

QUELLE CONTRACEPTION POUR QUELLE FEMME ?



Dr Marie-Laure POUZADOUX-MAYRAND
MG, Clermont-Ferrand

Déclaration de conflits d'intérêts

Etat des lieux par l'HAS 2013

- Une grossesse sur 3 est déclarée non prévue : 2/3 sous contraception
- Ecart entre efficacité théorique et efficacité pratique ([tableau OMS](#))
- Efficacité pratique dépendante du consentement des partenaires et du niveau de satisfaction de la femme/du couple
- Identification de freins à l'accès à la contraception du côté des professionnels et du côté des usagers

Méthode	Taux de grossesse (%) au cours de la première année d'utilisation			Taux d'abandon (%) de la méthode après 1 an d'utilisation	
	Utilisation courante		Utilisation correcte et régulière (Trussel)	États-Unis (Trussel)	France (Moreau)
	États-Unis (Trussel)	France (Moreau)			
Implant contraceptif	0,05		0,05	16	
Vasectomie	0,15		0,1	0	
DIU au lévonorgestrel	0,2	1,1 ¹	0,2	20	15 ¹
Stérilisation féminine	0,5		0,5	0	
DIU au cuivre	0,8	1,1 ¹	0,6	22	15 ¹
Injectable progestatif (Depoprovera)	6		0,3	44	
Pilule combinée oestroprogestative et pilule progestative seule	9	2,4	0,3	32	30
Patch contraceptif	9		0,3	32	
Anneau vaginal	9		0,3	32	
Diaphragme	12 ²		6 ²		
Préservatif masculin	15	3,3	2	47	53
Préservatif féminin	21		5	51	
Retrait	22	10	4	57	45
Éponge ³	24, 12 ⁴	22 ⁵	20, 9 ⁶	64	62 ⁵
Méthode de connaissance de l'ovulation (méthode naturelle)	25	8	0,4 – 5 ⁷	49	48
Spermicides	29	22 ⁵	18	58	62 ⁵
Cape cervicale	32, 16 ⁸		26, 9 ⁹		
Aucune méthode	85		85		

Notre rôle

Dédier une consultation pour prescrire ou renouveler une contraception

- Discuter de ce que connaît et souhaite la femme, le couple
- Connaître les contraintes (mode de vie, moyens financiers)
- Informer sur les différentes méthodes:
 - Donner des conseils pour une utilisation correcte
 - Informer sur les effets secondaires (prise de poids, acné, retour à la fertilité, impact sur les règles)
 - Expliquer comment gérer les oublis, les erreurs
- Evaluer les risques cardio-vasculaires et les contre-indications qui évoluent avec l'âge : interrogatoire + ex clinique (IMC, TA)

les œstro-progestatifs

- **Pilule** = 1/j, 1ère et 2ième génération remboursées à prescrire en 1ere intention (continue ou discontinue, Optilova[®], Leeloo[®], Trinordiol[®], Adepal[®] etc...)
- **Patch cutané** = 1/semaine, non remboursé (Evra[®])
- **Anneau vaginal** = 1/mois, non remboursé (Nuvaring[®])
- > Efficacité dépendante de l'observance
- S'assurer d'une bonne compréhension de la méthode et prescription de la pilule du lendemain
- Bilan biologique = CT, triglycérides et glycémie à 3mois puis tous les 5ans

Avant 35ans : **CI** en cas de migraine avec aura

si tabac = sur-risque de thrombose artérielle

Après 35ans : **CI** en cas de migraine avec ou sans aura

CI si tabac

Les œstro-progestatifs et la MTEV

- OP x par 2 à 6 fois le risque de MTEV mais le risque absolu de MTEV reste faible : **rapport bénéfice risque positif**
- Prendre en compte la différence de risque entre les OP (risque ↗↗ pour les pilules de 3ieme et 4ieme génération, patch et anneau)
- Antécédents personnels : **CI**
- Antécédents familiaux au 1^{er} degré survenu avant 50 et 60ans : OP non recommandés et dépistage à envisager au cas/cas
- > Evaluer les facteurs de risques individuels de chaque patiente et à chaque consultation

