



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RAPPORT D'ÉLABORATION

Contraception chez l'homme et chez la femme

Avril 2013

Mise à jour Juillet 2019

Ce document est téléchargeable sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé
Service documentation – information des publics
2, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex
Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Table des matières

Abréviations et acronymes	4
Introduction	5
1 Conditions de prescription d'une contraception non définitive	7
1.1 Conditions générales de prescription	7
Schéma 1. Conduite à tenir en cas d'oubli ou de décalage de la prise d'une pilule, ANAES 2004 (2).....	17
1.2 Prescription d'une contraception œstroprogestative.....	18
1.3 Prescription d'une méthode progestative.....	25
1.4 Prescription d'un dispositif intra-utérin (DIU)	37
1.5 Méthodes barrières.....	45
1.6 Méthodes naturelles	47
2 Conditions de prescription d'une stérilisation à visée contraceptive.....	50
2.1 Préambule	50
2.2 Stérilisation à visée contraceptive chez la femme (ligature des trompes, électrocoagulation, pose de clips ou d'anneaux, insertion de dispositif intratubaire par hystérocopie)	52
2.3 Stérilisation à visée contraceptive chez l'homme (vasectomie).....	61
3 Prescription d'une contraception dans certaines populations	65
3.1 Contraception chez l'adolescente	65
3.2 Contraception chez la femme en post-partum et post-IVG.....	69
3.3 Contraception chez la femme au-delà de 35-40 ans	85
3.4 Contraception chez la femme à risque vasculaire	88
3.5 Contraception chez l'homme.....	121
4 Prescription d'une contraception d'urgence	122
4.1 Recommandations Anaes 2004	122
4.2 Données réglementaires	123
4.3 Autres recommandations	126
5 Mises à jour	138
5.1 Mise à jour – Janvier 2015	138
5.2 Mise à jour – Juin et Juillet 2015.....	139
5.3 Mise à jour – Octobre 2017	140
5.4 Mise à jour – Mars 2018.....	140
5.5 Mise à jour –Juillet 2019.....	141
Annexe 1. Recherche documentaire.....	142
Annexe 2. Efficacité des différentes méthodes contraceptives	143
Annexe 3. Méthode d'élaboration des recommandations françaises ou internationales analysées	144
Annexe 4. Commentaires des institutions, organismes professionnels et associations d'usagers ayant relu les fiches.....	154
Références	244

Abréviations et acronymes

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

AVC : Accident vasculaire cérébral

CDC : *Centers for disease control and prevention*

CHC : Contraception hormonale combinée (œstroprogestative)

COC : Contraception orale combinée (œstroprogestative)

CU : Contraception d'urgence

DIU : Dispositif intra-utérin

DMO : Densité minérale osseuse

DMPA : *Acetate de medroxyprogesterone retard*

ETG : Étonogestrel

FSRH : *Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare*

GEU : Grossesse extra-utérine

HAS : Haute Autorité de Santé

ADM : Infarctus du myocarde

IMC : Indice de masse corporelle

IST : Infection sexuellement transmissible

LNG : Lévonorgestrel

NICE : *National Institute for Health and Clinical Excellence*

OMS : Organisation mondiale de la santé

RBP : Recommandation de Bonne Pratique

RCOG : *Royal college of obstetricians and gynaecologists*

RCP : Résumé des caractéristiques du produit

TEV : Thromboembolie veineuse

UPA : Ulipristal acétate

Introduction

Saisine

Par courrier en date du 19 décembre 2012, la ministre des Affaires sociales et de la Santé a demandé à la Haute Autorité de Santé (HAS) « l'élaboration d'un référentiel de bonnes pratiques à l'intention des professionnels de santé afin que la contraception proposée, avec un volet spécifique pour les jeunes mineur(e)s, soit la plus adaptée possible à la situation de chacun ». Elle a souhaité que ce référentiel explore « tous les moyens de contraception disponibles sur le marché (y compris les techniques de stérilisation définitive) [...] selon l'âge de la personne, sa situation médicale et sociale [...] ». La réponse à cette saisine était attendue pour **le 30 avril 2013**.

Thème de travail

Objectif : proposer une contraception adaptée à chacun(e) en vue d'éviter les échecs et le recours à l'IVG.

Champs inclus tous les moyens de contraception disponibles :

- méthodes hormonales : contraception œstroprogestative (orale ou patch ou anneau vaginal), pilules progestatives, progestatifs injectables, implants progestatifs ;
- méthodes mécaniques ou mixtes : DIU au cuivre ou au lévonorgestrel ;
- méthodes barrières : préservatifs masculins, féminins, diaphragme, cape cervicale, spermicides ;
- méthodes de contraception définitive : ligature des trompes, insertion de dispositif intra-utérin, vasectomie ;
- méthodes naturelles : retrait, aménorrhée lactationnelle, méthodes d'abstinence périodique et d'auto-observation ;
- contraception d'urgence.

Champ exclus :

- l'interruption de grossesse ;
- la question des conditions de délivrance.

Questions retenues :

- 1) Prescriptions et conseils aux femmes en matière de contraception.
- 2) Prescription d'une contraception chez :
 - ▶ l'adolescente ;
 - ▶ la femme en post-partum ;
 - ▶ la femme en post-IVG ;
 - ▶ la femme en âge de procréer (hors post-partum et post IVG) ;
 - ▶ l'homme ;
 - ▶ la femme à risque vasculaire.
- 3) Prescription d'une contraception d'urgence.

Productions prévues :

Compte tenu des délais imposés, il n'est pas envisageable de produire des recommandations de bonne pratique selon les méthodes d'élaboration habituelles (méthodes « Recommandations pour la pratique clinique », « Recommandations par consensus formalisé »). Il a été décidé de produire des fiches mémo, fiches pratiques à destination des professionnels. Ces fiches visent à fournir aux professionnels un outil pour le professionnel de santé, afin de mieux aider les femmes/les hommes à trouver la méthode de contraception qui leur convient le mieux à une période donnée de leur vie.

L'ensemble des fiches mémo concerne la contraception (y compris la stérilisation), et viennent en complément de plusieurs documents produits dans le même temps par la HAS :

- un document de synthèse synthétisant l'ensemble des données réglementaires sur les méthodes contraceptives « Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles » ;
- un état des lieux des pratiques contraceptives et une analyse des freins à l'accès à une contraception adaptée.

Population concernée : femmes et hommes, y compris les mineur(e)s.

Professionnels concernés : médecins généralistes, gynécologues, sages-femmes, endocrinologues, pharmaciens, professionnels des planning familiaux, conseillers conjugaux, infirmières, médecins et infirmières de l'Éducation nationale, etc.

Méthode de travail

Compte tenu des délais courts, la méthode envisagée pour élaborer ces fiches comporte :

- une analyse des données bibliographiques disponibles (reportée dans le présent document de travail) : le contenu des fiches se base sur les recommandations Anaes/ANSM/INPES de décembre 2004 et sur les autres recommandations françaises et internationales publiées de 2005 à 2013 (voir la « Stratégie de recherche documentaire » en annexe 1) ;
- l'élaboration des fiches mémo en interne, avec l'aide de trois chargés de projet (1 médecin généraliste, 1 gynécologue, 1 sage-femme) ;
- l'envoi en relecture des fiches par les parties prenantes (institutions, organismes professionnels et associations d'utilisateur) (voir liste dans la rubrique « Participants »). Les commentaires des parties prenantes figurent en annexe 4.

Le présent document de travail comporte l'ensemble des données sur lesquelles se sont basées ces fiches mémo, ainsi que les commentaires des parties prenantes ayant relu le document.

Plan de l'argumentaire

Dans chaque partie figurent :

- le rappel des recommandations Anaes/ANSM/INPES de décembre 2004 ;
- les nouvelles recommandations françaises et internationales, publiées de 2004 à 2005 (l'analyse méthodologique des recommandations sélectionnées est rapportée en annexe 3) (tableau 13) ;
- le cas échéant, le rappel de certaines données réglementaires.

1 Conditions de prescription d'une contraception non définitive

Les méthodes contraceptives non définitives sont les suivantes :

- méthodes hormonales : contraception œstroprogestative (orale ou patch ou anneau vaginal), pilules progestatives, progestatifs injectables, implants progestatifs ;
- méthodes mécaniques ou mixtes : DIU au cuivre ou au lévonorgestrel ;
- méthodes barrières : préservatifs masculins ou féminins, diaphragme, cape cervicale, spermicides ;
- méthodes naturelles : retrait, aménorrhée lactationnelle, méthodes d'abstinence périodique et d'auto-observation.

À titre d'information, les données d'efficacité des différentes méthodes contraceptives selon l'OMS ainsi que les données d'efficacité en France figurent en annexe 2 (tableau 12 : ce tableau est issu du rapport HAS sur l'état des lieux des pratiques contraceptives et analyse des freins à l'accès à une contraception adaptée (1)).

1.1 Conditions générales de prescription

1.1.1 Entretien, examen clinique/biologique et surveillance

► Recommandations Anaes 2004 (2)

- Les recommandations qui suivent concernent les 1^{res} consultations à objectif contraceptif, quelle que soit la méthode pressentie. Dans le cadre de l'aide au choix, aucune méthode n'est en effet ciblée d'emblée, et le recueil d'information recouvre donc un champ large. Les précisions concernant les consultations de suivi et/ou de surveillance sont en revanche, dès lors que la méthode est choisie, plus spécifiques.
- **L'« entretien » clinique** porte sur l'âge, la profession, les habitudes de vie, notamment une éventuelle consommation de cigarettes et la pratique sexuelle (« Est-elle à risque infectieux ? »). Il recherche d'éventuels antécédents personnels ou familiaux ou des épisodes en cours :
 - d'accidents thromboemboliques veineux profonds ou artériels ;
 - d'hypertension artérielle ;
 - de maladie métabolique (diabète, hypercholestérolémie, hypertriglycémie) ;
 - de nature médicale, chirurgicale, gynéco-obstétricale (notamment IST, GEU, pathologie utérine, trophoblastique ou vaginale).
- **L'examen clinique** comprend un examen général, la détermination du poids et de la taille, le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC), la mesure de la pression artérielle. L'examen des seins et un examen gynécologique (comprenant un frottis du col utérin en cas de rapport sexuel antérieur) sont recommandés lors du 1^{er} entretien. **L'examen gynécologique peut néanmoins être expliqué et programmé pour une consultation ultérieure, notamment lorsqu'il s'agit d'une adolescente.**
- **Lorsqu'une méthode hormonale est envisagée**, pour une femme sans antécédent personnel ou familial de maladie métabolique ou thromboembolique, qui ne fume pas et dont l'examen clinique est normal, le premier bilan biologique peut être réalisé dans les 3 à 6 mois après le début de la contraception (même œstroprogestative). Sa non-réalisation ne doit pas retarder la prescription d'une contraception œstroprogestative. Il comporte la détermination du cholestérol total, des triglycérides et de la glycémie à jeun. Le bilan sera renouvelé tous les 5 ans. Un bilan d'hémostase n'est pas nécessaire. En cas d'antécédent familial

d'hyperlipidémie, il est impératif de demander le bilan biologique avant le début de toute contraception œstroprogestative et entre 3 à 6 mois après.

- **En cas d'anomalie de l'hémostase ou d'antécédents familiaux thromboemboliques veineux profonds documentés** (antécédents familiaux thromboemboliques veineux ayant touché 1 ou plusieurs sujets de moins de 50 ans), il peut être utile, si une contraception œstroprogestative est envisagée, de rechercher avant sa prescription une anomalie favorisant la thrombose veineuse. Dans ce cas, la consultante sera orientée vers un spécialiste de l'hémostase (l'utilisation d'une contraception par progestatif seul est possible, et l'utilisation d'un DIU est possible sans restriction sous condition de respect des CI).
- **Lorsque la pose d'un DIU est envisagée**, les risques de grossesse, de MIP et de GEU doivent être écartés, y compris, si le délai le permet, en cas d'insertion post-coïtale. En présence de facteurs de risque infectieux (IST ou pratique à risque d'IST), des tests diagnostiques portant sur *C. trachomatis* (accord professionnel) et *N. gonorrhoea* (grade C) sont recommandés avant la pose. La pose est également précédée d'un examen gynécologique bimanuel, afin d'estimer la taille, la forme et la position de l'utérus, et si possible d'une hystérométrie. Hors problème signalé par la consultante, les consultations de suivi gynécologique sont programmées 1 à 3 mois après la pose, puis 1 fois par an. L'objectif de la 1^{re} consultation de suivi est de s'assurer que le DIU est bien toléré, qu'il n'a pas été expulsé et que sa pose n'a pas provoqué d'inflammation pelvienne.

► **Autres recommandations ou documents**

Ont été identifiés et retenus :

- les recommandations du *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) sur les méthodes contraceptives de longue durée d'action (recommandations 2005 revalidées en 2011) (3) ;
- les recommandations pratiques de l'OMS 2005 (actualisées en 2008) sur l'utilisation des méthodes contraceptives (4,5) ;
- les documents publiés par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) (6,7).

Recommandations du NICE sur les méthodes contraceptives de longue durée d'action (recommandations 2005 revalidées en 2011) (3)

Principes généraux

- Les femmes, nécessitant une contraception, doivent être informées de toutes les méthodes disponibles, y compris des méthodes de longue durée d'action (LARC) (grade D). Il doit leur être fourni la contraception la plus acceptable pour elles, sous réserve de l'absence de contre-indication (grade D).
- Les femmes nécessitant une contraception doivent recevoir une information détaillée (orale et écrite) qui lui permette de choisir une méthode ET de l'utiliser (grade D). Cette information doit prendre en considération les besoins individuels de la femme et doit inclure (grade D) :
 - l'efficacité contraceptive ;
 - la durée d'utilisation ;
 - les risques et les effets indésirables possibles ;
 - les autres avantages non contraceptifs ;
 - la procédure pour la mise en place et le retrait ou l'arrêt ;
 - quand faire appel à un professionnel lors de l'utilisation de la méthode.
- Les conseils sur la contraception doivent prendre en compte les différences culturelles et les croyances religieuses (grade D). Les professionnels de santé devraient pouvoir recourir à ces interprètes pour les femmes qui ne parlent pas anglais, et s'adresser à des aides pour les femmes avec des difficultés de compréhension ou des troubles sensoriels (grade D).

Prescription d'une contraception

- Dans le cadre de l'évaluation des critères médicaux d'éligibilité, il est nécessaire d'interroger la patiente sur les antécédents familiaux pertinents, les règles, la prise antérieure d'une contraception, la sexualité (grade D).
- Les professionnels qui prescrivent une méthode de longue durée d'action doivent connaître et discuter avec chaque femme de tous les points qui peuvent affecter leur choix (grade D).
- Il est nécessaire d'exclure une grossesse (par l'interrogatoire sur les règles et l'histoire sexuelle), avant de prescrire une méthode contraceptive (grade D).
- Les professionnels doivent fournir à la patiente une méthode contraceptive même transitoire dès la première consultation si besoin (grade D).
- Il est recommandé d'adresser à un spécialiste de la contraception les femmes avec une thromboembolie veineuse en cours, traitée et qui nécessitent une contraception hormonale (grade D).

Contraception et MST

- Lors de la prescription d'une recommandation, les professionnels doivent :
 - promouvoir des pratiques sexuelles à moindre risque (grade D) ;
 - évaluer le risque d'IST et proposer des tests biologiques si besoin (grade D) ;
 - fournir des informations sur les centres de dépistage et de prise en charge des IST (grade D).

Patientes avec handicap physique ou intellectuel

- Elles doivent être aidées, accompagnées pour prendre leurs propres décisions sur la contraception (grade D).
- Si une femme avec des difficultés intellectuelles n'est pas capable de comprendre et de prendre la responsabilité de la décision sur la contraception, les professionnels et les autres personnes impliquées doivent se rencontrer pour discuter des besoins de la femme et établir une stratégie de prise en charge (grade D).

Formation des professionnels

- Les professionnels ou organismes qui ne mettent pas en place de méthode de longue durée d'action doivent avoir une procédure concertée pour adresser les patientes (grade D).
- Les professionnels qui posent des stérilets ou des implants doivent être entraînés (grade D).
- Les stérilets en cuivre ou avec progestatif devraient être mis en place uniquement par des professionnels entraînés qui en posent au moins une fois/mois (grade C).
- Les implants devraient être mis en place et retirés par des professionnels habitués à cette procédure (grade D).

Éligibilité des méthodes de longue durée d'action

Toutes les méthodes de longue durée d'action sont utilisables chez les femmes nullipares, celles qui allaitent, après une interruption de grossesse, en cas d'IMC > 30, en cas d'infection HIV, en cas de diabète, en cas de migraine avec ou sans aura (toutes les méthodes à base de progestatif seul peuvent être utilisées), les femmes avec contre-indication aux œstrogènes.

Recommandations pratiques de l'OMS 2005 (actualisées en 2008) (4,5)

- **Examens à réaliser avant de fournir une méthode de contraception** : pour les personnes présumées en bonne santé, les examens à réaliser figurent dans le tableau 1. Les patientes, dont on sait qu'elles ont des problèmes médicaux ou d'autres affections particulières, peuvent avoir besoin d'examens ou de tests supplémentaires, afin de déterminer si elles sont de bonnes candidates pour une contraception donnée.
- **Suivi minimal recommandé** pour assurer une contraception sûre et efficace variable en fonction des utilisatrices et des contextes.

