



Communauté Périnatale de l'Agglomération Versaillaise
Association Loi 1901 n° 0784014641
29 rue de Versailles - 78150 Le Chesnay
Tel : 01.39.43.12.04 – Fax : 01.39.43.13.58
E-mail : cpav@wanadoo.fr
Web: <http://www.nat78.com>

CONTRACEPTION

EN DEHORS

DU POST-PARTUM

Septembre 2008

PREAMBULE

A l'heure actuelle, où de nombreuses méthodes contraceptives existent sur le marché, le taux d'IVG continue de stagner en France.

Après une enquête de terrain réalisée dans l'agglomération versaillaise mettant en lumière le manque d'informations concernant la contraception exprimé par les femmes, la CPAV a décidé de s'engager dans une démarche d'amélioration de cette information.

SOMMAIRE

I- LES DIFFERENTES METHODES A DISPOSITION	p. 3
1. Méthodes naturelles	p.3
2. Méthodes locales	p.3
3. Dispositif intra-utérin	p.5
4. Contraception hormonale	p. 6
5. Contraception d'urgence	p.11
6. Stérilisation	p.12
II- CHOIX D'UNE CONTRACEPTION	p. 13
1. Patiente sans pathologie particulière	p.13
2. Contraception des cas particuliers	p.13
III- SURVEILLANCE D'UNE CONTRACEPTION	p. 19
IV- CONCLUSION	p. 19
V- REFERENCES	p. 19

I- LES DIFFERENTES METHODES A DISPOSITION

1-Méthodes naturelles

Le retrait et l'abstinence périodique sont des méthodes de régulation des naissances très anciennes.

a. Méthode du calendrier (Ogino) : repose sur l'observation de la durée des cycles pour prédire le premier et le dernier jour de la phase fertile des cycles à venir. C'est la moins efficace des techniques prévisionnelles.

b. Méthode des températures : Basée sur le principe de l'élévation thermique de 0,5°C en période lutéale par rapport à la phase folliculaire. Une élévation pendant 3 jours consécutifs signifie qu'il y a eu ovulation. Pour que la méthode soit efficace, il ne doit pas y avoir de rapport entre le premier jour des règles et au moins le 3ème jour consécutif inclus d'élévation thermique.

c. Méthode de la glaire cervicale (Billings) : basée sur l'observation de la glaire cervicale et de ses modifications au cours du cycle. Il ne doit pas y avoir de rapport en présence d'une glaire fertile et jusqu'au 3ème jour après sa disparition. En période pré-ovulatoire, il est conseillé de ne pas avoir de rapports plusieurs jours de suite pour détecter correctement les modifications de la glaire.

d. Combinaison des différentes méthodes : la combinaison d'au moins 2 de ces méthodes permet d'améliorer l'efficacité contraceptive car elle est plus fiable pour déterminer la phase fertile. L'abstinence doit commencer lorsque la première méthode détermine le début de la phase fertile et se terminer lorsque le dernier jour de la phase fertile est identifié.

Ces méthodes n'ont pas d'effet secondaire rapporté. Elles nécessitent une période d'apprentissage auprès des organismes de planification familiale. Elles ont l'avantage de leur coût nul mais sont à risque d'échec élevé en cas de non respect strict de la méthode, dépendant de la coopération des 2 partenaires.

Le retrait, outre son caractère frustrant, n'est pas une méthode efficace, des spermatozoïdes pouvant être émis avant éjaculation. Pour l'abstinence périodique, les taux d'échec rapportés vont de 2 à 30 % et se situent aux alentours de 3 % par an lorsque la méthode est appliquée de manière très rigoureuse. Les taux d'échec sont plus faibles lors de la phase post-ovulatoire du cycle. Cette méthode est à éviter chez les femmes dont la grossesse est à haut risque médical en raison du taux élevé d'échec.

2-Méthodes locales :

a. Mécaniques

Capot cervicale et diaphragme : peu utilisés ces dispositifs doivent systématiquement être associés à un spermicide. Il s'agit de dispositifs en caoutchouc ou en latex positionnés dans le vagin en avant du col utérin qu'ils recouvrent. Il en existe différentes tailles de 55 à 95 mm. Il faut laisser le dispositif en place entre 4 et 8 heures après le dernier rapport et ne pas le garder plus de 24 heures. En cas de rapports itératifs, il faut renouveler l'application de spermicides. Un diaphragme bien entretenu se conserve 1 an.

Préservatif féminin : un seul modèle existe en polyuréthane, déplié dans le vagin avant le rapport et retiré après le rapport.

Préservatif masculin : plusieurs modèles existent y compris des modèles en polyuréthane en cas d'allergie au latex. Ils sont la seule méthode contraceptive apportant une protection efficace contre les MST. Ils doivent être utilisés dès le début du rapport et retirés immédiatement après l'éjaculation. Leur efficacité contraceptive augmente s'ils sont utilisés en association à des spermicides. Ils ne doivent pas être associés à d'autres lubrifiant que les lubrifiants à base d'eau ou les spermicides. Le taux d'échec est inférieur à 5 % en cas d'utilisation correcte comme moyen de contraception, c'est à dire inférieur à la contraception hormonale ou au DIU, mais supérieur aux méthodes naturelles.

b. Chimiques (spermicides)

Utilisées seules ou en association avec les contraceptions locales mécaniques dont elles augmentent l'efficacité.

Les principes actifs peuvent être des agents surfactants, des bactéricides ou des agents acides. Leurs compositions expliquent les propriétés antibactériennes et antiseptiques leur conférant un rôle prophylactique dans certaines MST. Ils sont disponibles sous forme d'ovules, de crèmes ou de tampons (éponges).