Pas de DEPISTAGE SYSTEMATIQUE de la THROMBOPHILIE

Les Progestatifs

- Méthode hormonale compatible avec tabac, obésité, migraine, atcd familiaux de MTEV
- **Pilule** : en continu, générique remboursé (Optimizette[®]Antigone[®])
- **Implant** (Nexplanon[®]): durée d'action 3ans (moins si obésité) remboursé, système actuel facilite les retraits et repérage radio
- (**Injectable** Dépo-prodasone[®] : /3mois, indication limitée)
- Informer sur les risques de spotting pour éviter les arrêts prématurés

Les dispositifs intra utérins

- Evaluer et écarter le risque infectieux (PCR chlamydiae et gonocoque)
- Efficacité très fiable et action longue
- Remboursé
- Au cuivre ou hormonal (Mirena[®])
- Chez la nullipare possibilité de DIU de petite taille
 - au cuivre : durée 5ans
 - au lévonorgestrel (Jaydess[®]) : durée 3ans
- Technique de pose **simple** mais qui nécessite d'être pratiquée

A proposer quelque soit l'âge, la parité et la gestité!!

Les méthodes barrières

(préservatif, diaphragme et cape cervicale, spermicide)

Seul le préservatif (masculin ou féminin) protège des MST

Taux d'échec élevé en utilisation courante

Nécessite la motivation des 2 partenaires

Les méthodes naturelles

(retrait, abstinence périodique, auto-observation)

Attention aux applications pour mobiles qui peuvent induire en erreur

Les méthodes de stérilisation

Irréversibles mais fiables

Délai de réflexion de 4 mois (loi 2001)

Chez la femme : insertion d'un dispositif intratubaire par hystéroscopie, ligature des trompes

Chez l'homme : vasectomie

L'adolescente

- Délivrance gratuite des pilules OP, progestatives, implant et DIU en pharmacie pour les 15-18ans
- PEC gratuite et confidentielle dans les centres de planification
- Pas de limitation pour le choix de la méthode contraceptive, en dehors de la stérilisation

La femme proche de la ménopause

- Grossesse toujours possible jusqu'à l'arrêt complet de l'ovulation
- Intérêt des méthodes non hormonales qui ne masquent pas les signes évocateurs de ménopause

Post-IVG

- Reprise **immédiate** de la fertilité
- **Méthodes hormonales** : le jour ou lendemain de l'IVG
- **DIU** : -IVG chirurgicale : immédiatement au décours de l'aspiration
-IVG médicamenteuse : le jour de la consultation de contrôle (si Bhcg négatif ou vacuité utérine à l'échographie)

Post-Partum

- Reprise de la fertilité **21jours** après l'accouchement
- **OP** : - 6 semaines après accouchement (risque TE ↑↑ avant)
- 6 mois si allaitement
- **Progestatifs**: à partir du 21^{ème} jour
- **DIU**: après 4 semaines

Conclusion

Une consultation pour :

- **Ecouter** les volontés de la patiente, du couple
- **Echanger** sur les connaissances des méthodes contraceptives
- **Dialoguer** pour aboutir à un choix personnalisé

Pas d'examen gynéco systématique

Prescription d'1 an pour les OP

- Site à consulter : <http://www.choisirsacontraception.fr>
Application pick pill

Merci de votre attention

Bibliographie

- Haute autorité de santé « État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adapté » Avril 2013.
- Haute autorité de santé « Contraception : prescription faites aux femmes » Juillet 2013 mise à jour janvier 2015
- Haute autorité de santé « Contraception chez la femme adulte en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG) » Juillet 2013 mise à jour janvier 2015
- Haute autorité de santé « Dépistage systématique de la thrombophilie avant une primo-prescription de contraception hormonale combinée » Janvier 2015.
- Haute autorité de santé « Contraception chez la femme à risque cardiovasculaire » Juillet 2013.
- Haute autorité de santé « Contraception chez l'adolescente » Juillet 2013 mise à jour janvier 2015.
- Haute autorité de santé « Contraception chez la femme en post-partum » Juillet 2013 mise à jour janvier 2015.
- Haute autorité de santé « Contraception chez la femme après une IVG » Juillet 2013 mise à jour janvier 2015.
- Prescrire Rédaction « Dispositifs intra-utérins alias stérilet, une alternative efficace à la contraception orale » *Rev prescrire* février 2009/tome 29 N°304 : 113-119