- **Retour de la fécondité** : immédiat après toutes les méthodes sauf les implants de progestatif (retour de la fécondité entre 6 et 10 mois après la dernière injection) et les méthodes de stérilisation (disparition irréversible de la fécondité).
- **Pathologies** : les femmes, qui présentent des pathologies susceptibles de faire de la grossesse non intentionnelle un risque inacceptable pour la santé, doivent être averties que le seul recours à des méthodes mécaniques ou naturelles ne constitue pas pour elles le meilleur choix en raison du taux d'échec relativement plus élevé de ces méthodes.
- **IST** : il faut tenir compte du profil socioculturel et comportemental de chaque personne. À cet égard, la prévention des IST et du HIV en particulier est tout aussi important que la prévention de la grossesse. Lorsqu'il existe un risque de transmission d'une IST/VIH, il faut vivement recommander la double protection, associer le préservatif à d'autres méthodes ou utiliser le préservatif seul. Rappeler l'importance des préservatifs pour la prévention de la transmission des IST/VIH, encourager et en faciliter l'emploi.

Documents de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) a édité plusieurs documents d'information pour aider la femme à choisir sa contraception :

- « Repères pour votre pratique – Comment aider une femme à choisir sa contraception ? »
- « Les essentiels de l'INPES – La contraception – Comment mieux la personnaliser ? »

« Repères pour votre pratique – Comment aider une femme à choisir sa contraception ? » (7)

Les points clés du guide sont les suivants :

- La méthode contraceptive doit être adaptée à chaque femme et choisie avec elle, en fonction de sa réalité quotidienne.
- L'impact positif du partenaire sur le suivi de la méthode doit conduire à considérer le couple dans la démarche contraceptive.
- La première consultation devrait être autant que possible (hors urgence) dédiée à la question de la contraception.

« Les essentiels de l'INPES – La contraception – Comment mieux la personnaliser ? » (6)

Les points clés du guide sont les suivants :

- La consultation de suivi offre l'opportunité d'aborder les problèmes d'observance et de réorienter le choix initial si nécessaire.
- Évaluer l'adéquation et la satisfaction de la méthode contraceptive.
- Satisfaction, problèmes rencontrés, questions sur la contraception, avis du partenaire.
 - Si contraception orale
 - Explorer l'observance : fréquence et circonstances des oublis, connaissances et attitudes.
 - Fournir des conseils pour une prise en routine, réfléchir à l'horaire le mieux adapté à ses activités.
 - Informer sur la conduite à tenir en cas d'oubli et sur les méthodes de rattrapage possible, dont la contraception d'urgence.
- Assurer le suivi et réaliser le bilan de prévention
 - Explorer les problèmes de santé nouveaux et la prise de médicaments depuis la dernière consultation.
 - Examen : poids, taille, IMC, TA, examen des seins et gynécologique si besoin. Deux frottis cervico-vaginaux (à vérifier) à 1 an d'intervalle, puis tous les 3 ans à partir de 25 ans.
 - Bio : cholestérolémie totale, triglycéridémie, glycémie à jeun tous les ans si contraception OP.
- Explorer la protection contre les IST et le VIH

- ▶ Expliquer que le préservatif est la seule méthode qui protège contre les IST, et insister sur l'intérêt d'une double protection (préservatif + autre contraception).
- ▶ Offrir la possibilité d'un dépistage du VIH, notamment à l'occasion du bilan sanguin de surveillance des patientes prenant une contraception orale.
- En cas d'insatisfaction ou de difficultés
 - ▶ Explorer la connaissance d'autres méthodes, et rappeler la diversité des moyens de contraception.
 - ▶ Proposer de réfléchir à une contraception longue durée (par exemple DIU, implant, injections trimestrielles).

Tableau 1. Examens à réaliser avant de fournir une contraception d'après l'OMS (4)

	Contraceptifs oraux combinés	Contraceptifs injectables combinés	Pilules progestatives	Progestatifs injectables	Implants	DIU	Préservatifs	Diaphragme	Spermicide	Stérilisation féminine	Vasectomie
Examen des seins	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	Sans objet
Examen pelvien/génital	C	C	C	C	C	A	C	A	C	A	A
Dépistage du cancer du col	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	Sans objet
Tests de laboratoire en routine	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Taux d'hémoglobine	C	C	C	C	C	B	C	C	C	B	C
Évaluation du risque d'IST (anamnèse et examen physique)	C	C	C	C	C	A*	C†	C†	C†	C	C
Dépistage des IST/du VIH : tests de labo	C	C	C	C	C	B*	C†	C†	C†	C	C
Tension artérielle	‡	‡	‡	‡	‡	C	C	C	C	A	C§

Avec : A : essentiel et obligatoire dans tous les cas pour une utilisation sûre et efficace de la méthode contraceptive ; B : rôle important dans la sécurité et l'efficacité d'utilisation, mais mise en œuvre, à replacer dans le contexte de santé publique et/ou de services offerts ; peser le risque de ne pas faire l'examen ou le test par rapport aux avantages de mettre à disposition la méthode contraceptive ; C : ne joue pas un rôle important dans la sécurité et l'efficacité d'emploi de la méthode contraceptive ; * Il ne faut pas poser de DIU aux femmes à haut risque personnel d'infection à gonocoque et/ou chlamydia, sauf en l'absence d'autres méthodes acceptables plus appropriées. Si elle souffre d'une cervicite purulente ou d'une infection à gonocoque e/ou chlamydia, la pose d'un DIU est à proscrire tant que ces maladies ne sont pas guéries ; † Les femmes à haut risque d'infection au VIH ne doivent pas utiliser de spermicides contenant du nonoxynol-9. Elles doivent également éviter les diaphragmes et capes cervicales auxquelles on a ajouté du nonoxynol-9, sauf en l'absence d'autres méthodes acceptables plus appropriées ; ‡ Il est souhaitable de mesurer la TA avant de démarrer des méthodes hormonales. Néanmoins, dans certains contextes, la mesure de TA n'est pas possible, les risques de morbi-mortalité pendant la grossesse sont élevés et les méthodes hormonales figurent parmi les méthodes largement disponibles ; § Pour les actes pratiqués sous anesthésie locale.

1.1.2 Prise en compte des risques, notamment thromboemboliques (veineux ou artériels)

Voir chapitre « Contraception chez la femme à risque vasculaire ».

1.1.3 Comment accompagner une femme et/ou un couple dans le choix d'une méthode contraceptive adaptée ?

Les recommandations Anaes 2004 (2) sont les suivantes :

L'aide au choix en matière de contraception

- Au fil du temps, la relation soignant-patient évolue vers une participation plus grande du patient dans les décisions concernant sa santé. Le modèle dominant reste cependant, aujourd'hui encore, celui d'une relation dans laquelle les décisions relèvent pour l'essentiel du professionnel de santé.
- Des arguments à la fois déontologiques, réglementaires et scientifiques soulignent l'intérêt pour le soignant d'opter pour une attitude qui favorise l'expression des préférences de la femme ou du couple qui consultent, et donc l'expression de leur choix. Ce choix doit être respecté quel que soit l'âge de la consultante.
- De manière générale, l'amélioration de la communication soignant-consultant, et notamment de l'information fournie au consultant, peut avoir un impact sur la satisfaction et la santé des patients (critères biomédicaux et de qualité de vie). Afin de faciliter le partage de décision et d'améliorer la relation soignant-consultant, il est recommandé que le soignant 1) soit à l'écoute des femmes qui consultent et 2) prenne en compte le fait que leur volonté d'implication dans la décision n'est pas homogène d'une femme à l'autre, et peut être ambivalente au niveau individuel.
- La littérature suggère que 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 (niveau de preuve 3). Elle souligne l'importance de considérer le couple dans la démarche contraceptive et de prendre en compte l'accord du partenaire (niveau de preuve 2).

Stratégies d'aide au choix en matière de contraception

- Différents modèles de relation médecin-patient et de décision médicale ont été décrits dans la littérature. Ce sont par exemple, pour la relation médecin-patient, les modèles de Szasz et Hollender (activité-passivité, direction-coopération, participation mutuelle) et d'Emanuel et Emanuel (informatif, interprétatif, délibératif et paternaliste). Ce sont, pour les modèles de décision médicale, les modèles du « patient décideur », du « médecin décideur » et de « décision partagée ».
- Bien qu'aucun d'entre eux ne puisse être considéré en routine comme meilleur qu'un autre ou comme exclusif des autres, le groupe de travail considère qu'ils gagnent à être connus par le soignant. Chacun d'entre eux peut en effet apparaître plus ou moins approprié aux personnes et à la situation dans laquelle elles se trouvent à un moment donné.
- Deux types d'approches, le *counseling* et la « démarche éducative », pourraient favoriser l'aide au choix en matière de contraception. Elles ont été retrouvées de manière récurrente dans la littérature, et sont considérées par le groupe de travail comme majeures et complémentaires, sinon difficilement dissociables.
- Le *counseling* renvoie à une démarche de conseil et d'accompagnement d'une femme favorisant l'expression de son choix. D'une part, il repose sur des bases d'empathie envers la consultante, de respect pour sa sexualité, ses sentiments, son attitude et ses besoins et, d'autre part, engage le soignant à conserver le maximum de neutralité vis-à-vis des démarches abordées et des informations fournies. L'approche par entretien motivationnel se situe dans ce courant. Sa particularité est d'être directive ; elle passe par l'expression par la femme de ses ambivalences, afin de lui permettre d'aboutir à un choix.
- La démarche éducative renvoie, quant à elle, à une démarche de partenariat pédagogique, centrée sur la personne, et visant à promouvoir sa santé tout en la rendant autonome dans sa propre prise en charge. Cette démarche est individualisée, et se fonde sur ce que la personne

est, ce qu'elle sait, ce qu'elle croit, ce qu'elle redoute et ce qu'elle espère et, à partir de ce que le soignant est, sait, croit, redoute et espère.

- Le *counseling* et la démarche éducative ont fait preuve de leur efficacité en matière de contraception : ils sont associés à une meilleure connaissance de la méthode utilisée (niveau de preuve 1), un taux d'utilisation supérieur des méthodes contraceptives (notamment la contraception d'urgence) (niveau de preuve 1), de plus longue durée, et au final à une utilisation effective de ces méthodes. Dans la littérature, la réduction des taux de grossesses non voulues est cependant non significative. Les études sont insuffisantes pour conclure avec certitude à un impact des entretiens motivationnels sur une éventuelle adaptation de la méthode contraceptive (niveau de preuve 4).
- Compte tenu des différents modèles de consultation développés dans le cadre général ou spécifique de la contraception, le groupe de travail souligne l'intérêt du modèle BERCER de l'OMS, lequel reprend, en 6 étapes, les étapes majeures de la consultation généralement citées dans les autres recommandations et inscrit la consultation dans la durée. Ces 6 étapes se succèdent comme suit : Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication et Retour.
- Le groupe de travail souhaite ici réaffirmer que 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. Le suivi d'une contraception s'envisage sur le long terme, et l'approche doit être régulièrement reconsidérée et, si besoin, adaptée.

Le modèle BERCER de l'OMS propose un déroulement de la consultation en 6 étapes

- 1) Bienvenue : temps d'accueil (présentation du soignant, rappel de la confidentialité, rôle, objectif et déroulement de la consultation).
- 2) Entretien : recueil d'information et expression de la femme sur les raisons de sa visite, ses sentiments, ses besoins, ses souhaits et doutes. Élaboration d'un diagnostic éducatif partagé.
- 3) Renseignement : délivrance d'une information claire, hiérarchisée et sur mesure en s'assurant de la bonne compréhension des informations (mode d'emploi, efficacité en pratique courante, contre-indications, avantages-inconvénients, risques, coût).
- 4) Choix : le professionnel souligne que la décision finale appartient à la femme en fonction de sa situation de famille, ses préférences (et celles de son partenaire), des bénéfices/risques des différentes méthodes, et de la possibilité pour elle de respecter la méthode en fonction de sa situation.
- 5) Explication : discussion autour de la méthode choisie et de son emploi, démonstration, manipulation, réflexion sur les possibilités d'établir une prise de pilule en routine, information sur les effets secondaires et la conduite à tenir, sur les oublis, sur les situations qui nécessitent de revenir consulter. Au mieux, fournir un document écrit.
- 6) Retour : lors des consultations de suivi. Évaluer la méthode et son utilisation, qu'elle est adaptée à la personne et sa satisfaction. Discuter éventuellement un changement de méthode. Prendre en compte les modifications de situation personnelle, médicale, affective et sociale. À partir de 35-40 ans, réévaluer l'adéquation de la méthode contraceptive utilisée en raison de l'augmentation avec l'âge des risques cancéreux et cardio-vasculaires.

1.1.4 Critères psycho-sociaux à prendre en compte lors du choix d'une méthode contraceptive

Selon les recommandations Anaes 2004 (2), en matière de changement de moyen contraceptif, il a été indiqué que :

- La littérature rapporte la multitude des circonstances d'échecs et des explications avancées ainsi que la variabilité, en fonction des populations étudiées, des facteurs associés aux diffé-

rents types d'échecs. Des approches théoriques ont également été développées dans le domaine de la contraception. Les principaux résultats sont détaillés à titre indicatif dans les paragraphes suivants. Au final, le groupe de travail retient la variabilité des trajectoires individuelles, et souligne la nécessité pour le professionnel de santé 1) d'adapter sa prescription à chaque consultante, 2) d'étendre le champ de son entretien au-delà des seuls critères médicaux, 3) d'explorer les motivations de la consultante vis-à-vis de la contraception et 4) d'accompagner la consultante ou le couple dans la réflexion et le choix de la forme de contraception la plus adaptée à sa situation personnelle (cf. paragraphe V).

- En pratique, les risques d'échec contraceptif ne surviennent pas au hasard et résultent, en dehors des interactions médicamenteuses possibles :
 - soit de l'absence d'utilisation de méthode régulière (dont le non-recours à une contraception d'urgence) ;
 - soit de l'absence ponctuelle d'une méthode (dont l'arrêt d'une méthode sans remplacement par une autre méthode) ;
 - soit de la non-observance de la méthode utilisée.
- Les femmes qui se retrouvent en échec de contraception avancent le plus souvent en explication :
 - un mauvais usage de la méthode, lié ou non à des difficultés de gestion quotidienne ou à une mauvaise connaissance de l'utilisation de la méthode ;
 - la non-conscience du risque ;
 - la prise d'un risque en s'en remettant à la chance ;
 - la non-prévision du rapport sexuel ;
 - la non-disposition d'une méthode de contraception ;
 - un arrêt ou un refus de contraception suite à une première expérience difficile ;
 - la non-connaissance d'un endroit où se procurer la méthode.
- Les différentes circonstances d'échecs et le choix de la contraception sont associés à différents facteurs psychologiques, démographiques, sociologiques et économiques caractérisant la femme, parmi lesquels :
 - des facteurs démographiques tels que l'âge ou le lieu d'habitation ;
 - des facteurs socio-économiques, tels qu'un faible niveau socio-éducatif, socioculturel ou socio-professionnel, une forte assiduité à la religion, de faibles connaissances sur la sexualité, le coût de la méthode et l'absence de mutuelle ;
 - des facteurs liés au mode de vie tels que le caractère instable ou non de la relation, le nombre élevé de partenaires, ou le statut marital (notamment la vie en célibataire) ;
 - des facteurs liés au couple et à son fonctionnement tels que la non-communication avec le partenaire ou l'absence de soutien du partenaire ;
 - des facteurs liés à l'environnement social tels que l'influence défavorable des amis ou des pairs ;
 - des facteurs liés à la femme et à son histoire médicale tels que sa parité, un projet de grossesse, un âge jeune à la 1^{re} grossesse, un précédent avortement ou un antécédent d'IST ;
 - des facteurs liés à la méthode et au contexte de prescription tels que l'absence de routine de prise, la non-lecture de la notice d'information, la non-adéquation de la méthode utilisée aux conditions de vie sociales, affectives et sexuelles des femmes ;
 - et des facteurs concernant spécifiquement les adolescentes tels que l'acceptabilité sociale de leur sexualité, la relation avec les parents (notamment la communication avec la mère), le jeune âge et la différence d'âge avec le partenaire, la non-scolarisation et le nonaccès à des structures de planification familiale ou d'éducation sexuelle.
- Différentes approches psychologiques et sociologiques ont également souligné :
 - l'ambivalence chez la femme de son désir de grossesse et ses conséquences sur la pratique contraceptive ;
 - la particularité de la relation soignant-consultante, par rapport aux autres consultations de santé ;
 - l'injonction sociale à la norme contraceptive et notamment à l'utilisation des méthodes médicales ;
 - l'importance de la logique de couple dans l'utilisation ou le choix d'une méthode ;
 - la variabilité des trajectoires individuelles ;

- ▶ l'importance de l'offre (disponibilité, coût, confidentialité).
- En ce qui concerne l'adolescente, les auteurs pointaient en complément :
 - ▶ la période de transition dans laquelle elle s'inscrit, la quête d'identité et de statut social ;
 - ▶ la difficulté, pour elle, de se situer par rapport à sa mère ;
 - ▶ le sentiment possible de culpabilité qu'elle peut ressentir ;
 - ▶ l'existence potentielle d'une faible estime d'elle-même ;
 - ▶ l'importance du regard des ami(e)s.

Enfin, nombre d'approches plus théoriques ont démontré leur intérêt dans le cadre de la contraception. Elles faisaient appel selon les hypothèses :

- ▶ à l'« attitude » favorable ou non à la contraception ou aux différentes méthodes contraceptives, en relation avec le degré de perception d'une vulnérabilité personnelle ;
 - ▶ aux « croyances » individuelles ou collectives envers la contraception ou envers les différentes méthodes contraceptives ;
 - ▶ à l'« auto-efficacité », c'est-à-dire la perception personnelle qu'a un individu de ses compétences pour mener un traitement correctement ;
 - ▶ aux « normes sociales » et à la notion de « support social ».
- Si les modèles théoriques développés à partir de ces approches sont utiles pour mieux comprendre la pratique contraceptive et ses facteurs d'influence, ils n'ont cependant pas vocation à être considérés en tant que modèles prédictifs en pratique courante.

