le risque de thrombose veineuse par rapport aux progestatifs de 2nde génération.
- **Jasmine**® (EE + drospérinone, progestatif dérivé de la spironolactone), est indiquée en cas de rétention hydrique. Il est nécessaire de surveiller la kaliémie, et connaître la possibilité d'interactions médicamenteuses. Le recul d'utilisation de cette pilule n'est pas encore suffisant.
- **Evra**® patch contraceptif : chaque dispositif contient 6mg de Norelgestromine et 600 µg d'EE, libérant 150 µg de norelgestromine et 20 µg par 24 heures. Chaque patch doit être laissé en place 7 jours et remplacé ensuite par un nouveau patch. 3 patches seront utilisés successivement, soit 21 jours d'utilisation puis une fenêtre sans patch de 7 jours sera laissée afin d'obtenir une hémorragie de privation. Cette méthode semble exposer à d'avantage d'effets indésirables, mais le recul d'utilisation est insuffisant.
- **Nuvaring**® anneau vaginal : c'est un anneau souple en polymère d'acétate de vinyle, libérant quotidiennement 120 µg d'éthinorgestrel (métabolite actif du désogestrel) et 15 µg d'EE pendant 3 semaines, absorbés à travers la muqueuse vaginale avant de passer dans la circulation générale, entraînant un blocage de l'ovulation. La tolérance semble bonne, mais le recul d'utilisation de cette méthode n'est pas suffisant et les contre indications sont les mêmes que pour une contraception OP per os

4- Contraception en cas de risques cardio-vasculaires :

**L'hyperlipidémie :*

Il n'existe pas de chiffres seuils acceptables ayant fait l'objet de consensus, mais on retrouve souvent les chiffres suivants : cholestérol total (CT) < 3g/l triglycérides (TG) < 2g/l.

Si CT > 3g/l, la contraception hormonale OP est contre indiquée, les méthodes physiques (préservatifs, DIU) ou la contraception par progestatif faiblement dosé seront préférées.

Si TG > 2g/l, les OP sont contre indiqués. Si l'anomalie est connue avant la prescription, le dosage est impératif car il existe un risque de pancréatite aiguë sous OP.

Si l'hyperlipidémie est révélée par les OP, il faut arrêter la contraception et refaire le dosage 3 mois plus tard.

**L'intolérance au glucose/diabète :* le choix de la meilleure contraception se fera après avis du diabétologue. Le diabète est une contre-indication à la contraception hormonale OP. Plusieurs recommandations de différents groupes de spécialistes ont proposé de préférer la contraception par progestatif faiblement dosé en cas de diabète.

**Le risque thromboembolique :* les OP sont contre indiqués en cas d'antécédent thromboembolique veineux. Les progestatifs faiblement dosés sont une alternative, de même que les méthodes physiques.

*L'*hypertension, artérielle* : une tension artérielle $\geq 160/100$ est une contre indication aux OP, les progestatifs faiblement dosés, les méthodes physiques seront préférés, de même si l'HTA est révélée par la prise d'OP.

*Le *tabac* : le tabac à plus de 10cigarettes par jour constitue une contre-indication relative aux OP jusqu'à 35 ans et une contre indication absolue passé cet âge. Utiliser les méthodes mécaniques ou les progestatifs faiblement dosés sont des alternatives. S'enquérir à chaque renouvellement d'un sevrage possible pour aider à la motivation (conseil minimal)

*L'*obésité* : IMC>30, c'est un facteur de risque supplémentaire de maladie thromboembolique sous OP, mais ce n'est pas une contre indication absolue. Il est préférable d'utiliser les progestatifs faiblement dosés, les méthodes mécaniques.

*Les *migraines* : les migraines avec aura sont une contre-indication absolue aux OP. Nombreuses femmes migraineuses prennent une contraception OP. En cas de migraines aggravées sous OP, il est recommandé de changer la méthode contraceptive (préférer les progestatifs faiblement dosés, les méthodes mécaniques).

*Les *cardiopathies* : un avis spécialisé est nécessaire pour choisir la meilleure contraception possible.