Le délai de début d'efficacité après mise en place est d'une dizaine de minutes, variable selon le type de spermicide. La durée d'action varie de 2 à 10 heures selon les produits. Il est nécessaire de renouveler le spermicide en cas de rapports itératifs. Les irrigations vaginales sont proscrites pendant au moins 1 heure et jusqu'à 8 heures selon le produit utilisé. Ils sont incompatibles avec les savons anioniques. Les spermicides au nonoxynol 9 sont contre-indiqués chez les femmes qui allaitent.

Les tampons spermicides (éponges) ont en outre une action théorique d'occlusion de l'orifice cervical externe. Leur efficacité est immédiate et dure 24 heures quel que soit le nombre de rapports sexuels. Un délai de 2 heures doit être respecté entre le dernier rapport et le retrait de l'éponge. Comme pour les crèmes et ovules, toute irrigation vaginale est proscrite, de même que l'utilisation de savons anioniques.

L'indice de Pearl des spermicides est aux alentours de 3,5 chez les femmes utilisant correctement la méthode. (Indice de Pearl : L'efficacité d'une méthode contraceptive est en général mesurée dans les études à l'aide de l'indice de Pearl (IP) : il s'agit du nombre de grossesses enregistrées pour 100 années femmes, c'est-à-dire si 100 femmes utilisent ce mode de contraception pendant une année, ce qui correspond à 1300 cycles. En principe, l'IP est souvent inférieur à 0,5 pour les pilules OP, si l'utilisation est adéquate).

Leur taux d'utilisation est aux alentours de 2 % chez les femmes de plus de 30 ans dans une étude que nous avons menée dans l'agglomération versaillaise.

3-Dispositif intra-utérin (DIU ou stérilet)

Le terme de stérilet est plus connu. Sa connotation péjorative (évoquant la stérilité chez certaines femmes) devrait lui faire préférer le terme de dispositif intra utérin.

Il s'agit de la première méthode de contraception réversible utilisée dans le monde. Il s'agit en France du second mode de contraception le plus utilisé après la pilule.

Dans l'étude que nous avons menée dans l'agglomération versaillaise, le DIU représentait le second moyen de contraception utilisé, après la pilule, avec 12% d'utilisatrice sur l'ensemble de la population et environ 30 % chez les femmes de plus de 35 ans.

Il en existe 2 types, au cuivre et hormonal (progestérone).

Ils agissent d'une part par altération de l'endomètre en le rendant impropre à la nidation et par action directe nocive sur le blastocyste, et d'autre part, hypothèse plus récente, par altération des spermatozoïdes et peut-être de l'ovule empêchant ainsi la fécondation.

Ils auraient donc un double effet abortif et contraceptif.

Ils sont contre-indiqués en cas de grossesse, d'infection pelvienne récente ou récidivante, de malformation utérine, d'hémorragie génitale non diagnostiquée, de myomes sous muqueux (sauf cas particuliers), de cancer génital, de valvulopathies à risque d'endocardite, de traitements immunosuppresseurs, de troubles de l'hémostase spontanés ou induits par des traitements anti-coagulants.

Il existe une contre-indication relative en cas d'antécédent de GEU, de haut risque de salpingite, de troubles de l'hémostase et d'anémie (si DIU au cuivre).

La nulliparité n'est plus une contre-indication des DIU, des modèles adaptés aux nullipares existent maintenant sur le marché. Il faudra toutefois éviter de poser un DIU chez une nullipare ayant de forts risques d'infection génitale haute.

Le DIU est une contraception très utile chez la nullipare ne pouvant recourir à la pilule (par exemple chez une femme ayant un partenaire régulier, après un cancer du sein). En revanche, ils sont à déconseiller chez les très jeunes filles nullipares qui n'ont pas une vie affective stable, et un risque plus élevé d'infection génitale haute.

La pose peut se faire à n'importe quel jour du cycle (attention au risque de grossesse méconnue en cas de pose en seconde partie de cycle), mais semble préférable en fin de règles afin de profiter de l'ouverture physiologique du col utérin. La pose peut se faire en urgence juste après un rapport, et dans les 6 jours suivant ce rapport dans le cas d'une contraception d'urgence en alternative à la contraception hormonale d'urgence. La prémédication n'est pas indispensable, mais peut être utile chez des patientes anxieuses ou vagotoniques.

L'insertion se fait après une désinfection soigneuse des voies génitales puis une hystérométrie qui permet d'apprécier la perméabilité cervicale, la taille de la cavité et la direction de l'utérus. L'introduction de l'hystéromètre doit se faire en douceur et sans forcer pour éviter les risques de fausse route qui conduiraient à une perforation utérine et à une pause du DIU en mauvaise position. La technique de pose du DIU en lui-même varie selon les modèles et, sauf cas particulier, il faudra préférer un DIU dont on a l'habitude.

La durée d'efficacité est de 3 à 5 ans selon les modèles. Le taux de grossesses accidentelles est de 0,1 à 1,5%, avec un avantage certain pour le DIU au lévonorgestrel.

Les DIU au lévonorgestrel sont particulièrement intéressants en cas de ménorragies, anémie, dysménorrhées, hyperplasie endométriale sans atypies, adénomyose,

endométriose. Une consultation de contrôle vérifiant la bonne position du DIU et sa tolérance est réalisée un mois après la pose.

Les complications des DIU sont :

- Les grossesses intra-utérines accidentelles (*procéder au retrait du DU dès que le diagnostic de grossesse intra utérine est posé, tant que les fils sont encore visibles en raison du risque infectieux, en prévenant la patiente du risque de fausse couche*),
- Les GEU auxquelles il faudra systématiquement penser en cas de douleurs pelvienne et/ou aménorrhée et/ou métrorragies chez une femme porteuse de DIU,
- Les perforations utérines liées le plus souvent à un défaut technique lors de la pose et nécessitant de réaliser la pose avec douceur et sans jamais forcer,
- Et enfin les complications infectieuses pouvant aller de l'endométrite à la pelvipéritonite voire à la grande péritonite. Ce risque est surtout lié au mode de vie sexuel de la femme mais peut également être dû à un défaut d'asepsie lors de la pose.