1.1.5 Changement de moyen contraceptif

Selon les recommandations Anaes 2004 (2), en matière de changement de moyen contraceptif, il a été indiqué que :

- Changement d'une pilule combinée pour une méthode par progestatif seul (pilule ou implant)
 - ▶ Lorsqu'un changement de contraception est décidé, la contraception progestative doit être initiée dès le jour suivant la dernière pilule active (J21/J24 en fonction des pilules). Les comprimés inactifs doivent être jetés.
- Changement d'une méthode par progestatif seul (pilule ou implant) pour une pilule combinée
 - ▶ Lorsqu'il s'agit d'un changement pour une pilule combinée, la pilule œstroprogestative doit être débutée le 1^{er} jour des règles (même si la plaquette progestative n'est pas complètement terminée). En l'absence de règles, ce qui est le plus souvent le cas, le traitement sera débuté dès la fin de la plaquette précédente (progestatif seul) ou dès le retrait de l'implant.
- Changement d'une méthode non hormonale (DIU) pour une contraception hormonale
 - ▶ La procédure respecte la règle générale de début de la contraception hormonale : la femme peut débuter sa contraception dans les 5 jours suivant le début des règles (idéalement au 1^{er} jour des règles) sans protection contraceptive supplémentaire. Elle peut également la débuter à n'importe quel moment du cycle s'il est certain qu'elle n'est pas enceinte. Si elle la débute plus de 5 jours après le début des règles, elle devra utiliser des précautions contraceptives supplémentaires durant les 7 jours suivants.

1.1.6 Que faire en cas d'oubli de pilule(s) ?

Les AMM et l'OMS précisent la conduite à tenir en cas d'oubli, celle-ci étant à relativiser en fonction de l'occurrence ou non de rapports sexuels dans les jours précédant l'oubli. Un schéma général a été élaboré dans le cadre des recommandations Anaes 2004 (2). Ce schéma ne prend pas en compte la pilule au désogestrel (Cerazette®) pour laquelle un oubli de 12 heures peut être toléré.

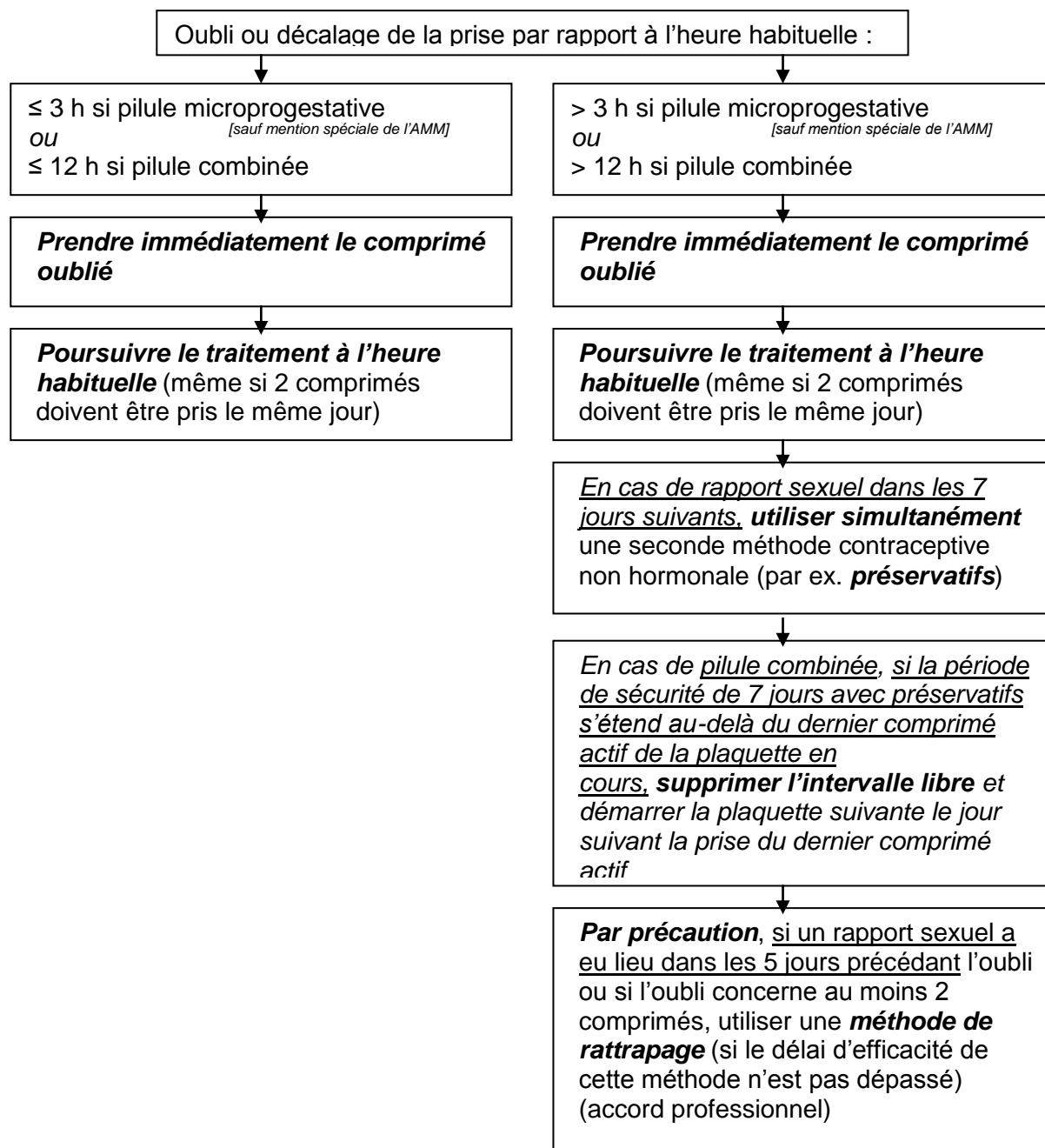


Schéma 1. Conduite à tenir en cas d'oubli ou de décalage de la prise d'une pilule, ANAES 2004 (2)

1.2 Prescription d'une contraception œstroprogestative

1.2.1 Recommandations Anaes 2004 (2)

Les recommandations Anaes 2004 étaient les suivantes :

- 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.). Il s'agit d'une méthode efficace dans son emploi courant et très efficace lorsqu'elle est employée de manière optimale. De nouvelles formes d'administration (timbre et anneau vaginal libérant des œstroprogestatifs) ont fait preuve de leur efficacité et peuvent constituer des alternatives, notamment pour des femmes sujettes à des problèmes d'observance.
- Aucune donnée ne permet, en termes d'efficacité contraceptive et de contrôle du cycle, de privilégier la prescription d'un type particulier de pilule œstroprogestative (selon sa génération ou son caractère mono-, bi-, ou triphasique). La notion de « climat hormonal » est difficile à apprécier et varie en fonction de la réceptivité de chaque femme, ce qui peut conduire à des adaptations de la prescription en fonction de la tolérance individuelle à la pilule testée.
- En pratique, en cas de signes pouvant évoquer une hyperœstrogénie (mastodynies, syndrome prémenstruel, règles abondantes, fréquentes et/ou douloureuses, etc.), 2 conduites sont possibles en fonction des signes :
 - soit diminuer la dose d'œstrogène ;
 - soit rechercher une pilule pouvant apporter un climat progestatif plus dominant.
- Il n'entre pas dans le cadre de ces recommandations de se prononcer sur l'efficacité comparée des différentes pilules dans l'acné. Néanmoins, le groupe de travail rappelle que bien que la pratique ait consacré l'activité contraceptive des spécialités Diane® et de ses génériques, ces médicaments ne disposent pas de l'indication « contraception » dans leur AMM et qu'en conséquence leur prescription, avec un objectif contraceptif, relève de la responsabilité propre du prescripteur. En l'occurrence, lorsque les effets contraceptif et anti-acnéique sont recherchés de manière conjointe, il est recommandé de privilégier l'une des pilules qui disposent de la double AMM « contraceptif et anti-acnéique » (en l'état actuel : Tricilest® et Triafémi® pour l'acné légère et modérée). Le groupe de travail recommande par ailleurs, compte tenu de la pratique, d'inciter les laboratoires commercialisant les spécialités précédemment citées et qui ne possèdent pas l'indication « contraception » à déposer une demande d'AMM auprès de l'Afssaps.
- Toutes les générations de pilules œstroprogestatives sont associées à une augmentation du risque d'accident thromboembolique (niveau de preuve 3). Les données de la littérature semblent indiquer que des différences substantielles pourraient exister quant à la nature du risque thromboembolique, veineux ou artériel, en fonction du type de progestatif (2^e ou 3^e génération) et de la dose d'éthinyl-estradiol. La littérature ne permet cependant pas de conclure, les études identifiées souffrant potentiellement de biais majeurs de sélection. Seule une étude prospective randomisée permettrait de mettre en évidence des différences pertinentes entre les 2 générations de pilules. 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 (cf. ci-dessous paragraphe III).
- Les données de la littérature rapportent une augmentation potentielle du risque de certains cancers, notamment du sein et du col utérin (niveau de preuve 2). Ces cancers restent relativement peu fréquents dans les tranches d'âge les plus jeunes, mais augmentent avec l'âge. Une partie des effets observés pourrait néanmoins résulter d'une meilleure surveillance ou d'une exposition supérieure aux agents infectieux des utilisatrices de contraception orale par rapport aux utilisatrices d'autres méthodes contraceptives (ex. : à certains papillomavirus [HPV] pour le cancer du col utérin). 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 (niveau de preuve 2).

- A contrario, il convient de souligner que cette même littérature met en évidence des effets bénéfiques potentiels de la contraception œstroprogestative orale sur la survenue du cancer de l'endomètre (niveau de preuve 2), du cancer de l'ovaire (niveau de preuve 2), du cancer colorectal (niveau de preuve 2). Le recul est insuffisant pour ce qui est des dispositifs médicaux libérant des œstroprogestatifs (timbre et anneau vaginal).
- Les principales contre-indications (CI) des méthodes contraceptives œstroprogestatives sont d'ordre cardio-vasculaire, carcinologique et hépatique.
- En raison du risque de diminution de l'efficacité contraceptive lorsque ces hormones sont associées à des inducteurs enzymatiques, à certaines antiprotéases (ex. : ritonavir, nelfinavir, lopinavir, elfavirenz et névirapine) et au modafinil et, en raison d'un risque de galactorrhée en cas d'association à la flunarazine, il est recommandé de demander à la femme qui consulte de signaler tout traitement en cours et le cas échéant de lui conseiller une alternative contraceptive non hormonale, en particulier de type mécanique.
- Compte tenu des données de pharmacovigilance, la découverte d'une grossesse sous œstroprogestatif ne justifie pas l'interruption médicale de la grossesse.
- Le groupe de travail rappelle qu'il n'est pas justifié d'interrompre régulièrement la contraception pour vérifier la reprise de cycles ovulatoires, et que cette conduite fait courir le risque d'une grossesse non souhaitée.

1.2.2 Autres recommandations depuis 2004

Ont été identifiées et retenues :

- les recommandations de la *Faculty of sexual and reproductive healthcare* sur les œstroprogestatifs (recommandations 2011, actualisées en 2012) (8) ;
- les recommandations pratiques de l'OMS 2005 (actualisées en 2008) sur l'utilisation des méthodes contraceptives (4,5).

Recommandations de la *Faculty of sexual and reproductive healthcare* sur les œstroprogestatifs (recommandations 2011, actualisées en 2012) (8)

Les méthodes incluses sont toutes les contraceptions hormonales combinées (CHC), œstroprogestatives, incluant contraceptifs oraux, patch transdermique, anneau vaginal.

Préambule

- Les femmes peuvent être informées que le saignement lors de l'intervalle sans hormones ou de la semaine de la prise de pilule placebo est dû au retrait des hormones plutôt qu'à des règles. Le professionnel de santé peut conseiller les femmes sur l'utilisation élargie ou en continu de CHC, mais elles doivent être conscientes que cette utilisation est hors licence (grade C).

Efficacité des CHC

- L'efficacité de tous les CHC est généralement similaire (grade B).

Évaluation initiale

- Les professionnels de santé devraient recueillir les antécédents détaillés de femmes qui demandent une CHC et devraient les vérifier au moins annuellement. Ce recueil inclut des conditions médicales telles que la migraine, l'usage de drogues, les antécédents médicaux familiaux et des informations sur le style de vie tel que le tabagisme (accord d'expert).
- Un enregistrement de la pression artérielle doit être réalisé pour toutes les femmes avant la première ordonnance de CHC (grade C).
- L'indice de masse corporelle (IMC) doit être documenté pour toutes les femmes avant la première ordonnance de CHC (accord d'expert).

Interactions médicamenteuses

- D'autres mesures contraceptives ne sont pas nécessaires lorsque les antibiotiques non inducteurs enzymatiques sont utilisés en même temps que les CHC (grade C).
- Les femmes qui ne souhaitent pas changer de méthode combinée pendant un traitement court par un médicament inducteur enzymatique (et pendant 28 jours après l'arrêt du traitement) peuvent choisir de continuer d'utiliser un contraceptif oral combiné (COC) contenant au moins 30 µg d'éthinyl estradiol (EE), un patch ou un anneau pendant la contraception supplémentaire (accord d'expert). Une contraception supplémentaire doit être poursuivie pendant 28 jours après l'arrêt du médicament inducteur enzymatique (accord d'expert).
- À l'exception de la rifampicine et la rifabutine (très puissants inducteurs enzymatiques), pour les femmes qui prennent un médicament inducteur enzymatique et ne souhaitent pas changer de COC ou prendre des précautions supplémentaires, il est possible d'augmenter la dose de COC à au moins 50 µg d'EE (maximum 70 µg EE) et d'utiliser un traitement prolongé ou triphasique (?) avec un intervalle sans pilule de 4 jours (accord d'expert).
- Pour les femmes prenant de la lamotrigine (sauf en combinaison avec le valproate de sodium), les risques de l'utilisation du CHC peuvent l'emporter sur les avantages (grade C).
- L'ulipristal acétate (UPA) peut réduire l'efficacité de la contraception hormonale (accord d'expert). Des précautions supplémentaires sont recommandées pendant 14 jours après la prise de l'UPA (accord d'expert).

Bénéfices-risques associés aux CHC

- Les professionnels de santé doivent prendre en compte le fait que, par rapport aux non-utilisateurs, le risque de thromboembolie veineuse sous CHC est à peu près doublé, mais que le risque absolu est encore très faible (grade B).
- La prescription des CHC devraient être guidée par les préférences personnelles de la patiente, le risque de thromboembolie veineuse, les contre-indications, les éventuels avantages non contraceptifs et l'expérience avec d'autres formulations contraceptives (grade B).
- Des antécédents de thromboembolie veineuse ou une mutation thrombogénique sont des situations médicales qui représentent un risque inacceptable pour la santé si une CHC est utilisée (grade C).
- Pour les femmes ayant des antécédents familiaux de thromboembolie veineuse, un dépistage de thrombophilie négatif n'exclut pas nécessairement toutes les mutations thrombogènes (grade C). Un dépistage de thrombophilie n'est pas recommandé de façon systématique avant de prescrire CHC (grade C).
- L'utilisation de CHC chez les femmes âgées ≥ 35 ans qui fument n'est pas recommandée (B).
- Il peut y avoir une très légère augmentation du risque absolu d'AVC ischémique associée à l'utilisation du CHC (grade B).
- Les risques de l'utilisation de CHC chez les femmes souffrant d'hypertension artérielle constamment élevée l'emportent généralement sur les avantages. Une TA systolique ≥ 160 mmHg ou diastolique ≥ 95 mmHg est une condition qui représente un risque inacceptable pour la santé si une CHC est utilisée (grade C).
- Le risque d'utilisation de CHC chez les femmes ayant un IMC ≥ 35 kg/m² l'emporte généralement sur les avantages (grade B).
- La migraine avec aura est une condition pour laquelle l'utilisation de la CHC présente un risque inacceptable pour la santé (grade B).
- Le risque de cancer du sein associé à l'utilisation d'une CHC est susceptible d'être faible, et réduira avec le temps après l'arrêt (grade B).
- L'utilisation d'une CHC peut être associée à une légère augmentation du risque de cancer du col de l'utérus lié à la durée d'utilisation (grade B).
- Les professionnels de santé doivent s'assurer que les femmes qui viennent pour une CHC sont à jour avec le dépistage du col de l'utérus, en conformité avec les recommandations de dépistage (accord d'expert).
- L'utilisation du CHC ne semble pas avoir un effet négatif sur la mortalité globale (grade B).
- L'utilisation de contraceptif combiné oral (COC) est associée à un risque réduit de cancer de l'endomètre et de l'ovaire qui se poursuit pendant plusieurs décennies après l'arrêt (grade B).

- La contraception par CHC peut aider à améliorer l'acné (grade A).
- L'utilisation de COC est associée à une réduction du risque de cancer colorectal, ce qui peut aussi s'appliquer aux autres CHC (grade B).
- L'utilisation de CHC peut aider à réduire les douleurs menstruelles et les saignements (grade C).
- La contraception par CHC peut réduire les symptômes de la ménopause (grade C).
- Avant de commencer la contraception par CHC, les femmes devraient être informées de possibles saignements tant au départ qu'à plus long terme (accord d'experts).
- La contraception par CHC peut être associée à des changements d'humeur, mais il n'existe aucune preuve qu'elle provoque la dépression (grade C).
- Les données actuelles ne permettent pas d'établir de lien de causalité entre CHC et prise de poids (grade C)¹.