5- Contraception en cas de pathologies gynécologiques

Certaines pathologies complexes nécessitent un avis spécialisé (les cancers gynécologiques : cancers du col , du sein ..)

*L'*hyperplasie de l'endomètre*: les macroprogestatifs sont une bonne indication. Les DIU augmentent les méno-métrorragies (sauf le Mirena® qui peut être indiqué dans ce cas), les microprogestatifs aggravent les saignements.

*Le *fibrome* :

- Un fibrome sous muqueux contre-indique les OP et les progestatifs (risque de nécrobiose aseptique), les DIU. Seule une contraception locale est permise.
- Un fibrome sous séreux contre-indique les OP, les DIU sont déconseillés. Les macroprogestatifs sont l'indication de choix.

*L'*endométriose* : les macroprogestatifs sont indiqués. Les OP sont contre indiqués (les oestrogènes favorisent le développement de l'endomètre).

*Les *anomalies bénignes du col* : en cas de condylome ou dysplasie, les OP, les méthodes locales sont possibles.

*Le *kyste fonctionnel ovarien* : il vaut mieux éviter les OP minidosés et choisir une pilule monophasique.

6- Contraception et autres situations :

* *L'incapable majeure* : les progestatifs injectables et l'implant sont les meilleurs choix.

* *L'épilepsie* : certains antiépileptiques (phénytoïne, carbamazépine, phénobarbital) diminuent l'efficacité des OP et des progestatifs. Une contraception mécanique est recommandée.

* *L'intervention chirurgicale* : si elle nécessite un alitement prolongé, les OP seront arrêtés 4 semaines avant ; la reprise d'une contraception OP peut se faire 2 semaines après avoir retrouvé une mobilité suffisante.

* *L'anémie* : il faut éviter les DIU qui augmentent les ménorragies (sauf le Mirena® susceptible d'entraîner une aménorrhée).

Bibliographie

- Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme Décembre 2004
www.has-sante.fr
- Les thématiques PRESCRIRE Contraception Septembre Décembre 2006

ANNEXES

Annexe 1 liste non exhaustive

	nom	progestatif
Minidosées Monophasiques EE :35µg	Ortho-novum* Cilest* = Effiprev*	Noréthistérone 1 mg Norgestimate 0,25 mg
EE : 30µg	Minidril* = Ludeal* Moneva* = Minulet* Varnoline* = Cycleane30* Jasmine*	Lévonorgestrel 0,15 mg Gestodène 0,075 mg Desogestrel 0,15 mg Drospirénone 3mg
EE :20µg	Cycleane 20* = mercilon* Harmonet* = meliane*	Desogestrel 0,15 mg Gestodène 0,075 mg
EE :15µg	Melodia* = Minesse*	Gestodène 0,06 mg
Minidosées Biphasiques	Adepal* Miniphase*	EE :30µg + levonorgestrel /7j EE :40µg + levonorgestrel 0,2mg/14j EE :30µg + norethistérone1mg/11j EE :40µg + norethistérone2mg/10j
Minidosées Triphasiques	Phaeva*= Triminulet* Triella* Trinordiol* = Daily* Tricilest* = Triafermi*:	EE :30µg/6j ;40µg/5j ;30µg/10j + Gestodène 0,05mg/6j ;0,07mg/5j ;0,1mg/10j EE :35µg/21j + Norethistérone 0,5mg/7j ;0,75mg/7j ;1mg/7j EE :30µg/6j ;40µg/5j ;30µg/10j + Levonorgestrel 0,05mg/6j ;0,075mg/5j ;0,125mg/10j EE=0,035 mg et Norgestimate = 0,180 mg x 7 EE=0,035 mg et Norgestimate = 0,215 mg x 7 EE=0,035 mg et Norgestimate = 0,250 mg x 7
Normodosées Monophasiques	Stediril <u>Voie transdermique</u> EVRA (dispositif transdermique) : <u>Voie locale</u> Nuvaring® anneau vaginal	EE :50µg +DLnorgestrel 0,5mg Norelgestromine 6 mg et EE 600µg par dispositif. libérant quotidiennement 120 µg d'éthonorgestrel (métabolite actif actif du désogestrel) et 15 µg d'EE pendant 3 semaines