Le retrait est idéalement effectué pendant les règles ou juste après. Il est simple et généralement indolore lorsque les fils sont visibles. Il peut être difficile si les fils ne sont pas visibles et il faudra alors s'aider d'un système de récupération des fils (Retrievette, canule de Novak, pince de Bengolea) ou, en cas d'échec, d'une hystérocopie après avoir vérifié la position du DIU par échographie.

4-Contraception hormonale

a. Orale oestro-progestative

Il s'agit de la principale méthode de contraception utilisée par les femmes en France. Dans l'enquête que nous avons réalisée sur l'agglomération versaillaise, elle était utilisée par 32 % de l'ensemble de la population, avec une diminution progressive du nombre d'utilisatrices lorsque l'âge avançait.

Son efficacité repose sur 3 effets :

- Effet antigonadotrope par inhibition de l'axe hypothalamo-hypophysaire,
- Effet anti-glaire lié au progestatif rendant la glaire peu abondante et épaisse,
- Effet antinidatoire lié au progestatif entraînant une atrophie endométriale et pouvant être responsable des troubles du cycle.

Il existe sur le marché de nombreuses pilules oestro-progestatives dont la teneur en œstrogène (ethinyl-oestradiol) varie de 50 (normodosé) à 15 µg (minidosé de 40 à 15 µg) et dont le type de progestatif peut également varier (1ère, 2nde et 3ème génération utilisant des progestatifs de moins en moins androgéniques et plus antigonadotropes ayant permis de réduire les doses d'EE). L'objectif des industriels étant de tendre vers une pilule la moins dosée possible en principe actif pour avoir l'efficacité contraceptive, et la mieux tolérée possible.

Le profil de tolérance est variable d'une utilisatrice à une autre. Il existe des présentations dont le taux d'œstrogènes est constant au cours du cycle (monophasiques) et d'autres dont le taux d'œstrogènes varie au cours du cycle (bi ou triphasiques). Il existe des formes dites séquentielles (œstrogène seul pendant 7 à 15 jours puis

association oestro-progestative) et des formes dites combinées (association oestro-progestative tout au long du cycle. Enfin il existe des présentations à 21 comprimés impliquant un arrêt de 7 jours pendant lesquels survient l'hémorragie de privation, et d'autres à 28 comprimés dont les derniers comprimés ne contiennent pas de principe actif afin de favoriser l'observance.

En plus de leur action contraceptive, les pilules oestro-progestatives peuvent être utilisées afin de traiter des symptômes de type dysménorrhées, acné, hirsutisme, troubles du cycle, kystes fonctionnels de l'ovaire. Elles ont en outre un effet protecteur contre le cancer de l'ovaire, le cancer de l'endomètre et les infections génitales hautes.

La pilule oestro-progestative peut être responsable d'effets secondaires mineurs : prise de poids (2 à 3 Kg en moyenne), métrorragies (en général avec les pilules très minidosées), douleurs pelviennes rares (dystrophie ovarienne si l'effet antigonadotrope est insuffisant), mastodynies (EP minidosées ou fortement dosées en oestrogènes par déséquilibre hormonal responsable d'un climat d'hyper-oestrogénie), aménorrhée (éliminer une grossesse avant d'incriminer une atrophie endométriale importante), aménorrhée post-pilule, céphalées (attention si elles sont rebelles et/ou intenses, pouvant être précurseur d'un AVC surtout en cas de risque vasculaire familial ou personnel), altération de la libido, sécheresse vaginale, troubles de l'humeur. Ces effets indésirables mineurs peuvent conduire à un arrêt de la pilule. Ils doivent inciter à un changement d'oestro-progestatif pour trouver la pilule adaptée à la patiente ou bien à changer de contraception.

La pilule oestro-progestative peut aussi être responsable d'effets secondaires graves : accidents thrombo-emboliques artériels et veineux qui sont la complication la plus redoutable - favorisée par les anomalies préexistantes de l'hémostase et le tabac - , les troubles du métabolisme lipidique et glucidique et des perturbations du bilan hépatique ainsi que des lithiases biliaires.

Ainsi, les oestro-progestatifs sont-ils contre-indiqués formellement en cas d'antécédents d'accidents vasculaires veineux ou artériels, d'HTA, de coronaropathie, de valvulopathie, de trouble du rythme cardiaque emboligène, de pathologie oculaire d'origine vasculaire, de diabète compliqué, de tumeur maligne du sein et de l'utérus, d'affection hépatique sévère, de tumeur hypophysaire, d'hémorragie génitale non diagnostiquée, de tabagisme (plus de 20 cigarettes par jour après 35 ans, plus de 40 cigarettes par jour avant 35 ans), de migraines avec aura, d'alitement prolongé.

Ils ont une contre-indication relative en cas de tabagisme modéré, de diabète non compliqué, d'obésité, de dyslipidémie, de tumeur bénigne du sein, d'insuffisance rénale, de cholestase gravidique récurrente, d'herpes gestationis, d'allaitement, d'association avec les inducteurs enzymatiques (diminution de l'efficacité contraceptive), d'HTA labile.

Classiquement la pilule oestro-progestative est commencée le premier jour des règles et un arrêt de 7 jours est observé à la fin de la plaquette dans les formes à 21 comprimés, pendant lequel survient une hémorragie de privation. Il faut prévenir les patientes de ne pas arrêter la prise de pilule en cas de saignement au cours du cycle et les informer de la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule.