Voyages à hautes altitudes

- Pour les femmes sous CHC, la période d'immobilité pendant les vols de plus de 3 heures est réduite (accord d'experts).
- Il peut être conseillé d'envisager de passer à une autre méthode lors de randonnées à une altitude de > 4 500 m pour des périodes de plus de 1 semaine (accord d'experts).

Recommandations pratiques de l'OMS 2005 (actualisées en 2008) (4,5).

Suivi

- Une consultation annuelle est recommandée au minimum, une consultation 3 mois après la mise en route de la méthode apporte des bénéfices supplémentaires.
- Conseiller à la femme de revenir à tout moment si elle veut discuter des effets secondaires ou d'autres problèmes ou si elle souhaite changer de méthode

Quand démarrer ?

- Femme ayant des cycles réguliers : dans les 5 jours suivant le début des règles. Aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire. Démarrage possible à tout moment du cycle si l'on a de bonnes raisons de considérer qu'elle n'est pas enceinte. Si plus de 5 jours se sont écoulés depuis le début des règles, elle devra s'abstenir de rapport sexuel ou avoir recours à un autre moyen de contraception pendant les 7 jours qui suivent.

1.2.3 Documents institutionnels publiés depuis 2004

Documents de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)

Plusieurs documents et alertes sur les pilules œstroprogestatives et le risque thromboembolique veineux sont disponibles sur le site de l'ANSM depuis la fin de l'année 2012² parmi lesquels :

¹ Ceci est confirmé par les résultats d'une revue *Cochrane* actualisée en 2011 (9) concernant les effets sur le poids de la CHC. Cette revue a inclus les essais randomisés CHC vs placebo ou CHC vs autre CHC (ou autre dose) incluant au moins 3 cycles de traitement, publiés jusqu'en mai 2011 (bases MEDline, Popline, Lilacs, Central, Embase). Au total, 49 études ont été incluses : 4 études comparaient une CHC (progestatifs et œstrogènes variables, dose d'éthynil estradiol de 20 à 100 µg) vs placebo ou pas d'intervention, et n'ont pas permis de conclure sur un lien de causalité entre CHC et prise de poids ; les autres études comparaient différents CHC entre eux, et n'ont pas retrouvé de différence significative de prise de poids ou de fréquence d'arrêt de traitement en raison d'une prise de poids.

² [http://ansm.sante.fr/Dossiers-thematiques/Pilules-estroprogestatives-et-risque-thromboembolique-veineux/Quelle-est-la-situation-actuelle-des-pilules-estroprogestatives-en-France/\(offset\)/0](http://ansm.sante.fr/Dossiers-thematiques/Pilules-estroprogestatives-et-risque-thromboembolique-veineux/Quelle-est-la-situation-actuelle-des-pilules-estroprogestatives-en-France/(offset)/0)

Lettre d'informations aux prescripteurs datée de décembre 2012 (10)

Dans sa lettre d'information aux prescripteurs du 22 décembre 2012, l'ASM indique que :

Le risque de thrombose veineuse (phlébite, embolie pulmonaire) est deux fois plus élevé chez les femmes utilisant un COC de 3^e génération (contenant du désogestrel et du gestodène) ou un COC contenant de la drospirénone que chez les femmes utilisant un COC de 2^e génération contenant du lévonorgestrel (basé sur une revue de la littérature de l'EMA).

Le risque absolu de thrombose veineuse est de :

- 0,5 à 1/10 000 chez les non utilisatrices de pilule, non enceintes ;
- 2/10 000 chez les utilisatrices de COC à base de lévonorgestrel (2^e génération) ;
- 3 à 4/10 000 chez les utilisatrices de COC à base de désogestrel ou de gestodène (3^e génération) ou à base de drospirénone ;
- 6/10 000 chez les femmes enceintes.

Dans 1 à 2 % des cas, les accidents thromboemboliques veineux sont d'évolution fatale.

Il existe aussi un risque de thrombose artérielle (accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde) chez les femmes sous COC, quelle que soit la génération de pilule utilisée en comparaison aux femmes non utilisatrices de COC (Lidegaard, 2012).

Le rapport bénéfice/risque des contraceptifs oraux combinés reste positif quelle que soit leur composition, à condition de respecter les contre-indications et les précautions d'emploi. Néanmoins, afin de minimiser le risque de thrombose lié aux COC, qu'il soit veineux ou artériel, le rapport bénéfice/risque doit être évalué pour chaque patiente.

L'ANSM recommande aux prescripteurs :

1 – de privilégier la prescription des COC de 2^e génération contenant du lévonorgestrel. Le sur-risque thromboembolique veineux ne justifie pas un arrêt brutal d'un COC dit de 3^e génération ou d'un COC contenant de la drospirénone, bien supporté chez une femme utilisatrice depuis une longue période. À l'issue de la prescription en cours, le prescripteur envisagera, avec la femme déjà sous COC dit de 3^e génération ou contenant de la drospirénone, la méthode la plus appropriée pour elle (autre contraceptif oral, dispositif intra-utérin, etc.) ;

2 – de rechercher les facteurs de risque, notamment de thrombose, lors de toute prescription d'un COC à une nouvelle utilisatrice, c'est-à-dire :

- a) procéder à un interrogatoire complet sur les antécédents médicaux personnels et familiaux afin d'identifier d'éventuels facteurs de risque, notamment de thrombose veineuse,
- b) identifier un tabagisme,
- c) effectuer un examen clinique afin de dépister notamment une éventuelle hypertension artérielle,
- d) effectuer un bilan lipidique et un dosage de glycémie.

Lorsqu'un facteur de risque de thrombose est identifié à l'occasion de la prescription d'un COC, la prise en compte des contre-indications et des précautions d'emploi dans l'évaluation individuelle du rapport bénéfice/risque peut conduire à proposer un mode de contraception non œstroprogestatif.

3 – d'informer les femmes du risque de thrombose et les alerter quant aux signes cliniques évocateurs qui doivent les amener à consulter rapidement un médecin ;

4 – d'effectuer un suivi clinique pour surveiller la tolérance au traitement contraceptif prescrit, en particulier au cours des périodes où le risque de thrombose est le plus élevé : au cours de la première année de traitement et en cas de changement par un contraceptif oral d'une autre génération.

Point d'information daté de février 2013 concernant le risque de thrombose veineuse lié au patch Evra (11)

L'Agence européenne du médicament (EMA) a analysé une publication récente sur le risque de thrombose veineuse avec le patch contraceptif EVRA. Cette analyse confirme un risque de thrombose veineuse jusqu'à deux fois plus élevé chez les femmes utilisant le patch contraceptif EVRA que chez les femmes utilisant un contraceptif oral combiné (COC) de 2^e génération contenant du lévonorgestrel.

Le surrisque thromboembolique veineux avec EVRA par rapport à une non-utilisation était mentionné dans le RCP depuis l'obtention de l'AMM, mais sans précision chiffrée en comparaison aux contraceptifs oraux combinés dits de 2^e génération (contenant du lévonorgestrel).

Au mois d'octobre 2012, l'Agence européenne du médicament (EMA) a effectué une revue de la littérature sur le risque d'événement thromboembolique veineux (ETV) des contraceptifs hormonaux non oraux, comme le patch, et analysé une publication récente. Suite à cette analyse, l'EMA a recommandé, en novembre 2012, que le Résumé des caractéristiques du produit (RCP) d'EVRA reflète les données des études épidémiologiques récentes suggérant une comparaison par rapport aux femmes qui utilisent un contraceptif oral combiné à base de lévonorgestrel (progestatif dit de « 2^e génération »).

Suite à cette recommandation, la rubrique 4.4 « Précautions d'emploi et Mises en garde » du RCP d'EVRA a été modifiée lors du Comité européen des médicaments à usage humain de janvier 2013, afin d'inclure la mention du risque d'ETV doublé : Rubrique 4.4 « Précautions d'emploi et Mises en garde » : « Des données issues d'études épidémiologiques ont suggéré que l'incidence des ETV chez les femmes utilisant EVRA est jusqu'à deux fois plus élevée par rapport aux femmes utilisant un contraceptif oral à base de lévonorgestrel (dit contraceptif oral de 2^e génération) ».

La rubrique 4.8 « effets indésirables » reste inchangée, et précise que les événements thromboemboliques veineux avec EVRA sont rares (fréquence comprise entre 1 pour 1 000 et 1 pour 10 000 femmes). Concernant le risque de thrombose artérielle, phénomène qui peut notamment entraîner un accident vasculaire cérébral ou un infarctus du myocarde, il n'y a pas de données suggérant que le risque est différent des autres contraceptifs combinés comme ceux pris par voie orale. En effet, il existe un surrisque de thrombose artérielle par rapport à une non-utilisation.

Recommandations sur les COC

En outre, il est rapporté ; en annexe 5 du site de l'ANSM, dans les recommandations concernant la publicité pour les contraceptifs oraux combinés et autres contraceptifs combinés :

- le risque thromboembolique veineux sous contraceptifs oraux combinés est rare mais grave. En 2011, l'Agence européenne du médicament (EMA) a réévalué le rapport bénéfice/risque* des COC de 3^e génération et des COC dits de 4^e génération contenant de la drospirénone, les conclusions de cette réévaluation ont donné lieu à un point d'information de l'ANSM en date du 1^{er} octobre 2012 ;
- le rapport bénéfice/risque des COC reste positif quelle que soit leur composition, à condition de respecter les contre-indications et les précautions d'emploi. C'est pourquoi il est essentiel, en prescrivant une contraception œstroprogestative, quelle qu'elle soit, de ne pas ignorer l'augmentation du risque thromboembolique veineux ainsi que la présence de facteurs de risque cardio-vasculaire associés pour lesquels une contraception œstroprogestative est contre-indiquée.

Fiche de bon usage du médicament HAS 2012 « Contraceptifs oraux œstroprogestatifs : préférez les pilules de 1^{re} ou 2^e génération » (12)

- Les contraceptifs oraux œstroprogestatifs (COEP) sont parmi les moyens les plus efficaces (indice de Pearl < 1) pour la prévention des grossesses non désirées.

- L'efficacité des différents types de COEP est du même ordre.
- Tous les contraceptifs œstroprogestatifs sont associés à une augmentation du risque d'accident thromboembolique artériel ou veineux. Avant leur prescription, il est indispensable de rechercher des facteurs de risque thromboembolique personnels ou familiaux. Chez les femmes ayant des facteurs de risque constituant une contre-indication, un autre mode de contraception devra être proposé. Si le risque cardio-vasculaire lié aux COEP est faible dans l'absolu, il est accru en cas d'association à d'autres facteurs de risque, à réévaluer à chaque prescription, notamment :
 - tabagisme : l'arrêt du tabac doit être préconisé et accompagné ;
 - anomalies de la coagulation, d'origine génétique en particulier : il faut les rechercher en cas d'antécédents familiaux (et bien sûr personnels) d'accidents cardio-vasculaires ;
 - âge : le risque thromboembolique augmentant avec l'âge, le rapport bénéfice/risque des COEP devra être réévalué individuellement et de façon régulière à partir de 35 ans.
- Les utilisatrices de COEP doivent être informées des signes évocateurs d'accident vasculaire.
- Les COEP dits de 3^e génération (C3G, contenant du désogestrel, du gestodène ou du norgestimate) exposent les femmes à un surrisque d'accident thromboembolique veineux par rapport aux COEP dits de 1^{re} ou 2^e génération (C1G ou C2G).
 - Chez la femme en bonne santé sans autre facteur de risque, ce risque est d'environ 0,02 % par an avec les C1G/C2G (contenant moins de 50 µg d'éthinyl-estradiol [EE]) ; avec les C3G, il passe à 0,04 % par an (soit 4 accidents par an au lieu de 2 pour 10 000 utilisatrices).
 - Le risque thromboembolique veineux lié aux COEP est maximal dans les 12 premiers mois. Il diminue avec la durée de prise de la contraception, mais le surrisque lié aux C3G par rapport aux C1G/C2G (contenant moins de 50 µg d'EE) persiste.
 - Lors de la prescription d'une contraception orale œstroprogestative, il convient de préférer les C1G/C2G (contenant moins de 50 µg d'EE)
 - Le surrisque thromboembolique veineux ne justifie pas un arrêt brutal d'une C3G jusque-là bien supportée. À l'issue de la prescription en cours, le prescripteur envisagera avec la femme déjà sous C3G la méthode contraceptive la plus appropriée pour elle (autre contraceptif oral, dispositif intra-utérin, etc.).
- Aucune étude n'a démontré que les C3G apportaient un bénéfice supplémentaire par rapport aux C1G/C2G sur les effets indésirables comme l'acné, la prise de poids, les nausées, les mastodynies, la dysménorrhée, l'aménorrhée et les méno-métrorragies.
- Du fait de leur moindre risque thromboembolique veineux pour une efficacité comparable, la HAS considère que les contraceptifs oraux de 1^{re} ou de 2^e génération doivent être préférés à ceux de 3^e génération.

Pour plus d'informations, se référer au document de synthèse de la HAS « Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles » (13).

1.3 Prescription d'une méthode progestative

1.3.1 Recommandations Anaes 2004 (2)

Bien que la pratique ait réservé son usage en 2^e intention pour les femmes qui présentent certaines CI (notamment cardio-vasculaires), la contraception progestative 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, le retard de prise ne devant pas dépasser 3 heures (sauf mention spéciale de l'AMM).

L'implant sous-cutané à l'étonogestrel a fait preuve de son excellente efficacité (lorsque la technique de pose est respectée), et peut constituer une alternative intéressante, notamment pour des femmes sujettes à des problèmes d'observance. Sa prescription ne peut cependant être envisagée qu'au regard de sa mauvaise tolérance (mauvais contrôle du cycle, risque accru de saignements, aménorrhée, etc.), et à condition que l'absence de règles soit bien tolérée.

Le groupe de travail rappelle que bien que la pratique ait constaté leur efficacité contraceptive, l'indication contraceptive des macroprogestatifs est peu fréquente, et que les macroprogestatifs utilisés en pratique courante ne disposent généralement pas de cette indication dans leur AMM³. En conséquence leur prescription, hors AMM et dans le cadre contraceptif courant, relève de la responsabilité propre du prescripteur.

Pareillement, la contraception progestative injectable n'est à considérer qu'en cas de difficultés d'observance ou dans des contextes socioculturels particuliers. La recherche d'une contraception progestative de longue durée d'action fera plutôt envisager l'utilisation d'un implant sous-cutané ou d'un dispositif intra-utérin (DIU) au lévonorgestrel (LNG).

La bonne efficacité de ces méthodes doit être envisagée au regard de leur tolérance (considérée comme moins bonne que celle des méthodes œstroprogestatives), notamment en raison des effets indésirables inhérents au mauvais contrôle du cycle. On note ainsi fréquemment, pour les microprogestatifs :

- des signes pouvant évoquer une hyperœstrogénie : mastodynie, œdèmes cycliques, douleurs pelviennes ;
- des perturbations du cycle menstruel (saignements, absence ou irrégularités des règles) qui s'observent chez environ 70 % des utilisatrices ;
- des kystes fonctionnels de l'ovaire.

Sur la base d'études de faible niveau de preuve et d'arguments indirects (cliniques ou obtenus *in vitro* et *ex vivo*), il est possible d'utiliser ces méthodes contraceptives dans certaines situations où les pilules œstroprogestatives sont contre-indiquées. Néanmoins :

- la littérature sur le risque de cancer du sein porte le plus souvent sur la contraception orale (en majorité œstroprogestative), et ne permet pas de distinguer les parts de risque attribuables aux œstrogènes ou aux progestatifs. Les études plus spécifiques des effets de la contraception par progestatif seul sur le risque de cancer du sein sont contradictoires (niveau de preuve 2). Des tumeurs progestagènes dépendantes ont été décrites ;
- la littérature rapporte un surrisque d'accident thromboembolique veineux pour les progestatifs injectables et pour les macroprogestatifs, notamment lors de leur utilisation avec un objectif thérapeutique (par ex. troubles menstruels) (niveau de preuve 3). En revanche, aucun effet artériel ne semble démontré, et ne peut être exclu *a priori*. Par ailleurs, les quelques études ayant analysé spécifiquement les effets cardio-vasculaires de la contraception microprogestative ne permettent pas d'exclure que de tels effets puissent être retrouvés avec ce mode de

³ Seuls 2 norstéroïdes l'orgamétril® et Primolut-Nor®) en disposent. Ils sont, le plus souvent, prescrits en cas de pathologies annexes.

contraception ; elles indiquent en revanche que s'ils existaient, ces effets seraient probablement d'une ampleur minimale (niveau de preuve 3).

En l'état, de même que l'indiquent leurs AMM, et en plus des cas d'hypersensibilité à l'un des composants et des cas de grossesse suspectée ou avérée, les méthodes progestatives restent donc contre-indiquées en cas :

- d'accidents thromboemboliques veineux évolutifs ;
- d'antécédents d'accidents thromboemboliques veineux (sauf pour les microprogestatifs, l'implant à l'étonogestrel et le DIU au lévonorgestrel) ;
- d'antécédents ou d'accidents thromboemboliques artériels (sauf pour les microprogestatifs, l'implant à l'étonogestrel et le DIU au lévonorgestrel) ;
- de tumeurs sensibles aux progestatifs ; cancer du sein et cancer de l'endomètre ;
- d'hémorragie génitale non expliquée ;
- de présence ou d'antécédents de pathologie hépatique sévère, tant que les paramètres hépatiques ne sont pas normalisés.