Annexe 2

Les progestatifs contenus dans la pilule

De 1° génération : norethistérone : orthonovum* miniphase* triella*

Norgestriénone : planor*

De 2° génération : levonorgestrel : minidril* ludeal* , adepal* trinordiol* daily*

Norgestrel : stediril*

De 3° génération : desogestrel : cycléane 20 * cycléane 30* mercilon varnoline

Norgestimate : cilest* effiprev*

Gestodène : harmonet* méliane* minulet* monéva* phaeva* triminulet*

mélodia* minesse*

A part : - dérivé de la 17 hydroxyprogestérone : diane 35* holgyème* (hors AMM pour la contraception)

- drospirénone : jasmine*

Annexe 3

Les progestatifs purs

	nom	posologie
Progestatifs seuls microdosés en continu = MICROPILULE	MICROVAL* lévonorgestrel 0,03mg MILLIGYNON* noréthistérone 0,6mg CERAZETTE* desogestrel 0,075mg	28j/28
Progestatifs seuls macrodosés en discontinu 20 jours par cycle	ORGAMETRIL* lynestrenol PRIMOLUT-NOR* acetate de norethistérone SURGESTONE* promegestone (hors AMM) LUTENYL* acétate nomégestrol(hors AMM) COLPRONE* médrogestone(hors AMM) LUTERAN* acétate chlormadinone(hors AMM) ANDROCUR* acétate cyprotérone(hors AMM) NORLUTEN* norethistérone(hors AMM)	2cps 5mg/j 1cp 10mg/j 1cp 0,5mg/j 1cp 5mg/j 2cps 5mg/j 2cps 5mg/j 20j/28

Annexe 4

CONTRACEPTION D'URGENCE	NORLEVO* levonorgestrel 0,75mg	2 fois 1cp à 12 heures d'intervalle (ou 2cps en 1 seule prise) dans les 72 heures maximum après un rapport non protégé
-------------------------	--------------------------------	--

Annexe 6 : fiche de conseils élaborée / G Ferré à partir des recommandations HAS

FICHE CONSEIL EN CAS D'OUBLI DE PILULE ESTROPROGESTATIVE

Nom de ma pilule : _____, je débute ma pilule le _____ (jour de la semaine),
je prends ma pilule à ____h (heure de prise habituelle)

J'ai oublié ma pilule ou j'ai eu un vomissement
(j'ai vomi moins de 4 heures après la prise):

Cela fait **moins de 12 heures** par rapport à mon heure habituelle de prise (je m'en aperçois avant ____h)

Je prends tout de suite le comprimé que j'ai oublié

Je n'ai rien à craindre

Cela fait **plus de 12 heures** par rapport à mon heure habituelle de prise (je m'en aperçois après ____h)

Je prends tout de suite le comprimé que j'ai oublié

Je prends le comprimé suivant à l'heure habituelle : ____h, même si je dois en prendre 2 le même jour ou 2 en même temps

Si j'ai eu un **rapport** pendant les **5 jours** avant mon oubli, je prends en plus une **contraception d'urgence** (pilule du lendemain) :

- Le plus tôt possible (de préférence dans les 24h)
- Elle est disponible sans ordonnance en pharmacie et est gratuite pour les mineures

- Elle est remboursée si vous avez une ordonnance de votre médecin
- Elle peut être donnée par l'infirmière scolaire

Dans **tous les cas**, j'utilise des **préservatifs** si j'ai des rapports pendant **7 jours** après l'oubli

Je compte le nombre de comprimés qu'il me reste sur la plaquette. S'il en reste 7 ou moins de 7, je prendrai une **nouvelle plaquette** le lendemain du dernier comprimé, **sans arrêter 7 jours.**

Il est possible que je n'aie pas mes règles ce mois-ci.

Dans tous les cas, je contacte mon médecin :
-en cas de doute
-si mes règles suivantes me paraissent anormales.

tampon