Il existe de nombreux moyens mnémotechniques pour essayer de favoriser l'observance. Les formes à 28 comprimés ont été développées pour essayer de favoriser l'observance surtout au moment de la prise de la nouvelle plaquette. Il est en fait possible de débiter la pilule oestro-progestative à n'importe quel moment du cycle (quick start) sans attendre les règles suivantes. Il faudra respecter un délai de 7 jours pour obtenir

l'efficacité contraceptive, délai au cours duquel il faudra utiliser une autre contraception efficace de type mécanique ou chimique.

La contraception sans règles ou avec des règles très espacées est possible et souhaitable dans certaines pathologies comme l'endométriose. Il suffit d'enchaîner les plaquettes de pilule monophasiques, ou les anneaux contraceptifs, ou les patches.

De nouvelles présentations de pilules avec des règles tous les 3 à 6 mois arrivent sur le marché.

Conduite à tenir en cas d'oubli :

- en cas d'oubli de moins de 12 heures, rassurer la patiente, prendre le comprimé oublié et poursuivre la plaquette comme d'habitude
- en cas d'oubli de plus de 12 heures, prendre la dernière pilule oubliée sans se préoccuper des autres pilules oubliées si oubli de plusieurs comprimés puis continuer comme d'habitude en prenant en plus une contraception efficace locale (préservatif ou spermicide) pendant les 7 jours suivants. S'il reste plus de 7 comprimés dans la plaquette après les pilules oubliées, à la fin de la plaquette respecter la période de 7 jours sans pilule comme d'habitude. S'il reste moins de 7 comprimés dans la plaquette après les pilules oubliées, à la fin de la plaquette enchaîner directement la plaquette suivante sans respecter la période d'arrêt de 7 jours habituelle. Prendre éventuellement une contraception d'urgence si un rapport a eu lieu pendant la période d'oubli.

b. Orale macroprogestative

Les progestatifs n'ont pour la plupart pas d'AMM en contraception mais sont régulièrement utilisés comme contraception dans des indications thérapeutiques particulières en permettant de traiter certains symptômes.

Pour avoir un effet contraceptif, les progestatifs macrodosés doivent être administrés au moins 20 jours par mois, le plus souvent du 5ème au 25ème jour du cycle. Leur effet contraceptif repose sur une triple action antigonadotrope, anti-glaire et atrophie endométriale.

Certains ont une action anti-androgénique, d'autres ont au contraire une action androgénique.

Ils sont particulièrement intéressants dans certaines pathologies gynécologiques organiques ou fonctionnelles : endométriose, ménorragies, insuffisance lutéale, mastodynies, acné pour les progestatifs anti-androgéniques (acétate de cyprotérone).

Ils sont contre-indiqués en cas d'antécédents de maladie thrombo-embolique, d'hémorragie génitale non étiquetée, d'altérations graves des fonctions hépatiques, de tumeur maligne du sein et de l'endomètre, d'ictères chroniques héréditaires, de cholestase gravidique.

c. Orale microprogestative

Plusieurs microprogestatifs ont l'AMM en contraception. La plupart ont une action anti-glaire et une action sur l'endomètre qui devient impropre à la nidation. Un seul (le désogestrel, Cerazette) bloque l'ovulation.

La majorité de ces contraceptions microprogestatives ne tolèrent pas d'oubli de plus de 3 heures (à l'exception du désogestrel qui tolère un oubli jusqu'à 12 heures). Elles doivent être prises en continu sans arrêt entre 2 plaquettes. Il faut respecter les associations médicamenteuses et ne pas les associer à des médicaments inducteurs enzymatiques. Elles sont fréquemment responsables de troubles du cycle de type irrégularités menstruelles ou spotting. Elles peuvent parfois entraîner une aménorrhée.

C'est la contraception de choix dans le post-partum chez les femmes qui allaitent.

C'est également la contraception de choix dans certaines pathologies, en particulier chez les patientes à risque vasculaire (obésité, diabète, HTA, antécédents de phlébites, dyslipidémies, lupus, tabagisme, thrombophilie, certaines cardiopathies).

Elles sont contre-indiquées en cas d'altération grave des fonctions hépatiques, et de tumeur maligne du sein ou de l'endomètre.

La contraception progestative (macro et microprogestatifs) était utilisée par 12 % des patientes dans l'étude que nous avons menée dans l'agglomération versaillaise.

d. Injectable

Très peu utilisée en France, cette méthode nécessite l'injection régulière par voie intramusculaire d'un progestatif dit retard.

Deux molécules sont actuellement disponibles sur le marché, l'une devant être injectée tous les 2 mois (noréthistérone oenanthate, NORISTERAT), l'autre tous les 3 mois (médroxyprogestérone acétate, DEPO-PROVERA). La première injection se fait entre le 1er et le 5ème jour d'un cycle.

Ces progestatifs entraînent fréquemment des modifications du cycle (spotting, aménorrhée). Ils sont aussi efficaces que les contraceptions hormonales oestro-progestatives.

Le frein à leur utilisation réside essentiellement dans la contrainte de périodicité des injections. Ils n'étaient pas utilisés dans l'étude que nous avons réalisée dans l'agglomération versaillaise. Cependant certaines femmes dans cette étude étaient demandeuses de ce type de contraception.

e. Transdermique

Une seule contraception par voie transdermique existe à l'heure actuelle sur le marché. Il s'agit d'un patch oestro-progestatif (Evra) qui délivre quotidiennement 20 µg d'EE et 150 µg de norelgestromine.