Les progestatifs « microdosés » ne doivent pas être prescrits en cas d'affection mammaire et/ou utérine, de dysfonctionnement ovarien (AMM). Compte tenu de la diminution de motilité tubaire qu'ils induisent, ils ne sont pas indiqués en cas d'antécédent ou de risque de grossesse extra-utérine (GEU).

En raison du risque de diminution de l'efficacité contraceptive, lorsque ces hormones sont associées à des inducteurs enzymatiques, à certains inhibiteurs de protéases du VIH et au modafinil, et en raison d'un risque de galactorrhée en cas d'association à la flunarazine, il est recommandé de demander à la consultante de signaler tout traitement en cours, et le cas échéant de lui conseiller une alternative contraceptive non hormonale, en particulier de type mécanique.

1.3.2 Pilule progestative seule

Ont été identifiées et retenues :

- les recommandations de la *Faculty of sexual and reproductive healthcare* sur les pilules progestatives (14) ;
- les recommandations pratiques de l'OMS 2005 (actualisées en 2008) sur l'utilisation des méthodes contraceptives (4,5).

► Recommandations de bonne pratique

Recommandations de la *Faculty of sexual and reproductive healthcare* sur les pilules progestatives (14)

Évaluation clinique

- Les professionnels de santé doivent se familiariser avec les critères d'éligibilité médicale au Royaume-Uni pour la pilule progestative. Les antécédents médicaux doivent être renseignés spécifiquement. L'utilisation des pilules progestatives est contre-indiquée (catégories 3 ou 4) en cas de cancer du sein actuel ou passé, de tumeurs du foie, d'hépatite virale active ou grave, de cirrhose décompensée, de néoplasie trophoblastique gestationnelle avec hCG anormale, d'utilisation simultanée de médicaments inducteurs enzymatiques.
- La pression artérielle et une évaluation du poids doivent être documentées avant de commencer une pilule progestative, mais cela doit être considéré comme faisant partie d'un bilan de santé plus général (practice point).

Informations à donner aux femmes

- Les pilules progestatives traditionnelles (contenant noréthistérone, diacétate de lévonorgestrel ou éthynodiol) ont pour mode d'action de modifier la glaire cervicale pour empêcher la pénétra-

tion des spermatozoïdes et pour certaines l'inhibition de l'ovulation (grade C). La pilule au désogestrel modifie également la glaire cervicale, mais son mode d'action principal est l'inhibition de l'ovulation (grade C).

- Si elle est utilisée régulièrement, la pilule progestative a une efficacité de 99 %. Il n'y a pas de données suggérant que certaines pilules soient plus efficaces que d'autres (grade B).
- Idéalement, il est recommandé de prendre une pilule progestative à la même heure chaque jour et sans un intervalle sans pilule. Certaines femmes peuvent considérer que la pilule au désogestrel, avec sa fenêtre de 12 heures, permettra d'améliorer leur prise, et elles doivent être soutenues dans ce choix (grade C).
- Il n'existe aucune preuve que l'efficacité des pilules progestatives (traditionnelles ou au désogestrel) soit réduite chez les femmes pesant plus de 70 kg, et donc l'utilisation sous licence d'une pilule par jour est recommandée (grade B).
- Si il y a un retard à la prise de plus de 3 heures pour une pilule progestative traditionnelle ou de plus de 12 heures de retard pour d'une pilule au désogestrel, il est recommandé de :
 - prendre la pilule en retard ou manquée immédiatement ;
 - continuer à prendre la pilule comme d'habitude (ce qui peut vouloir dire prendre deux comprimés en même temps) ;
 - utiliser des préservatifs ou s'abstenir de rapports sexuels pendant 48 heures après la prise de la pilule (grade C).
- Si une femme vomit dans les 2 heures suivant la prise de la pilule, une autre pilule doit être prise le plus tôt possible (grade C).
- Il est recommandé aux femmes utilisant des médicaments inducteurs d'utiliser des préservatifs en plus de la pilule progestative, et pendant au moins 4 semaines après arrêt de l'inducteur enzymatique. Les femmes utilisant des inducteurs enzymatiques à long terme doivent être informées que l'efficacité des pilules progestatives est réduite et qu'une autre méthode contraceptive doit être envisagée (grade C). L'efficacité des pilules progestatives n'est pas réduite par l'utilisation d'antibiotiques non-inducteurs enzymatiques, et aucune contraception supplémentaire n'est nécessaire (grade C).
- Il n'y a pas de retard dans le retour de la fécondité après l'arrêt d'une pilule progestative et, par conséquent, si la grossesse n'est pas désirée, une autre méthode de contraception efficace peut être nécessaire (grade C).
- Des troubles des règles sont habituels sous pilule progestative : 2 femmes sur 10 n'ont pas de saignement, 4 femmes sur 10 ont un profil de saignement régulier, et 4 femmes sur 10 ont des saignements irréguliers (grade C).
- Il n'y a aucune preuve d'un lien de causalité entre l'utilisation des pilules progestatives et le changement de poids, la dépression, les maux de tête, les maladies cardio-vasculaires (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral et maladie thromboembolique veineuse) ou le cancer du sein (grade C).
- Les femmes de tout âge présentant des migraines, avec ou sans aura, peuvent utiliser les pilules progestatives (grade C).

Quand démarrer ?

- Aucun autre moyen contraceptif n'est nécessaire si les pilules progestatives sont démarrées :
 - jusqu'à et y compris 5 jours du cycle menstruel ;
 - jusqu'à et y compris le jour 21 post-partum ;
 - jusqu'à 5 jours après un avortement ou une fausse couche (gestation < 24 semaines).
- En dehors de ces situations, l'utilisation de préservatif ou l'abstinence sont recommandées pendant 48 heures (grade C).

Utilisation en cours et suivi

- En l'absence de problèmes particuliers, il peut être prescrit jusqu'à 12 mois de pilule progestative. Le suivi devrait être adapté à la personne, et les femmes doivent être conseillées de revenir à tout moment en cas de problème (grade C).
- Les femmes peuvent être informées qu'une pilule progestative peut être poursuivie jusqu'à l'âge de 55 ans.

Gestion des saignements

- Les femmes, qui ont des troubles des règles lors de l'utilisation d'une pilule progestative, doivent être évaluées afin d'exclure une infection sexuellement transmissible, une grossesse ou une pathologie gynécologique (*practice point*).
- Il n'existe aucune preuve que la modification du type et/ou de la dose de progestatif permettra d'améliorer les hémorragies, mais cela peut aider certaines patientes. Après exclusion des autres causes, si les saignements sont toujours inacceptables, il peut être nécessaire qu'un autre contraceptif soit envisagé (*practice point*).

Recommandations pratiques de l'OMS 2005 (actualisées en 2008) (4,5)

Suivi

- Pas de suivi systématique si allaite, suivi à 3 mois après le démarrage si n'allait pas. Consultation annuelle non nécessaire.
- Conseiller à la femme de revenir à tout moment si elle veut discuter des effets secondaires ou d'autres problèmes ou si elle souhaite changer de méthode.
- En cas d'allaitement, expliquer à la femme que lorsqu'elle va sevrer l'enfant ou réduire la fréquence des tétées, elle devra revenir pour un complément d'information et de conseils en matière de contraception.

Quand démarrer ?

- Femme ayant des cycles réguliers : dans les 5 jours suivant le début des règles. Aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire. Démarrage possible à tout moment du cycle si l'on a de bonnes raisons de considérer qu'elle n'est pas enceinte. Si plus de 5 jours se sont écoulés depuis le début des règles, elle devra s'abstenir de rapport sexuel ou avoir recours à un autre moyen de contraception pendant les 2 jours qui suivent.

► Données réglementaires

Extraites du document « Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles » (13)

Les pilules macroprogestatives n'ont pas l'AMM dans l'indication contraception en France. Seules les pilules microprogestatives ont l'AMM dans l'indication contraception.

Deux spécialités de pilules microprogestatives sont commercialisées en France : l'une à base de lévonorgestrel (Microval®, remboursée), l'autre à base de désogestrel (Cerazette®, non remboursée).

Les contre-indications sont :

- « pour Cérazette : hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients ; accidents thromboemboliques veineux évolutifs ; présence ou antécédent d'affection hépatique sévère, tant que les paramètres de la fonction hépatique ne sont pas normalisés ; tumeurs malignes sensibles aux stéroïdes sexuels connues ou suspectées ; hémorragies génitales inexplicables ; en association avec le millepertuis ;
- pour Microval : hépatite et antécédents récents d'hépatite ; insuffisance hépatique ; cancer du sein ou antécédent personnel de cancer du sein ; cancer de l'endomètre ; hypersensibilité au lévonorgestrel ou à l'un des composants de MICROVAL ; association avec millepertuis ; adé-

nome ou carcinome hépatique ; hémorragies génitales non diagnostiquées ; accidents thromboemboliques veineux évolutifs ».

Principaux effets indésirables :

- « Les données montrant un surrisque thromboembolique veineux ou artériel ne concernent que les contraceptifs oraux qui contiennent à la fois un œstrogène et un progestatif (appelés contraceptifs oraux combinés [COC] ou pilules œstroprogestatives ou encore pilules combinées). Les contraceptifs comportant un progestatif seul tel que CERAZETTE (désogestrel) ou MICROVAL (lévonorgestrel) ne font pas partie des contraceptifs entraînant ce surrisque (4).
- La contraception progestative peut être utilisée en cas d'antécédent de thrombose. Cependant, par précaution, elle est contre-indiquée en cas de thrombose en cours (6).
- La contraception par CERAZETTE doit être arrêtée en cas d'hypertension artérielle apparaissant ou non contrôlée sous traitement.
- Des aménorrhées, irrégularités menstruelles, saignements intermenstruels, *spotting*, peuvent survenir sous traitement ».

Pour plus d'informations, se référer au document de synthèse de la HAS « Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles » (13).

1.3.3 Implant progestatif

Ont été identifiées et retenues :

- les recommandations de la *Faculty of sexual and reproductive healthcare* sur les implants progestatifs (recommandations de 2008, actualisées en janvier 2009) (15) ;
- les recommandations du *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) sur les méthodes contraceptives de longue durée d'action (recommandations 2005 revalidées en 2011) (3) ;
- les recommandations pratiques de l'OMS 2005 (actualisées en 2008) sur l'utilisation des méthodes contraceptives (4,5).

► Recommandations de bonne pratique

Recommandations de la *Faculty of sexual and reproductive healthcare* sur les progestatifs injectables (recommandations de 2008, actualisées en janvier 2009) (15)

Les informations médicales requises lors de la pose d'un implant progestatif sont les suivantes :

Antécédents médicaux et examen clinique :

- âge,
- contraception utilisée antérieurement et problèmes rencontrés, y compris la contraception d'urgence,
- antécédents menstruels, y compris la date des dernières règles,
- antécédents médicaux, gynécologiques, chirurgicaux,
- allergies,
- traitements en cours,
- vie sexuelle.

Informations, conseils et orientation :

- choix de contraception discutés,
- bénéfices/risques/incertitudes discutés,
- mode d'action et efficacité de l'implant,
- durée d'utilisation,

- effets sur les saignements,
- effets au site d'insertion,
- explication de l'insertion et de la procédure de retrait
- consentement obtenu,
- dépliant donné.

Détails de la procédure d'insertion :

- anesthésie locale utilisée,
- site d'insertion,
- type d'implant inséré, numéro de lot et date d'expiration,
- implant palpable après l'insertion,
- problèmes rencontrés, le cas échéant, et mesures prises.

Conseils postinsertion :

- conseils d'entretien pour le site d'insertion,
- instructions spéciales (le cas échéant) (ex. : la contraception supplémentaire pour 7 jours),
- programmer une consultation de suivi.

Suivi :

- problèmes rencontrés (le cas échéant) et mesures prises,
- implant palpable en position sous-cutanée,
- si le retrait est prévu, autre méthode de contraception discutée et/ou les autres questions examinées.

Détails du retrait :

- raison de la suppression,
- méthode de contraception alternative conseillée/fournie (le cas échéant),
- anesthésie locale utilisée.

Points d'informations aux patientes

- Le mode d'action de l'implant progestatif est l'inhibition de l'ovulation (grade B).
- La durée d'utilisation de l'implant progestatif est de 3 ans (grade C).
- Un implant progestatif peut être inséré le jour d'une intervention chirurgicale ou dans la seconde partie d'un avortement médicamenteux ou immédiatement après une fausse couche sans contraception supplémentaire nécessaire. Un implant posé plus de 5 jours après un avortement ou une fausse couche, nécessite une contraception supplémentaire pendant 7 jours (*practice point*).
- Le risque de grossesse ectopique est réduit avec un implant progestatif par rapport à l'absence de contraception (grade B).
- Les femmes avec un IMC > 30 kg/m² peuvent utiliser les progestatifs, seuls implants sans aucune restriction ou une réduction de l'efficacité contraceptive pendant toute la durée d'utilisation prévue (grade C).
- Il n'existe aucune preuve d'un retard dans le retour de fécondité après le retrait d'un implant progestatif (grade B).
- Des modifications des règles sont possibles lors de l'utilisation d'un implant progestatif (grade C) : 20 % des utilisatrices n'auront aucun saignement ; près de 50 % présenteront un saignement plus rare, fréquent ou prolongé (grade C). Les règles peuvent rester irrégulières dans le temps (grade C).
- Il n'existe pas de lien de causalité entre l'utilisation d'un implant progestatif et un changement de poids ou d'humeur, une perte de libido ou des céphalées (grade C).

- L'acné peut s'améliorer, apparaître ou s'aggraver lors de l'utilisation d'un implant (grade C).
- Les cliniciens doivent être conscients du fait que l'arrêt précoce des implants est commun (plus de 43 % sous les 3 ans) (grade C).
- Il y a peu ou pas d'augmentation du risque de thromboembolie veineuse associé à l'utilisation d'un implant progestatif (grade C).
- Il n'existe aucune preuve d'un effet cliniquement significatif sur la densité minérale osseuse avec l'utilisation d'un implant progestatif (grade B).
- Les femmes utilisant des médicaments inducteurs enzymatiques à court terme (< 3 semaines) peuvent continuer avec l'implant progestatif. Une contraception supplémentaire (préservatifs) doit être utilisée jusqu'à 4 semaines après l'arrêt des inducteurs enzymatiques. Une autre méthode de contraception devrait être choisie si les médicaments inducteurs enzymatiques doivent être utilisés à long terme (*practice point*).

Insertion

- Toutes les femmes en post-partum (y compris celles qui allaitent) peuvent utiliser un implant progestatif sans restriction (grade C).
- Un implant progestatif peut être inséré à n'importe quel moment du post-partum à partir du jour 21 avec une protection contraceptive immédiate. S'il est inséré après le jour 21, le préservatif ou l'abstinence doivent être recommandés pendant 7 jours (grade C). L'utilisation avant le Jour 21 peut être associée à des saignements (*practice point*).
- Les professionnels de santé qui posent et enlèvent les implants progestatifs doivent être convenablement formés et maintenir leurs compétences (grade C).
- Un équipement d'urgence doit être disponible dans tous les contextes où la contraception sous-cutanée est insérée ou retirée, et des protocoles d'aiguillage locaux doivent être en place pour les femmes qui nécessitent une intervention médicale supplémentaire (grade C).
- Une technique aseptique doit être appliquée à l'insertion et le retrait des implants. Une anesthésie locale appropriée doit être réalisée avant l'insertion et le retrait des implants (*practice point*).
- L'antibioprophylaxie pour l'endocardite lors de l'insertion et du retrait n'est pas recommandé (*practice point*).

Suivi

- Un suivi systématique n'est pas nécessaire. Les femmes devraient être invitées à revenir à tout moment pour discuter des problèmes, ou si elles veulent changer leur méthode contraceptive.
- Les femmes devraient être invitées à venir consulter si elles ne peuvent pas sentir l'implant, remarquent un changement dans la forme ou des modifications de la peau autour du site de l'implant, ressentent une douleur, ont un désir de grossesse ou présentent une nouvelle contre-indication (*practice point*).
- Les femmes à risque plus élevé d'infections sexuellement transmissibles (IST) (c'est-à-dire celles < 25 ans ou > 25 ans avec un nouveau partenaire sexuel, ou plus d'un partenaire dans la dernière année) devraient être conseillées d'utiliser des préservatifs en plus de l'implant (grade C).

Problèmes liés à l'utilisation

- Une consultation médicale doit être conseillée aux femmes qui ont des saignements inacceptables lors de l'utilisation de l'implant progestatif pour établir les risques d'IST et/ou pour rechercher une pathologie gynécologique.
- Les femmes qui ont des saignements inacceptables lors de l'utilisation de l'implant progestatif, et pour lesquelles des infections gynécologiques sont exclues, peuvent se voir offrir de l'acide méfénamique ou du thinylestradiol comme une pilule contraceptive orale combinée en traitement à court terme (grade C).
- Il n'existe aucune preuve d'un effet tératogène d'un implant progestatif, si une femme tombe enceinte.

Retrait

- La fertilité est restaurée rapidement après le retrait de l'implant progestatif, et une contraception efficace est nécessaire en absence de désir de grossesse (grade B).
- En cas de difficulté lors du retrait de l'implant, celui-ci doit être localisé par échographie. Il peut être nécessaire de faire retirer les implants insérés profondément par un spécialiste (*practice point*).