Le schéma thérapeutique consiste en l'application d'un patch par semaine pendant 3 semaines, puis une semaine d'arrêt, et reprise d'un nouveau cycle. La colle du patch est thermosensible et nécessite une durée initiale d'application d'au moins 30 secondes à 1 minute pour que le patch soit bien collé. Le risque de décollement est de 2 à 3 % et il présente l'inconvénient d'être visible selon la zone d'application, ce qui peut gêner certaines femmes.

Il a l'avantage de favoriser l'observance en limitant le risque d'oubli. Ses effets secondaires et contre-indications sont sensiblement les mêmes que ceux des pilules

contraceptives oestro-progestatives bien que sa tolérance apparaisse meilleure du fait de l'absence de premier passage hépatique et d'un taux plasmatique relativement constant.

Il était utilisé par 0,5 % des femmes dans notre étude dans l'agglomération versaillaise.

f. Vaginale

Il s'agit d'un anneau souple disposé dans le vagin qui délivre quotidiennement 15 µg d'EE et 120 µg d'étonorgestrel.

Il faut laisser l'anneau en place pendant 3 semaines, le retirer une semaine, puis mettre en place un nouvel anneau pour un nouveau cycle.

Il est rarement gênant lors des rapports sexuels. Il a l'intérêt de favoriser l'observance et d'être mieux toléré que les pilules oestro-progestatives en raison de taux plasmatique constant.

Ses effets secondaires et contre-indications sont les mêmes que pour les pilules oestro-progestatives.

Il était utilisé par 2 % des femmes dans notre étude sur l'agglomération versaillaise.

g. Sous-cutanée

Il s'agit de l'implant contraceptif à l'étonorgestrel, seul dispositif actuellement disponible sur le marché. Il est remboursé à 65 %.

C'est un petit bâtonnet de 4 cm de long et 2 mm de section, qui est posé dans le tissu sous-cutané du bras non dominant à la face interne, en dedans du tendon du biceps. Sa pose est simple mais doit être rigoureuse pour que l'implant ne soit pas posé trop profondément, ce qui entraînerait des difficultés de retrait. Il est laissé en place pour 3 ans (un peu moins chez les obèses).

Il délivre un taux constant d'étonorgestrel, permettant d'avoir une inhibition de l'ovulation, une action anti-glaire et une action sur l'endomètre. Il a l'avantage de favoriser l'observance en éliminant le risque d'oubli. Son efficacité contraceptive est proche de 100 % si la pose a été correcte.

Ses contre-indications sont les mêmes que celles des autres microprogestatifs. Ses indications sont les mêmes que celles des microprogestatifs et il est également indiqué pour les patientes « oublieuses » de contraception orale ou souhaitant une contraception de longue durée mais refusant ou ayant une contre-indication au DIU.

Ses principaux effets secondaires sont des troubles du cycle dans près de 60 % des cas (aménorrhée, spotting), qui peuvent conduire à l'ablation du dispositif et dont il faut bien informer les femmes, et parfois une hyper androgénie (acné, hirsutisme).

Le retrait est simple si l'implant est bien palpable sous la peau. Il peut être difficile si l'implant n'est pas palpable. Il faudra dans ce cas faire au préalable un repérage par échographie (parfois IRM lorsque l'échographie est tenue en échec) et ne pas hésiter à faire appel à un médecin ayant l'expérience des retraits difficiles (coordonnées disponibles auprès du laboratoire).

Dans notre étude sur l'agglomération versaillaise, l'implant était utilisé par 5 % des femmes.

5-Contraception d'urgence

La contraception d'urgence, ou post-coïtale, ou pilule du lendemain, est l'ensemble des moyens de contraception utilisables après un rapport sexuel non protégé.

Correctement utilisée, elle peut éviter 75 % des grossesses non désirées mais de nombreuses femmes sont mal informées sur cette contraception.

Elle représentait 1 % des moyens de contraception utilisés dans notre enquête dans l'agglomération versaillaise.

Elle fait appel soit à des méthodes hormonales, soit au DIU.

- **Méthodes hormonales :**

- Oestroprogestatifs : la méthode dite Yuzpe consiste en une première prise de 2 comprimés de Stédiril (pilule contenant 50 µg d'éthinyl-estradiol et 250 µg de lévonorgestrel) le plus tôt possible après le rapport non protégé et au plus tard 72 heures après suivie d'une seconde prise de 2 comprimés de Stédiril 12 heures plus tard.

En cas de vomissements survenant dans l'heure qui suit la prise des 2 comprimés de Stédiril, en prendre 2 autres. Un anti-émétique peut être associé pour éviter les nausées, la tolérance digestive de cette méthode étant moyenne. Cette méthode est peu onéreuse mais nécessite une prescription médicale. Il est également possible d'utiliser 2 fois 4 comprimés de Minidril ou 2 fois 4 comprimés jaunes de Trinordiol.

Un conditionnement fait pour la contraception d'urgence est disponible contenant juste la dose de Stédiril nécessaire. Plus cette contraception d'urgence est prise tard après le rapport, moins elle est efficace. S'abstenir de rapports ou utiliser un moyen de contraception efficace jusqu'au règles suivantes qui surviennent à la date prévue ou plus tôt. En cas de retard de règles, réaliser impérativement un test de grossesse pour vérifier qu'il ne s'agit pas d'un début de grossesse.

- Progestatifs : utilisation de lévonorgestrel à la dose de 1,5 mg en une seule prise.

Le Norlevo est disponible sans prescription médicale en pharmacie. La posologie est d'un comprimé le plus tôt possible et au plus tard 72 heures après le rapport non protégé. En cas de vomissement dans les 3 heures suivant la prise du comprimé, la prise doit être renouvelée.

La tolérance digestive est meilleure que pour la méthode oestro-progestative et elle ne pose pas de problème en cas de troubles de l'hémostase thrombogènes qui sont une contre-indication aux oestrogènes.

- **Méthode mécanique : dispositif intra-utérin.**

Le DIU post-coïtal a une efficacité de presque 100 %. Il est peu utilisé en contraception d'urgence surtout en raison de l'âge et du profil des patientes ayant recours à la contraception d'urgence. En cas de retard de règles il conviendra de vérifier l'absence de grossesse.

6-Stérilisation

a. Féminine : Question détaillée dans le protocole ci-dessous
http://www.medical78.com/nat_protocole_sterilisation.pdf

b. Masculine

Il n'existe pas actuellement de traitement hormonal efficace entraînant une azoospermie.

Les limitations de procréation chez l'homme reposent donc sur le retrait dont on connaît la mauvaise efficacité, le préservatif masculin et la vasectomie ou section des canaux déférents.

La vasectomie est une intervention chirurgicale simple dont les risques de complications sont faibles, et pouvant être réalisée sous anesthésie locale, locorégionale ou générale.

De nombreuses techniques de vasectomie existent. L'efficacité est obtenue après une vidange complète des spermatozoïdes des voies spermatiques et peut demander plusieurs éjaculations. L'azoospermie devrait être contrôlée par un spermogramme avant d'autoriser la reprise de rapports sans contraception efficace.

Les échecs surviennent dans 0,5 à 1,5 % des cas soit en raison de l'absence de contrôle de l'efficacité par un spermogramme, soit par reperméabilisation qui peut se voir quelle que soit la technique utilisée.

Il s'agit d'une méthode peu utilisée en France.

II- CHOIX D'UNE CONTRACEPTION

Le choix de la contraception doit reposer sur les souhaits de la femme et non sur le point de vue du médecin.

Il convient d'exposer clairement et loyalement les différents moyens de contraception à disposition afin que chaque femme puisse choisir la contraception la plus adaptée à son mode de vie et à ses pathologies éventuelle.

Dans l'étude que nous avons réalisée sur l'agglomération versaillaise, 30 % des femmes considéraient que le choix de leur contraception leur avait été imposé par leur médecin et 25 % des femmes se déclaraient mal informées sur la contraception ce qui n'est pas acceptable quand on sait que l'observance dépend très largement de l'adhésion de la femme à son mode de contraception.

Il est également important de bien renseigner les femmes sur les effets secondaires et les bénéfiques à attendre d'une contraception.

1-Contraception chez une patiente sans pathologie particulière

Partant des constatations énumérées ci-dessus, une patiente n'ayant pas de problème médical particulier, ni de contre indication à un moyen spécifique de contraception, peut se voir proposer tous les moyens de contraception énumérés plus haut, et c'est elle qui devra faire son choix après une information éclairée et loyale.

Cela signifie qu'une consultation de prescription de contraception ne peut pas durer moins de 15 à 20 minutes pour pouvoir exposer les différentes modalités, bénéfiques et effets secondaires à attendre, ainsi que la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule chez les femmes souhaitant une contraception orale.

Il est intéressant de noter que les femmes déclaraient vouloir des contraceptions à longue durée d'action pour s'affranchir de la prise quotidienne de la pilule mais que ces mêmes contraceptions (implant, anneau vaginal et patch contraceptif) ne représentaient que 8,5 % des contraceptions effectivement utilisées (en dehors du DIU utilisé par 12 % des femmes). Il y a donc pour les prescripteurs probablement un peu de travail à fournir dans l'information délivrée aux femmes.

2-Contraception des cas particuliers

Comme dans la situation précédente, la femme doit se voir exposer les différentes possibilités de contraceptions adaptées à son cas particulier et liées à ses pathologies.

Il y a en effet rarement un seul moyen de contraception possible pour une patiente donnée. A la femme ensuite de choisir la contraception qui lui conviendra le mieux.

a. Adolescente et adulte jeune

C'est la période des premiers rapports et du changement plus fréquent de partenaire pour la majorité des cas.

Il s'agit également d'une période où les femmes sont très fertiles. Il est important que la jeune femme adhère à son mode de contraception et qu'elle soit informée sur les MST, leur transmission et les moyens de prévention.

C'est également la période au cours de laquelle l'observance est la moins bonne.

Les méthodes apparaissant les moins adaptées à ces femmes sont les DIU, les méthodes naturelles et les méthodes mécaniques vaginales.

Tous les autres moyens de contraception conviennent bien à ces femmes jeunes.

Il est important de conseiller l'usage des préservatifs à celles souhaitant une autre contraception afin d'une part d'améliorer l'efficacité en cas d'oubli de pilule et d'autre part de protéger des MST. Le préservatif reste la seule méthode efficace de protection contre les MST. Il faudra bien entendu s'assurer de l'absence de contre-indication spécifique par un interrogatoire orienté.

L'implant peut-être une bonne alternative chez les « oublieuses » et les jeunes femmes ayant recours à plusieurs IVG. Il faut également informer ces femmes sur la contraception d'urgence et ses limites.

b. Femmes de plus de 35 ans

Cette période est marquée par une diminution de la fertilité.

Il ne faut cependant pas négliger l'effet d'une grossesse non désirée chez ces femmes.

C'est également l'âge où apparaissent plus volontiers les troubles fonctionnels gynécologiques (insuffisance lutéale, ménorragies) et les troubles métaboliques.

La pilule oestro-progestative devrait être évitée chez ces patientes en raison essentiellement des risques cardio-vasculaires et métaboliques. Elle n'est toutefois plus contre-indiquée chez les femmes de plus de 40ans n'ayant pas de facteur de risque vasculaire si elles avaient déjà ce type de contraception auparavant. Il faut s'orienter dans ce cas vers les pilules les moins dosées en EE.