Recommandations du NICE sur les méthodes contraceptives de longue durée d'action (recommandations 2005 revalidées en 2011) (3)

- Les femmes doivent être informées de l'efficacité contraceptive, des effets sur les menstruations, des risques et effets indésirables.
- **Efficacité contraceptive**
 - Taux de grossesse faible : < 1/1 000 sur 3 ans (grade C).
 - Il peut être utilisé pendant 3 ans (grade D).
 - Pas de preuve d'un retard dans le retour de la fertilité après le retrait (grade C).
- **Effets sur les règles**
 - Modifiées par l'utilisation de l'implant (grade C) et souvent irrégulières (grade C).
 - 20 % des femmes n'ont plus de règles, 50 % ont des règles rares, fréquentes ou prolongées (grade C).
 - Les dysménorrhées peuvent être réduites par l'utilisation de l'implant (grade C).
- **Risques et effets indésirables**
 - Taux de retrait avant 3 ans : 43 % (33 % en raison de règles irrégulières et moins de 10 % pour d'autres raisons) (grade C).
 - Pas de preuve d'impact sur le poids, l'humeur, la libido ou les maux de tête (grade C).
 - Implant utilisable en cas d'acné (grade C).
- **Conditions médicales et contre-indications**
 - Pas de preuve de variation de l'efficacité ou des effets indésirables en fonction de l'âge de la patiente (grade C), ni de l'augmentation du risque d'IST ou HIV (grade D), ni de l'impact sur le DMO (grade C).
 - Les implants restent efficaces chez les femmes de plus de 70 kg (grade D).
 - Les implants peuvent être utilisés en toute sécurité chez les femmes qui allaitent (grade C) ou celles qui ont une contre-indication aux œstrogènes (grade C).
 - Les implants ne sont pas contre-indiqués chez les diabétiques (grade D).
 - Les implants sont une méthode efficace et sûre chez les patientes atteintes d'IST dont HIV (l'utilisation de préservatif doit être encouragée dans ce groupe) (grade D).
 - Toutes les méthodes à base de progestatif peuvent être utilisées en cas de migraine avec ou sans aura (grade D).
 - L'implant n'est pas recommandé chez les femmes prenant des médicaments inducteurs enzymatiques.
- **Mise en place**
 - Chez les femmes dont on est raisonnablement certain qu'elles ne sont pas enceintes, mise en place possible à tout moment (mais chez les femmes en aménorrhée ou à plus de 5 jours du début des règles, utiliser une méthode barrière en plus pendant au moins 7 jours) (grade D).
 - Informer les femmes que l'insertion et le retrait peuvent être inconfortables, mais les problèmes techniques sont peu fréquents (< 1/100) (grade C).
- **Suivi**

- ▶ Pas de suivi en routine nécessaire, mais néanmoins informer la patiente de consulter si elle veut discuter de problèmes, changer de méthode, ou si la durée d'utilisation est atteinte et le retrait nécessaire (grade D).
- ▶ Pas d'évidence d'effet tératogène mais, en cas de grossesse, l'implant doit être retiré (grade D).
- ▶ Si un implant ne peut pas être palpé (insertion profonde, migration, réaliser une échographie avant le retrait. Les implants insérés profondément nécessitent souvent d'être retirés par un spécialiste (grade D).

Recommandations pratiques de l'OMS 2005 (actualisées en 2008) (4,5)

Suivi de l'implant progestatif

- Pas de suivi systématique nécessaire.
- Conseiller à la femme de revenir à tout moment si elle veut discuter des effets secondaires ou d'autres problèmes ou si elle souhaite changer de méthode.
- Conseiller à la femme de revenir quand le moment sera venu de retirer l'implant.

Quand démarrer l'implant progestatif ?

- Femme ayant des cycles réguliers : dans les 7 jours suivant le début des règles. Aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire. Pose de l'implant possible à tout moment du cycle si l'on a de bonnes raisons de considérer qu'elle n'est pas enceinte. Si plus de 7 jours se sont écoulés depuis le début des règles, elle devra s'abstenir de rapport sexuel ou avoir recours à un autre moyen de contraception pendant les 7 jours qui suivent.

Combien de temps peut-on laisser en place un implant au lévonorgestrel ?

- Norplant :
 - ▶ femme de moins de 70 kg lors de l'insertion : pendant 7 ans. La prise de poids au-delà de 70 kg peut diminuer l'efficacité au-delà de 4 à 5 ans ;
 - ▶ femme entre 70 et 79 kg lors de l'insertion : implant moins efficace au-delà de la 5^e année d'utilisation. Revenir consulter au bout de 4 ans : entre 70 et 79 kg, la décision d'aller jusqu'à 7 ans lui appartient. Au-delà de 80 kg, envisager le retrait des implants au-delà de 4 ans en raison de la perte d'efficacité ;
 - ▶ femme de plus de 80 kg lors de l'insertion : revenir consulter au bout de 4 ans, envisager le retrait des implants au-delà de 4 ans.
- Jadelle : implant pendant 5 ans sauf si poids \geq 80 kg où retrait à envisager au bout de 4 ans.

▶ Données réglementaires

Seul l'implant à l'étonogestrel est commercialisé en France (Nexplanon®, ex-Implanon®).

Implanon® (avis de la Commission de la transparence du 6 juillet 2005, renouvelé le 28 avril 2010) (16,17)

- Indication :

« Contraception. La sécurité et l'efficacité ont été établies chez les femmes entre 18 et 40 ans ».

- Place dans la stratégie thérapeutique :

En seconde intention, chez les femmes présentant une contre-indication ou une intolérance aux contraceptifs œstroprogestatifs et aux dispositifs intra-utérins ou chez les femmes présentant des problèmes d'observance à la contraception orale ; le recours à cette méthode contraceptive permet de s'exonérer des contraintes liées à l'observance de la prise.

Pour plus d'informations, se référer au document de synthèse de la HAS « Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles » (13).

1.3.4 Progestatif injectable (injections d'acétate de médroxyprogestérone retard ou DMPA)

Ont été identifiées et retenues :

- les recommandations de la *Faculty of sexual and reproductive healthcare* sur les progestatifs injectables (recommandations de 2008, actualisées en juin 2009) (18) ;
- les recommandations du *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) sur les méthodes contraceptives de longue durée d'action (recommandations 2005 revalidées en 2011) (3) ;
- les recommandations pratiques de l'OMS 2005 (actualisées en 2008) sur l'utilisation des méthodes contraceptives (4,5).

► Recommandations de bonne pratique

Recommandations de la FSRH (recommandations 2008, actualisées en juin 2009) (18)

Quelle information à donner aux femmes ?

- Mode d'action et efficacité (acétate de dépomédroyprogestérone [DMPA], énanthate de noréthistérone [NET-EN]) :
 - les progestatifs injectables fonctionnent principalement par inhibition de l'ovulation (grade C) ;
 - le taux de grossesse avec les progestatifs injectables est < 4/1 000 à plus de 2 ans (grade A) ;
 - l'efficacité des progestatifs injectables n'est pas réduite par les antibiotiques ou les médicaments inducteurs enzymatiques du foie, et les injections peuvent être poursuivies à intervalles habituels (grade C) ;
 - les femmes doivent être informées des saignements possibles qui peuvent se produire avec un progestatif injectable, en particulier jusqu'à 70 % des utilisatrices ont des aménorrhées dans la première année d'utilisation (grade B). Environ 50 % des utilisatrices auront cessé à 1 an en raison de ces modifications. Les femmes devraient être informées (oralement et par écrit) des raisons principales d'arrêt aux progestatifs injectables (grade A).
- Éventuels inconvénients :
 - l'utilisation de progestatifs injectables est associée à un gain de poids (grade C). Il n'existe aucune preuve d'une association avec une dépression ou des maux de tête (grade C) ;
 - il peut y avoir un retard dans le retour de la fertilité pouvant aller jusqu'à 1 an après l'arrêt, mais sans réduction de la fécondité (grade C) ;
 - l'utilisation d'injections de DMPA est associée à une faible perte de densité minérale osseuse, qui est généralement réversible après l'arrêt (grade B). Il n'existe aucune preuve d'un risque accru de fracture (accord d'experts)⁴. Chez les femmes de moins de 18 ans, les injections de DMPA peuvent

⁴ Depuis cette recommandation datant de 2009, deux revues *Cochrane* ont été réalisées sur le risque de fracture chez les femmes sous contraception hormonale :

- la première revue date de 2011 (19), et incluait toutes les études randomisées évaluant la survenue de fractures, la DMO ou des marqueurs du renouvellement osseux chez les femmes sous contraception hormonale (pilules œstroprogestatives, patch œstroprogestatif, implants progestatifs, progestatifs injectables). La recherche portait jusqu'en 2011 sur les bases *Medline*, *Popline*, *Cochrane Central Register of Controlled Trial*, *Embase*, *Lilacs*. Au total, 16 études ont été incluses, dont 5 concernaient les injections IM de DMPA. Ces études dont la durée de suivi variait de 6 à 24 mois ont confirmé la diminution de DMO chez les femmes sous DMPA. La réversibilité n'était pas renseignée ;

- la deuxième revue date de 2012 (20), et incluait les études observationnelles évaluant uniquement la survenue de fractures chez les femmes sous contraception hormonale (pilules œstroprogestatives, patch œstroprogestatif, implants progestatifs, progestatifs injectables). La recherche portait jusqu'en mai 2012 sur les bases *Medline*, *Popline*, *Cochrane Central Register of Controlled Trial*, *Lilacs*, *Embase*, *Cinhal*, *Web of science*.

être utilisées après que les autres méthodes ont été envisagées (grade C). Sur ce point, le FSRH précise également qu'une réévaluation du rapport bénéfice/risque du DMPA devrait être considérée tous les 2 ans chez celles qui veulent continuer et, chez les femmes avec des facteurs de risque d'ostéoporose, d'autres méthodes de contraception devraient être pensées.

Démarrage

- Afin de fournir une protection immédiate, la contraception par un progestatif injectable ne peut être donnée que jusqu'à et y compris 5 jours du cycle menstruel.
- Démarrée à d'autres moments, l'usage d'une méthode de contraception supplémentaire, comme des préservatifs est recommandé pendant 7 jours.

Utilisation et suivi

- Pour les femmes qui veulent continuer à utiliser un progestatif injectable, une discussion sur la balance bénéfices/risques doit être effectuée tous les 2 ans. Les femmes présentant des facteurs de risques médicaux ou d'ostéoporose devraient peut-être envisager d'autres méthodes de contraception.
- Les femmes devraient être invitées à participer à des injections répétées de DMPA toutes les 12 semaines. Si nécessaire, une injection de rappel peut être faite jusqu'à 2 semaines de retard (14 semaines depuis la dernière injection), sans avoir besoin de contraceptifs supplémentaires (NB : cette utilisation est hors licence) (grade C).
- Les femmes qui présentent des saignements inacceptables lors de l'utilisation de progestatifs injectables devraient être contrôlées sur le risque d'IST (en particulier *Chlamydia trachomatis*) et la possibilité d'une pathologie gynécologique doit être envisagée (grade C).

Recommandations du NICE sur les méthodes contraceptives de longue durée d'action (recommandations 2005 revalidées en 2011) (3)

- Les femmes doivent être informées de l'efficacité contraceptive, des effets sur les règles, des risques et effets indésirables.
- Efficacité contraceptive :
 - taux de grossesse faible : < 4/1 000 sur 2 ans ; le taux de grossesse avec l'acétate de dépomédroxyprogesterone (DMPA) est plus faible qu'avec l'énanthate de noréthistérone (NET-EN) (grade C) ;
 - le DMPA doit être réinjecté toutes les 12 semaines, et le NET-EN toutes les 8 semaines (grade C) ;
 - le retour d'une fertilité normale peut prendre 1 an après l'arrêt des injections (grade C) ;
 - si une femme souhaite changer de contraception, elle doit démarrer l'autre méthode immédiatement même si l'aménorrhée persiste (grade D).
- Effets sur les règles :
 - l'aménorrhée est habituelle sous progestatif injectable : plus souvent avec le DMPA que le NET-EN, plus souvent avec le temps, sans préjudice (grade C) ;
 - environ 50 % des femmes arrêtent cette contraception au bout d'un an, le plus souvent en raison des troubles des règles comme des saignements persistants (grade C).
- Risques et effets indésirables :

Deux études de cas-témoin concernant le DMPA ont suggéré une augmentation du risque de fracture : la 1^{re} étude incluait 64 548 femmes atteintes de fracture en 2000 au Danemark et 193 641 contrôles appariées sur l'âge ; seuls 163 femmes étaient utilisatrices de DMPA. Cette étude a suggéré un risque augmenté chez les utilisatrices de DMPA par rapport aux non-utilisatrices (OR de 1,44, IC 95 % 1,01 à 2,06), risque plus important chez les femmes de plus de 50 ans, les utilisatrices régulières, les utilisatrices depuis plus de 4 ans ; la 2^e étude incluait 15 727 femmes atteintes de fractures, âgées de 20 à 44 ans au moment du diagnostic de fracture (issues d'une base de données de médecins généralistes) et 70 130 contrôles appariés sur la date, l'âge, le sexe ; le nombre de femmes sous DMPA était de 7 628. Le risque de fracture semblait augmenter avec le nombre d'injections (OR 1,36, IC95 % 1,15 à 1,6 entre 3 et 9 prescriptions, OR 1,54, IC95 % 1,33 à 1,78 au-delà de 10 prescriptions). Les auteurs de la revue restent prudents compte tenu des nombreux biais de ces études.

- ▶ prise de poids possible de 2-3 kg sur un an avec le DMPA (grade C) ;
- ▶ pas d'impact du DMPA sur l'acné, la dépression ou les céphalées (grade C) ;
- ▶ le DMPA est associé avec une petite perte de DMO, restituée à l'arrêt du DMPA (grade B), mais pas de preuve d'une augmentation du risque de fracture (grade B).
- Conditions médicales et contre-indications :
 - ▶ en raison des possibles effets du DMPA sur la DMO, son utilisation doit être prudente chez l'adolescente⁵, mais peut être donné si les autres méthodes ne sont pas utilisables ou acceptables (grade D) et, chez les femmes de plus de 40 ans – mais généralement les bénéfices dépassent les risques –, peut être donné si les autres méthodes ne sont pas utilisables ou acceptables (grade D) ;
 - ▶ DMPA et NET-EN peuvent être donnés si IMC > 30 (grade D), chez les femmes qui allaitent (grade C) et celles qui ont une contre-indication aux œstrogènes (grade D) ;
 - ▶ les injections de progestatif, comme toutes les méthodes progestatives, peuvent être utilisées en cas de migraine avec ou sans aura (grade D) ;
 - ▶ les injections de progestatif ne sont pas contre-indiquées chez les diabétiques (grade D)⁶ ;
 - ▶ l'utilisation de DMPA peut être associée avec une réduction de la fréquence des convulsions chez les femmes épileptiques (grade D) ;
 - ▶ pas de preuve de l'augmentation du risque de MST ou HIV sous DMPA (grade D) ; les progestatifs injectables sont une méthode efficace et sûre chez les patientes atteintes de MST dont HIV (l'utilisation de préservatif doit être encouragé dans ce groupe) (grade D) ;
 - ▶ chez les femmes prenant des médicaments inducteurs enzymatiques, l'utilisation de DMPA est possible sans réduire les intervalles d'injection (grade D).
- Mise en place :
 - ▶ chez les femmes dont on est raisonnablement certain qu'elles ne sont pas enceintes, début des injections jusqu'au 5^e jour du cycle inclus, sans nécessité de contraception additionnelle (grade D) ou à tout moment du cycle, mais nécessité d'une contraception barrière pendant 7 jours après l'injection (grade D) ;
 - ▶ immédiatement après interruption de grossesse du 1^{er} ou 2^e trimestre ou à tout moment après (grade D).
- Suivi :
 - ▶ en cas de retard de mois de 2 semaines par rapport à une injection programmée, il n'est pas nécessaire de prendre une autre méthode de contraception (grade D) ;
 - ▶ après 2 ans d'utilisation du DMPA, il est nécessaire de revoir la situation clinique individuelle, de réévaluer le rapport bénéfices/risques, et d'aider les femmes à choisir de continuer ou non (grade D) ;
 - ▶ en cas de grossesse sous DMPA, pas de preuve de malformation congénitale chez le fœtus (grade D)

Recommandations pratiques de l'OMS, 2005 (actualisées en 2008) (4,5)

Quand démarrer les progestatifs injectables (DMPA, NET-EN) ?

- Femme ayant des cycles réguliers : dans les 7 jours suivant le début des règles. Aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire. Injection possible à tout moment du cycle si l'on a de bonnes raisons de considérer qu'elle n'est pas enceinte. Si plus de 7 jours se sont écoulés depuis le début des règles, elle devra s'abstenir de rapport sexuel ou avoir recours à un autre moyen de contraception pendant les 7 jours qui suivent.

Délais pour le renouvellement de l'injection ? (DMPA, NET-EN)

⁵ Commentaire lors de la réévaluation de la recommandation du NICE : interpréter la DMO chez l'adolescente en prenant en compte l'âge de la patiente et la maturité du squelette. Compte tenu des effets sur la DMO, à réserver en 2^e intention.

⁶ Une revue *Cochrane* datant de 2012 (21) a évalué l'effet sur le métabolisme des glucides des contraceptions hormonales chez les femmes non diabétiques. Une seule étude datant de 1991 concernait le DMPA (comparaison injections de DMPA à des injections d'énanthate de noréthistérone). À 12 mois, le groupe DMPA avait des taux plus élevés de glycémie à jeun et d'insulinémie à jeun.