En revanche, il n'est pas souhaitable de débiter ce type de contraception après 40 ans en instauration de traitement (en relais d'un DIU par exemple). Ces pilules doivent être proscrites chez les fumeuses de plus de 35 ans.

Les autres moyens de contraception sont utilisables en les informant bien de la mauvaise efficacité des contraceptions naturelles. Les méthodes apparaissant les plus adaptées sont le DIU, la pilule macroprogestative en cas de troubles du cycle ou de syndrome prémenstruel ou encore la stérilisation tubaire.

c. Pathologie vasculaire

- Thromboses artérielles et veineuses, Thrombophilie : contre indication formelle des oestro-progestatifs et des macroprogestatifs. Les microprogestatifs sont autorisés quelle que soit leur forme (sauf en cas d'accident thrombo-embolique veineux évolutif). Les autres méthodes ne posent pas de problème.
- IDM ou AVC : contre-indication absolue des contraceptions hormonales. Les autres méthodes sont autorisées.
- HTA : contre-indication des oestro-progestatifs. Les progestatifs sont autorisés après normalisation des chiffres tensionnels. L'HTA gravidique n'est pas une contre-indication aux oestro-progestatifs si les chiffres tensionnels sont normalisés en post-partum, mais elle impose une surveillance tensionnelle étroite.
- Tabagisme : les oestro-progestatifs sont contre-indiqués après 35 ans chez les fumeuses quel que soit le nombre de cigarettes. Avant 35 ans, cette contre-indication est relative et il faut préférer un microprogestatif ou une autre contraception en raison du risque vasculaire qui n'est jamais nul quel que soit le nombre de cigarettes. En cas de facteur de risque vasculaire associé chez une fumeuse, les oestro-progestatifs sont formellement contre-indiqués quel que soit l'âge et le nombre de cigarettes.
- Migraines : en cas de migraines simples et en l'absence de facteurs de risque vasculaires associés, et avant 35 ans, les oestro-progestatifs ne sont pas contre-indiqués.

En cas de majoration de la fréquence et de l'intensité des crises ils devront être arrêtés. Il faut choisir la plus petite dose possible d'oestrogènes en tenant compte de la tolérance.

En cas de facteurs de risque vasculaire associé, les oestro-progestatifs sont contre-indiqués.

En cas de migraine cataméniale, les oestro-progestatifs sont autorisés et peuvent nettement améliorer les symptômes. Ils peuvent dans ce cas être utilisés en continu c'est à dire sans la fenêtre de 7 jours.

En cas de migraine avec aura, les oestro-progestatifs sont formellement contre-indiqués. Les contraceptions progestatives pures sont cependant autorisées.

Chez toutes les migraineuses, les autres méthodes de contraception sont autorisées.

d. Obésité

L'obésité augmente les risques vasculaires et thrombotiques.

Le surpoids serait responsable d'une diminution relative de l'efficacité des oestro-progestatifs et de l'implant (qui doit être retiré plus tôt chez les femmes obèses que dans la population générale).

Les progestatifs peuvent avoir un effet délétère sur le poids.

En cas de chirurgie de l'obésité (by-pass ou anneau gastrique), il convient de se poser la question de l'absorption d'une contraception orale. Les méthodes mécaniques ou les DIU sont probablement les meilleures solutions.

e. Dyslipidémies

En cas d'hypertriglycéridémie, les oestro-progestatifs sont contre-indiqués et il faut recourir à des contraceptions non hormonales ou aux microprogestatifs ou aux progestatifs purs non androgéniques.

En cas d'hypercholestérolémie, les oestro-progestatifs sont contre-indiqués ainsi que les progestatifs androgéniques. Les autres méthodes sont autorisées.

f. Diabète

En cas de diabète de type 1, chez les femmes jeunes et si le diabète est bien équilibré, il n'y a pas de contre-indication absolue aux oestro-progestatifs sous couvert de l'utilisation de pilules minidosées et d'une surveillance clinico-biologique rigoureuse.

Dans les autres cas, et en cas de diabète de type 2, les oestro-progestatifs sont contre-indiqués. Les autres contraceptions hormonales et non hormonales sont autorisées.

g. Pathologies neurologiques

- Epilepsie : éviter les oestro-progestatifs minidosés et les microprogestatifs en association avec des traitements inducteurs enzymatiques (barbituriques, phénitoïne, carbamazépine, felbamate, topiramate, vigabatrine) en raison d'une diminution de l'efficacité du contraceptif. En cas de prescription d'oestro-progestatifs, choisir une pilule normodosée. Les autres contraceptions ne posent pas de problème.
- Tumeurs cérébrales : 30 % des méningiomes et les rares hémangioblastomes possèdent des récepteurs à la progestérone. Dans ce cas, toutes les contraceptions contenant de la progestérone, y compris le DIU au lévonorgestrel, sont formellement contre-indiquées.
- Sclérose en plaque : pas de contre-indication spécifique des contraceptions hormonales.
- Adénome à prolactine : en cas de micro adénome, les pilules oestro-progestatives minidosées sont autorisées. En cas de macro adénome, il faut surveiller étroitement l'impact de la pilule oestro-progestative sur l'adénome par IRM. Le taux de prolactinémie sera également étroitement surveillé. Les autres contraceptions ne posent pas de problème particulier.

h. Cardiopathies

Les risques de la contraception doivent être mis en balance chez ces patientes avec le risque de poussée de maladie cardiaque en cas de grossesse.

Si la cardiopathie est bien tolérée, le choix peut se porter vers les microprogestatifs, les macroprogestatifs ou les contraceptions locales.

Le DIU est contre-indiqué en cas de cardiopathie à risque d'endocardite (valvulopathies, CIV, canal artériel persistant) et de traitement anticoagulant.