- Intervalle habituel entre chaque injection : tous les 3 mois pour le DMPA, tous les 2 mois pour le NET-EN.
- Renouvellement avant la date habituelle possible avec 2 semaines d'avance au maximum ; renouvellement après la date habituelle possible 4 semaines après au maximum pour le DMPA, 2 semaines pour le NET-EN, sans nécessité d'utiliser un autre moyen de contraception. Au-delà de 4 semaines pour le DMPA et 2 semaines pour le NET-EN, injection possible si l'on a de bonnes raisons de considérer qu'elle n'est pas enceinte. Elle devra s'abstenir de rapport sexuel ou avoir recours à un autre moyen de contraception pendant les 7 jours qui suivent. Elle peut envisager de recourir à la contraception d'urgence le cas échéant.
- Il n'est pas recommandé d'utiliser en alternance le DMPA et le NET-EN. S'il devient nécessaire de passer de l'un à l'autre, le changement doit avoir lieu au moment où l'injection doit être renouvelée.
- Date de la précédente injection inconnue : injection possible si l'on a de bonnes raisons de considérer qu'elle n'est pas enceinte. Elle devra s'abstenir de rapport sexuel ou avoir recours à un autre moyen de contraception pendant les 7 jours qui suivent. Elle peut envisager de recourir à la contraception d'urgence le cas échéant.

► Données réglementaires

En ce qui concerne les progestatifs injectables, seul le DMPA (acétate de médroxyprogestérone retard) a l'AMM en France (Depo Provera®).

- Indication – population concernée (issu de « Méthodes contraceptives – Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles » (13).

Contraceptif à longue durée d'action (3 mois) lorsqu'il n'est pas possible d'utiliser d'autres méthodes contraceptives.

L'utilisation de DEPO PROVERA n'est pas recommandée chez les adolescentes et chez les patientes présentant des facteurs de risque d'ostéoporose, en raison de la diminution de la densité minérale osseuse (DMO) qu'elle entraîne.

Pour plus d'informations, se référer au document de synthèse de la HAS « Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles » (13).

1.4 Prescription d'un dispositif intra-utérin (DIU)

1.4.1 Recommandations Anaes 2004 (2)

Les principales recommandations étaient les suivantes :

- Le DIU est une autre méthode contraceptive de 1^{re} intention, considérée comme toujours très efficace, qui présente l'avantage d'une longue durée d'action et pour laquelle aucun risque cancéreux ou cardio-vasculaire n'est établi.
- Bien que cela paraisse discordant avec la pratique, les données ne montrent pas de différence significative d'efficacité contraceptive entre le DIU au cuivre de surface > 250 mm² et le DIU au LNG (niveau de preuve 1). Le DIU au LNG apporte en revanche une amélioration modeste, en termes d'efficacité contraceptive et de tolérance, par rapport aux DIU au cuivre de surface ≤ 250 mm² (niveau de preuve 1). Compte tenu de la moins bonne tolérance (aménorrhée) et du coût plus élevé du DIU au LNG relativement au DIU au cuivre de surface > 250 mm², il est recommandé de ne privilégier le DIU au LNG qu'en cas de bénéfice complémentaire attendu, par exemple en cas de ménorragies fonctionnelles (après recherche et élimination de causes organiques décelables). Le DIU au LNG est adapté chez les femmes ayant des saignements abondants avec les DIU au cuivre.
- Avant la pose, il peut être utile de réaliser une hystérométrie pour déterminer la profondeur utérine. Il est recommandé d'effectuer l'insertion en 1^{re} partie de cycle, afin d'éviter d'insérer un DIU chez une femme qui pourrait être enceinte (accord professionnel). Cette recommandation

est cependant à pondérer en fonction de l'existence ou non de rapports sexuels dans la période à risque et de l'utilisation d'autres méthodes contraceptives avant l'insertion. D'après les AMM, la durée maximale conseillée durant laquelle le dispositif peut être laissé dans la cavité utérine est de 5 ans.

- Le risque de maladie inflammatoire pelvienne (MIP) lié à la pose est avéré, sa survenue étant essentiellement limitée aux 3 semaines qui suivent l'insertion (niveau de preuve 2). Il pourrait être plus élevé pour les femmes ayant des facteurs de risque infectieux (notamment certaines IST, infection génitale haute en cours ou récente, âge < 25 ans, partenaires multiples) (niveau de preuve 4). Cet aspect souligne la nécessité de réaliser son insertion en respectant des conditions d'hygiène rigoureuses et après évaluation du risque infectieux.
- Aucun risque de stérilité tubaire n'a été démontré, y compris chez les nullipares (niveau de preuve 3). Les délais de recouvrement de la fertilité ou de conception suite au retrait du DIU sont plus élevés que pour l'utilisation des seules méthodes barrières, mais semblent comparables à ceux observés pour la contraception orale, y compris chez les nullipares (niveau de preuve 2).
- Étant donné la grande efficacité contraceptive des DIU, le risque de 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 (niveau de preuve 3). Parmi les facteurs pronostiques accessibles au médecin avant la pose, les antécédents de GEU et de chirurgie tubaire sont associés au risque de GEU chez les femmes ayant un DIU (niveau de preuve 3).
- Les CI à la pose d'un DIU au cuivre comprennent essentiellement (cf. certification CE et détail dans le présent document) :
 - les antécédents ou l'existence de pathologies (dont certaines anomalies) utérines ou trophoblastiques ;
 - pathologie vaginale récente ou en cours, saignements vaginaux/génitaux inexpliqués ;
 - diverses situations à risque infectieux (IST, infection génitale haute [en cours, datant de moins de 3 mois ou récurrente], infection puerpérale en post-partum, avortement septique, valvulopathies, etc.) ;
 - l'hypersensibilité à l'un des composants ;
 - une grossesse suspectée ou avérée ;
 - le post-partum (entre 48 h et 4 semaines [d'après l'OMS]).
- À ces CI, il convient d'ajouter, pour le DIU au LNG, les quelques CI inhérentes à l'utilisation d'un progestatif (similaires à celles de la contraception microprogestative de l'implant à l'étonogestrel).
- Au total, un DIU peut être proposé à toute femme dès lors que :
 - les 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.
- Plus généralement, au regard de sa très bonne efficacité et de son taux d'utilisation en France paradoxalement assez faible chez les femmes jeunes, le groupe de travail recommande, afin que l'accès au DIU soit facilité, que son utilisation soit mieux connue et que ses bonnes pratiques de pose fassent l'objet d'un enseignement, notamment dans le cadre des organisations professionnelles (FMC, etc.).
- En raison de la démonstration de son absence d'efficacité (niveau de preuve 1 pour les molécules testées), l'administration d'une antibioprofylaxie en relation avec la pose d'un DIU n'est pas recommandée. En revanche, l'administration d'antalgiques avant la pose semble d'usage, notamment chez une femme nullipare, dans la mesure où son risque de douleur est décrit comme plus élevé (niveau de preuve 2).

1.4.2 Autres recommandations depuis 2004

Ont été identifiées et retenues :

- les recommandations de la *Faculty of sexual and reproductive healthcare* sur la contraception intra-utérine (22) ;
- les recommandations du *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) sur les méthodes contraceptives de longue durée d'action (recommandations 2005 revalidées en 2011) (3) ;
- les recommandations pratiques de l'OMS 2005 (actualisées en 2008) sur l'utilisation des méthodes contraceptives (4,5).

Recommandations de la *Faculty of sexual and reproductive healthcare* sur la contraception intra-utérine (22)

Ces recommandations portent sur les DIU au cuivre et au LNG.

Évaluation clinique

- Une histoire clinique (y compris les antécédents sexuels) devrait être renseignée dans le cadre de l'évaluation de routine pour la contraception intra-utérine, afin d'évaluer l'aptitude à l'utilisation de la méthode.
- Chez les femmes à haut risque d'IST (âgées de <25 ans ou > 25 ans avec un nouveau partenaire sexuel ou avec plus d'un partenaire dans la dernière année, ou si leur partenaire habituel a d'autres partenaires), il faut au minimum faire une recherche de *Chlamydia trachomatis* avant la pose. Si les résultats ne sont pas disponibles avant la pose, une antibiothérapie prophylactique peut être envisagée (au moins pour couvrir *C. trachomatis*).

Éléments d'information à donner

- Le mode d'action principal d'un DIU au cuivre est d'empêcher la fécondation, celui du DIU-LNG est d'empêcher la nidation.
- Le taux d'échec après 5 ans d'utilisation est faible : moins de 2 % pour le DIU au cuivre (380 mm²) et moins de 1 % pour le DIU-LNG.
- La perforation utérine est rare (jusqu'à 2 pour 1 000 insertions).
- Une expulsion se produit pour environ 1 femme sur 20, et est plus courante dans la première année d'utilisation et particulièrement dans les 3 mois suivant la pose.
- Le risque de grossesse extra-utérine est réduit lors de l'utilisation de contraception intra-utérine par rapport à l'utilisation d'aucune contraception.
- Il n'y a pas de retard dans le retour de la fécondité après le retrait de la contraception intra-utérine.
- Le risque d'infection pelvienne est multiplié par 6 dans les 20 jours suivant la pose du stérilet, mais le risque est le même que dans la population sans DIU par la suite.
- Des saignements et une douleur sont des causes fréquentes d'arrêt de la méthode. *Spottings*, saignements abondants ou prolongés sont fréquents dans les 3-6 premiers mois de contraception par DIU au cuivre. Des saignements irréguliers et *spottings* sont communs dans les 6 premiers mois après l'insertion du DIU-LNG. Un an après la pose du DIU LNG, une aménorrhée ou une oligoménorrhée est habituelle.
- Des effets secondaires hormonaux peuvent être dus à l'absorption systémique de progestatif, mais peu de femmes cessent d'utiliser le DIU LNG pour cette raison, et les taux d'arrêt ne sont pas significativement différents de ceux des utilisatrices du DIU au cuivre.
- La procédure de pose et l'inconfort probable pendant et après la pose de la contraception intra-utérine doit être discutée avec les femmes, et l'analgésie par voie orale peut être recommandée avant la pose.

Moment de la pose

- Un DIU au cuivre peut être inséré à n'importe quel moment du cycle menstruel si l'on est raisonnablement certain que la femme n'est pas enceinte. Un DIU au cuivre fournira une protection immédiate de la contraception.
- Le DIU-LNG peut être inséré à n'importe quel moment du cycle menstruel, si l'on est raisonnablement certain que la femme n'est pas enceinte et le clinicien est raisonnablement certain qu'il n'y a pas eu de risque de conception. À moins que le DIU-LNG ne soit inséré dans les 7 premiers jours du cycle menstruel, l'utilisation du préservatif ou l'abstinence est recommandée pendant 7 jours après l'insertion

Procédures de pose

- Les cliniciens qui posent des DIU doivent être convenablement formés, maintenir leur compétence, et participer à des mises à jour régulières pour faire face aux situations d'urgence.
- L'équipement d'urgence doit être disponible dans tous les contextes où la contraception intra-utérine est posée, et les protocoles d'aiguillage locaux doivent être mis en place pour les femmes qui en ont besoin.
- Un assistant qualifié approprié doit être présent lors de la pose de la contraception intra-utérine.
- Un examen pelvien bimanuel doit être effectué avant d'insérer la contraception intra-utérine.
- Les dossiers devraient inclure une documentation appropriée sur les conseils pré et post-pose, la procédure de pose et le type de dispositif inséré.

Suivi

- Les femmes devraient recevoir de l'information (orale et écrite) sur le DIU inséré et la durée d'utilisation.
- Les femmes devraient recevoir des instructions sur la façon de vérifier la présence du DIU et ses fils, et elles ne doivent être informées que si elles ne parviennent pas à les sentir, il se peut que le DIU ait été expulsé. Il est recommandé d'utiliser d'autre méthode de contraception jusqu'à la consultation médicale.
- Les femmes devraient être informées de consulter un médecin à tout moment si elles développent des symptômes d'infection pelvienne, des douleurs, la persistance d'anomalies du cycle menstruel, une absence de cycle, en cas de fils non palpables ou si elles peuvent sentir la tige du dispositif.
- Une visite de suivi après les prochaines règles ou 3-4 semaines après l'insertion est recommandée. Un suivi annuel n'est pas systématiquement recommandé, et les femmes devraient faire une visite à tout moment si des problèmes surgissent.
- Les DIU ne protègent pas contre les IST, et donc les femmes à risque élevé d'IST (c'est-à-dire celles âgées de < 25 ans ou > 25 ans d'âge avec un nouveau partenaire sexuel, ou plus d'un partenaire dans la dernière année, ou si leur partenaire régulier a d'autres partenaires) devraient être informées d'utiliser des préservatifs en plus du DIU.

Choix du dispositif

- Après information, la plupart des femmes peuvent choisir entre un DIU au cuivre ou un DIU-LNG, puisque ce choix est généralement déterminé par les effets probables sur les modes de saignements menstruels et la durée d'utilisation.
- Si une femme choisit un DIU au cuivre, alors un dispositif avec le plus faible taux d'échec et de plus longue durée d'utilisation doit être utilisé en première intention, à savoir les TCu380S.
- Si lors de la pose, un dispositif TCu380S ne peut être inséré en raison d'un orifice du col trop serré, un autre dispositif 380 mm² est recommandé.
- Si la longueur de l'utérus au sondage est inférieure à 6,5 cm, un DIU au cuivre avec une courte tige ou un dispositif sans cadre peut être utilisé.
- Il n'existe aucune preuve comparant l'utilisation de DIU différents chez les femmes nullipares, et les dispositifs TCu380S sont les DIU préférés pour ces femmes.

Recommandations sur les méthodes contraceptives de longue durée d'action (recommandations 2005 revalidées en 2011) (3)

Les femmes doivent être informées de l'efficacité contraceptive, des effets sur les règles, des risques et effets indésirables.

Efficacité contraceptive

- DIU au cuivre :
 - taux de grossesse pour les stérilets contenant 380 mm² de cuivre (les plus efficaces) faible : < 20/1 000 sur 5 ans (grade C) ;
 - il peut être utilisé pendant 5 à 10 ans, selon le type (grade D) ;
 - pas de preuve d'un retard dans le retour de la fertilité après le retrait (grade C).
- DIU-LNG :
 - taux de grossesse faible : < 10/1 000 sur 5 ans (grade C) ;
 - il peut être utilisé pendant 5 ans (grade D) ;
 - pas de preuve d'un retard dans le retour de la fertilité après le retrait (grade C).

Effets sur les règles

- DIU au cuivre : risque de règles plus importantes ou de dysménorrhées (grade C).
- DIU-LNG : risque de règles irrégulières et de petit saignements durant les premiers 6 mois après insertion. Les oligoménorrhée ou aménorrhées sont vraisemblables à la fin de la première année (grade C).

Risques et effets indésirables

- Taux de retrait avant 5 ans : 50 % pour le DIU au cuivre, 60 % pour le DIU-LNG (en raison notamment de saignements vaginaux inacceptables et de douleurs) (grade C).
- Pas de preuve d'impact des DIU au cuivre ou au LNG sur le poids (grade C), faibles changements possibles de l'humeur et de la libido (grade C).
- Plus de risque de développer une acné avec le DIU-LNG, mais peu de femmes arrêtent d'utiliser ce dispositif pour cette raison (grade C).
- Risque de perforation utérine lors de l'insertion du DIU au cuivre ou au LNG très faible (< 1/1 000) (grade D), lié à l'expérience du professionnel (grade D), risque de développement d'une maladie inflammatoire pelvienne après insertion très faible chez les femmes à faible risque de MST (< 1/100) (grade C), de grossesse ectopique plus faible qu'en l'absence de contraception (grade D), très faible (1/1 000 sur 5 ans) (grade C).
- Expulsion du DIU au cuivre ou au LNG possible mais < 1/20 sur 5 ans (grade C).
- Grossesse sur DIU au cuivre ou au LNG : le risque de grossesse ectopique est de 1/20, à rechercher (grade C).

Conditions à prendre en compte avant mise en place

- Avant mise en place d'un DIU au cuivre ou au LNG, rechercher les infections suivantes (grade D) : *Chlamydia trachomatis* chez les femmes à risque de MST, N. gonorrhée chez les femmes issues de zones à risque de MST, toute infection chez la femme qui le demande. Si la recherche n'a pas été faite ou est impossible, une antibiothérapie prophylactique devrait être donnée avant insertion les femmes à risque de MST (grade D).
- Chez les femmes avec des risques identifiés d'infection utérine ou systémique, des investigations, une prophylaxie ou un traitement approprié sont recommandés avant mise en place (grade D).

Conditions médicales et contre-indications

- Le DIU au cuivre ou au LNG peut être utilisé chez l'adolescent, mais le risque de MST doit être pris en compte (grade D), il n'est pas contre-indiqué chez les femmes nullipares de tout âge (grade D), il peut être utilisé chez les femmes de tout âge (grade D).
- Le DIU au cuivre ou au LNG n'est pas contre-indiqué chez les diabétiques (grade D).
- Le DIU au cuivre ou au LNG est une méthode efficace et sûre chez les patientes atteintes de MST dont HIV (l'utilisation de préservatif doit être encouragée dans ce groupe) (grade D).
- Le DIU au LNG peut être utilisé en toute sécurité chez les femmes qui allaitent (grade C) ou qui ont une contre-indication aux œstrogènes (grade D).
- Le DIU au LNG comme toutes les méthodes à base de progestatif peut être utilisé en cas de migraine avec ou sans aura (grade D). Il peut être utilisé chez les femmes avec antécédents thromboemboliques veineux (grade D).
- Il n'y a pas de preuve que l'efficacité du DIU au LNG puisse être diminuée par la prise d'autres médicaments (grade D).