Si la cardiopathie est mal supportée les microprogestatifs et les macro-progestatifs (sauf norstéroïdes) restent autorisés. Les oestro-progestatifs peuvent être autorisés à faible dose en cas de prolapsus mitral bénin, RM et IA mineurs, ES auriculaires, troubles de la conduction, péricardite aiguë.

La stérilisation tubaire peut également représenter une méthode de choix chez les femmes ne désirant plus de grossesse. A noter que le dispositif Essure est autorisé chez ces patientes sous couvert d'une prophylaxie de l'endocardite en cas de valvulopathie.

i. Insuffisance rénale

Le DIU est contre-indiqué chez les patientes sous traitement immunosuppresseur.

Les oestro-progestatifs sont contre-indiqués en raison des troubles métaboliques induits.

Les autres contraceptions sont autorisées.

j. Connectivites

Les oestro-progestatifs sont contre-indiqués en cas de lupus, de syndrome des anti-phospholipides et de périartérite noueuse.

Ils ne sont pas contre-indiqués dans la polyarthrite rhumatoïde.

Le DIU est contre indiqué en cas de traitement immunosuppresseur fréquemment utilisé dans ces pathologies.

Les autres contraceptions sont autorisées.

k. Pathologies utérines bénignes

- Fibrome : les contraceptions hormonales ne modifient pas le volume des myomes mais peuvent réduire le flux menstruel. Le DIU au lévonorgestrel est également une alternative de choix mais en cas de myome sous muqueux de type 1 ou 0 (c'est-à-dire des myomes ayant une composante intra cavitaires de plus de 50 %) il est souhaitable de réaliser une résection du myome avant la pose du DIU.
- Adénomyose : la contraception idéale est celle assurant l'aménorrhée. Les contraceptions de choix dans ce cas sont les macroprogestatifs en continu et le DIU au lévonorgestrel mais les autres contraceptions ne sont pas contre-indiquées.
- Hyperplasie endométriale simple : la contraception de choix repose sur le DIU au lévonorgestrel et les macroprogestatifs.

I. Pathologies mammaires

- Pathologies bénignes : les fibroadénomes ne sont pas une contre-indication aux oestro-progestatifs. Les mastopathies fibrokystiques sans atypies et non proliférantes sont améliorées par les oestro-progestatifs. Par contre, les mastopathies à risque de cancer du sein (mastopathies à gros kyste, les mastopathies prolifératives et avec atypies, les papillomes multiples) contre-indiquent les contraceptions hormonales.
- Cancer du sein : les oestro-progestatifs sont formellement contre-indiqués. Le choix de la contraception doit tenir compte de l'âge, des traitements associés et de la possibilité de ménopause induite par les traitements. Le DIU au cuivre et la stérilisation tubaire sont les méthodes de choix.

m. Endométriose

L'objectif chez ces patientes est d'obtenir si possible une aménorrhée.

Les méthodes de choix sont les progestatifs, les oestro-progestatifs en continu et le DIU au lévonorgestrel. Cependant, aucune contraception n'est formellement contre-indiquée chez ces patientes.

n. Séropositivité VIH

Les traitements antirétroviraux peuvent avoir des effets métaboliques et des effets d'induction enzymatique. Par ailleurs, certains augmentant les taux plasmatiques d'EE.

La contraception par pilule oestro-progestative est donc à évaluer au cas par cas en fonction du traitement de la patiente.

Le DIU augmente les risques infectieux pelviens chez ces patientes, y compris lorsque l'immunité n'est pas altérée.

Dans tous les cas, quelle que soit la méthode de contraception choisie, les préservatifs restent indispensables pour prévenir les risques de contamination du partenaire même lorsque la charge virale est indétectable.

III- SURVEILLANCE D'UNE CONTRACEPTION

La surveillance de la contraception repose sur la surveillance de la tolérance clinique et biologique.

L'interrogatoire devra rechercher d'éventuels effets indésirables et vérifier la facilité de l'observance lorsque cela est nécessaire.

Pour les contraceptions hormonales, la surveillance clinique est faite tous les 6 mois et la surveillance biologique régulièrement et en fonction des facteurs de risque (bilan glucidique, lipidique et hépatique) après un premier bilan préalable à l'instauration du traitement ou dans les 3 mois suivant sa mise en route.

Bien entendu, la surveillance du frottis cervico-utérin fait également partie intégrante de la surveillance d'une femme consultant pour contraception, ainsi que la surveillance mammaire.

Les contraceptions hormonales doivent être arrêtées en cas d'intervention chirurgicale ou d'alitement prolongé, pour être remplacées transitoirement par une autre méthode efficace.

IV- CONCLUSION

L'offre contraceptive actuelle permet d'adapter au plus juste la méthode de contraception à chaque femme en fonction de ses désirs, de son âge, de sa sexualité, de son mode de vie et de ses convictions religieuses et personnelles.

Il est important de délivrer une information la plus complète possible pour que le choix de la méthode contraceptive se fasse au mieux pour la patiente, afin de réduire au maximum les risques d'échec et d'améliorer l'observance.

Pour être efficace la contraception doit être choisie par la patiente et non imposée par le médecin.

V- REFERENCES

- A. Le Tohic, P. Raynal, I. Grosdemouge, F. Fuchs, P. Madelenat, P. Panel. Les femmes sont-elles satisfaites de la contraception? Enquête auprès de 263 patientes. La Lettre du Gynécologue, 2006 ; 314 (sept), 24-30
- HAS : stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272385/strategies-de-choix-des-methodes-contraceptives-chez-la-femme
- <http://www.choisirscontraception.fr/>
- Contraception. D Serfaty. Collection Abrégés. Editions Masson.