Mise en place

- Les DIU au cuivre les plus efficaces contiennent 380 mm² de cuivre. Ces aspects et la durée d'utilisation du stérilet doivent être pris en compte pour le choix du dispositif (grade B).
- DIU au cuivre : chez les femmes dont on est certain qu'elles ne sont pas enceintes, mise en place à tout moment du cycle menstruel, immédiatement après interruption de grossesse du 1^{er} ou 2^e trimestre ou à tout moment après (grade D).
- DIU au LNG : chez les femmes dont on est raisonnablement certain qu'elles ne sont pas enceintes, mise en place à tout moment du cycle menstruel (mais chez les femmes en aménorrhée ou à plus de 5 jours du début des règles, utiliser une méthode barrière en plus pendant au moins 7 jours) (grade D), immédiatement après interruption de grossesse du 1^{er} ou 2^e trimestre ou à tout moment après (grade D).
- Risque de convulsion lors de la dilatation cervicale chez les femmes épileptiques, donc des antiépileptiques doivent être disponibles lors de l'insertion (grade D).
- Informer les femmes que la pose et le retrait d'un DIU au cuivre ou au LNG peuvent être douloureux et inconfortables pendant quelques heures, et provoquer des saignements pendant quelques jours, leur conseiller de prendre des antalgiques (grade D).
- Informer les femmes sur la manière de vérifier la présence du DIU régulièrement (grade D).
- Informer les femmes sur les symptômes de perforation utérine ou d'infection (grade D).

Suivi

- Une visite de suivi est recommandée après les premières règles ou 3 à 6 semaines après la pose d'un DIU au cuivre ou au LNG pour exclure une infection, une perforation ou une expulsion (grade D).
- Informer la patiente de consulter si elle veut discuter de problèmes, changer de méthode, ou si la durée d'utilisation est atteinte et le retrait nécessaire (grade D).
- Chez les femmes avec des saignements importants inacceptables sous DIU au cuivre, il peut être proposé de changer pour un DIU au LNG (grade D).
- La présence d'organismes *actinomyces-like* sur un frottis cervical chez une femme sous DIU au cuivre ou au LNG nécessite une évaluation pour exclure une infection pelvienne. En l'absence d'infection pelvienne, le retrait n'est pas nécessaire (grade D).
- En cas de grossesse intra-utérine sur DIU au cuivre ou au LNG, informer les femmes que le stérilet devra être retiré avant 12 semaines de gestation, quel que soit leur souhait de poursuivre ou non la grossesse (grade D).

Recommandations pratiques de l'OMS 2005 (actualisées en 2008) (4,5)

Suivi (DIU au cuivre ou au LNG)

- Suivi recommandé après les premières règles ou 3 à 6 semaines après la pose.
- Conseiller à la femme de revenir à tout moment si elle veut discuter des effets secondaires ou d'autres problèmes ou si elle souhaite changer de méthode.
- Pour les dispositifs qui ont un taux d'expulsion élevé, un suivi à intervalles plus rapprochés peut être nécessaire.
- Conseiller à la femme de revenir quand le moment sera venu de retirer le DIU.
- Avis du GT : les consultations de suivi devraient comprendre au minimum une séance pour parler des effets secondaires ou d'autres problèmes, de l'utilisation correcte et régulière de la méthode ainsi que de la protection contre les IST. D'autres évaluations peuvent être utiles comme par exemple un examen pelvien pour vérifier que le DIU ne s'est pas déplacé.

Grossesse sur DIU (DIU au cuivre ou au LNG)

- Éliminer une GEU.
- Expliquer à la femme qu'en laissant le DIU en place, risque de fausse couche au 1^{er} et 2^e trimestre (y compris risque de fausse couche avec septicémie pouvant entraîner le décès), d'accouchement prématuré et d'infection. On réduit ces risques si l'on retire ce DIU, mais le geste lui-même comporte un léger risque de fausse couche.

Quand peut se faire la pose ?

- Femme ayant des cycles réguliers :
 - DIU au cuivre ;
 - à tout moment dans les 12 jours qui suivent le début des règles. Aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire,
 - Il est possible de poser le stérilet à tout moment du cycle si l'on a de bonnes raisons de considérer qu'elle n'est pas enceinte. Aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire,
 - DIU au LNG ;
 - à tout moment dans les 7 jours qui suivent le début des règles. Aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire,
 - il est possible de poser le DIU-LNG à tout moment du cycle si l'on a de bonnes raisons de considérer qu'elle n'est pas enceinte. Si les règles remontent à plus de 7 jours, elle devra s'abstenir de rapport sexuel ou avoir recours à un autre moyen de contraception pendant les 7 jours qui suivent.
- Femme changeant de méthode contraceptive :
 - DIU au cuivre : pose possible immédiatement si l'on a de bonnes raisons de considérer qu'elle n'est pas enceinte. Il est inutile d'attendre les règles suivantes. Aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire, qu'elles allaitent ou non ;
 - DIU au LNG : pose possible immédiatement si les règles sont revenues et si l'on a de bonnes raisons de considérer qu'elle n'est pas enceinte. Si aménorrhée, pose immédiate possible si **l'on est sûr** qu'elle n'est pas enceinte. Il est inutile d'attendre les règles suivantes ;
 - si les règles ont débuté il y a moins de 7 jours, aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire,
 - si les règles ont débuté il y a plus de 7 jours, elle devra s'abstenir de rapport sexuel ou avoir recours à un autre moyen de contraception pendant les 7 jours qui suivent,
 - si la méthode antérieure reposait sur des injections, pose du DIU-LNG à la date normalement prévue pour le renouvellement de l'injection. Aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire.

Antibioprophylaxie lors de la pose (DIU au cuivre ou au LNG) ?

- Non recommandée en routine, chez les femmes en bonne santé, à faible risque d'IST, sauf dans des endroits à forte prévalence d'infection cervicale à gonocoque et *chlamydia* et où le dépistage des MST est peu accessible.

- Conseiller à la femme d'être attentive aux symptômes de la maladie inflammatoire pelvienne, surtout au cours du 1^{er} mois.
- Chez les femmes ayant une pathologie particulière (ex. : valvulopathie cardiaque), prophylaxie à envisager.

1.4.3 Données réglementaires

Mirena® (avis de la Commission de la transparence du 6 février 2013 – renouvellement d'inscription)

Nouvelles données disponibles depuis 2007 (23)

- Efficacité : pas de nouvelle donnée susceptible de modifier l'avis de 2007.

- Tolérance

Étude de cohorte prospective (*EURAS-IUD study*), démarrée en 2007, afin de comparer le taux de perforations observé avec MIRENA à celui observé avec les autres stérilets au cuivre. Le rapport final de l'étude est attendu dans un délai non encore précisé. Une 9^e analyse intermédiaire des données (rapport daté du 16 janvier 2013) a été effectuée sur les données arrêtées au 30 septembre 2012 : 43 041 utilisatrices de MIRENA et 18 339 utilisatrices d'un stérilet au cuivre ont été incluses.

Au total, 58 perforations ont été signalées, 43 avec MIRENA et 15 avec les stérilets au cuivre, correspondant à des taux de perforations pour 1 000 insertions de 1,00 [0,72 ; 1,35] pour MIRENA et 0,82 [0,46 ; 1,35] pour les stérilets au cuivre.

Chez les femmes allaitant au moment de l'insertion, le taux de perforations pour 1 000 insertions était de 4,3 [2,5 ; 6,9] pour MIRENA et 3,4 [1,5 ; 6,4] pour les stérilets au cuivre.

Chez les femmes n'allaitant pas au moment de l'insertion, le taux de perforations pour 1 000 insertions était de 0,7 [0,4 ; 1,0] pour MIRENA et 0,4 [0,1 ; 0,8] pour les stérilets au cuivre. Le *hazard ratio* global pour les perforations avec MIRENA par rapport aux stérilets au cuivre était de 1,13 [0,63 ; 2,04] ; après ajustement sur l'allaitement, il était de 1,38 [0,76 ; 2,49].

Conclusions

- Indication contraception intra-utérine

Service médical rendu : important.

Amélioration du service médical rendu : mineure (IV) en termes de tolérance par rapport aux dispositifs intra-utérins au cuivre. Cette tolérance est améliorée chez les femmes présentant des ménorragies avec les dispositifs intra-utérins au cuivre.

Rapport bénéfice/risque moyen.

Moyen contraceptif de deuxième intention, après les stérilets au cuivre.

- Indication ménorragies fonctionnelles (après recherche et élimination de causes organiques décelable)

Service médical rendu : important.

Amélioration du service médical rendu : inexistante (V).

Rapport bénéfice/risque moyen.

Médicament de première intention, au même titre que les traitements hormonaux, particulièrement chez les femmes qui désirent une contraception et souffrent de ménorragies fonctionnelles.

Pour plus d'informations, se référer au document de synthèse de la HAS « Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles » (13).

1.5 Méthodes barrières

1.5.1 Recommandations Anaes 2004 (2)

Les principales recommandations étaient les suivantes :

- Les préservatifs peuvent être masculins ou féminins. Il est rappelé qu'il s'agit des seules méthodes qui aient fait preuve de leur efficacité dans la prévention de la transmission des infections sexuellement transmissibles. 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.
- Bien que moins efficaces que les méthodes contraceptives hormonales ou que les méthodes mécaniques telles que le DIU, les préservatifs sont efficaces lorsqu'ils sont utilisés de manière optimale (même si leur efficacité est moindre en emploi courant). Les préservatifs masculins en latex semblent à moindre risque de rupture ou de glissement que les préservatifs en polyuréthane (niveau de preuve 1), et sont donc recommandés en dehors des cas d'allergie au latex. Ils ne possèdent pas d'autre CI.
- Les préservatifs étant en accès libre, il s'agit d'une méthode qui aurait avantage à être réappropriée par les médecins et à être proposée, seule ou en association, à une femme qui désire une méthode contraceptive. Leur utilisation est recommandée en cas d'absence de partenaire stable ou en méthode de remplacement à garder à disposition en cas d'inaccessibilité ponctuelle ou de défaut d'observance d'une méthode hormonale.
- Compte tenu des risques de rupture et de glissement des préservatifs, il est également recommandé que la femme qui les utilise en tant que méthode contraceptive exclusive soit informée des possibilités de contraception de rattrapage et des modalités d'accès à ces différentes méthodes (à défaut d'en avoir une à disposition).
- Il est rappelé que ces méthodes nécessitent une pédagogie ciblée, quel que soit l'intervenant qui les conseille, et notamment qu'elles :
 - nécessitent un certain entraînement ;
 - doivent être utilisées lors de tous les rapports sexuels en période à risque ;
 - doivent être mises en place avant toute pénétration intravaginale ;
 - nécessitent un retrait rapide après le rapport sexuel, en veillant à son maintien sur le pénis au moment du retrait (en cas de préservatif masculin) ;
 - nécessitent la motivation des 2 partenaires.
- L'utilisation de lubrifiant n'est pas nécessairement utile, et doit être envisagée avec précaution au regard de la compatibilité physico-chimique du préservatif et du lubrifiant utilisé (éviter tout corps gras et la salive ; adopter des lubrifiants aqueux).
- L'utilisation de spermicides n'est pas efficace dans la prévention des infections sexuellement transmissibles (niveau de preuve 1) ; les méthodes barrières autres que les préservatifs n'ont pas démontré leur efficacité anti-infectieuse, et ne peuvent être considérées comme efficaces *a priori*. Au regard des autres méthodes disponibles, il s'agit de méthodes à risque d'échec contraceptif élevé dans leur emploi courant, et qui ne sauraient être recommandées sur ce seul critère. Le diaphragme et l'éponge contraceptive ne sont pas recommandés en cas d'antécédents de syndrome de choc toxique (niveau de preuve 4, accord professionnel). Enfin, dans la mesure où certaines femmes pourraient en être dérangées ou perturbées dans leur sexualité, les manipulations génitales féminines nécessaires pour certaines des méthodes barrières peuvent constituer un frein à leur utilisation.

1.5.2 Autres recommandations

Ont été identifiées et retenues :

- les recommandations de la *Faculty of sexual and reproductive healthcare* sur la contraception sur les méthodes barrières (24) ;

- les critères d'éligibilité des méthodes contraceptives de l'OMS 2009 (5).

Recommandations de la *Faculty of sexual and reproductive healthcare* (24)

Utilisation des méthodes barrière

- Les hommes et les femmes qui souhaitent une méthode barrière doivent être informés de l'efficacité de la méthode, y compris le taux d'échec par rapport à d'autres méthodes comme les méthodes contraceptives de longue durée d'action. Des informations devraient être fournies sur leur utilisation correcte, les facteurs affectant leur efficacité, quand rechercher une IST, la contraception d'urgence (CU) et la prophylaxie postexposition après exposition sexuelle au VIH (accord d'experts).
- Un diaphragme ou une cape cervicale peut être inséré avec un spermicide à tout moment avant le rapport sexuel (grade C).
- Le spermicide doit être réappliqué si, lors du rapport sexuel, le diaphragme ou la cape sont en place depuis plus de 3 heures ou si le rapport sexuel est répété avec la méthode barrière toujours en place (grade C).
- Un diaphragme ou une cape cervicale ne doit pas être retiré avant au moins 6 heures après le dernier rapport sexuel (grade C).

Efficacité contraceptive des méthodes barrière

- Les préservatifs masculins sont efficaces à 98 %, et les préservatifs féminins présentent une efficacité de 95 %, mais seulement lorsqu'ils sont utilisés systématiquement et correctement (grade B).
- Les taux de grossesse sont similaires pour les préservatifs en latex ou sans latex (grade B).
- Lorsqu'il est utilisé régulièrement, correctement et avec un spermicide, les diaphragmes et les capes cervicales ont une efficacité estimée entre 92 % et 96 % (grade C).

Facteurs affectant l'efficacité

- Il est recommandé d'utiliser un diaphragme ou une cape avec un spermicide (grade C).
- L'utilisation de condoms lubrifiés avec nonoxinol-9 n'est pas recommandée (grade B).
- L'utilisation de lubrifiant à base d'eau ou silicone est recommandée lors de l'utilisation de préservatifs en latex, diaphragmes et capes (grade B).
- L'utilisation de lubrifiant est recommandée pour les pratiques anales, afin de réduire le risque de rupture du préservatif (grade B).
- En termes de sécurité du préservatif, il n'y a pas suffisamment de données pour conseiller régulièrement un lubrifiant supplémentaire lors de rapports vaginaux, mais son utilisation peut être envisagée pour les personnes connaissant des ruptures du préservatif (grade C).
- L'ajout de lubrifiant à l'intérieur du préservatif ou à l'extérieur du pénis avant l'utilisation du préservatif est associée à un risque accru de glissement (grade B).
- Mal ajustés, les préservatifs peuvent se rompre ou être mal utilisés. Les individus doivent être informés que différentes formes et tailles de préservatifs sont disponibles (grade C).
- Les taux de rupture de préservatifs sont similaires pour les préservatifs standards ou plus épais, et donc il n'est pas nécessaire de recommander l'emploi de préservatifs épais pour les pratiques anales (grade C).
- Des conseils sur les préservatifs doivent être complétés par une démonstration de l'utilisation correcte (grade C).

Éligibilité

- Pour les femmes infectées par le VIH ou à risque élevé d'infection par le VIH, l'utilisation soit d'un diaphragme, soit d'une cape cervicale n'est généralement pas recommandée (catégorie 3 UKMEC) (grade C).
- Les femmes ayant une allergie au latex devraient éviter l'utilisation de préservatifs en latex, et peuvent utiliser un diaphragme en silicone, cape cervicale, préservatifs sans latex masculins ou féminins (grade C).

- Pour les femmes ayant des antécédents de syndrome de choc toxique, l'utilisation du diaphragme, cape cervicale ou d'une éponge contraceptive n'est généralement pas recommandée (catégorie 3 UKMEC) (grade C). L'utilisation de préservatifs masculins ou féminins est possible (accord d'experts).

Critères d'éligibilité des méthodes contraceptives de l'OMS 2009 (5)

- Pas de restriction liée à l'âge ou à la parité. En revanche, en post-partum, le diaphragme et la cape cervicale sont inutilisables pendant les 6 premières semaines du post-partum tant que l'involution utérine n'est pas achevée.
- En cas de pathologie du col utérin (néoplasie intra-épithéliale et cancer du col), la cape cervicale est à proscrire ; l'utilisation répétée et à haute dose de nonoxynol-9 peut provoquer des érosions et irritations vaginales et cervicales.
- Spermicides, diaphragme et cape cervicale ne doivent pas être utilisés en cas de risque élevé d'infection à VIH, d'infection à VIH et de SIDA à l'inverse des préservatifs masculins et féminins.
- Diaphragme et cape cervicale ne doivent pas être utilisés en cas de syndrome de choc toxique ; leur utilisation est possible, mais le suivi doit être attentif en cas d'infection urinaire (augmentation du risque d'infection urinaire).
- Pas de restriction en cas de pathologie cardio-vasculaire sauf valvulopathie cardiaque compliquée où le diaphragme et la cape peuvent être utilisés, mais avec un suivi médical attentif.
- Pas de restriction en cas de pathologie neurologique ou gastro-intestinale.

1.6 Méthodes naturelles

1.6.1 Recommandations Anaes 2004 (2)

Les principales recommandations émises lors de l'élaboration de RBP sont les suivantes :

- Les méthodes naturelles comprennent essentiellement le retrait, la méthode de l'aménorrhée lactationnelle et les méthodes d'abstinence périodique et d'auto-observation (méthode des températures basales, méthode « Billings », méthode symptothermique, méthode « Ogino-Knaus », trousses de prédiction de l'ovulation). 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. Bien que moins efficaces que la contraception hormonale, les DIU, la stérilisation et les préservatifs, les autres méthodes naturelles peuvent être adaptées à la situation ou aux exigences de certaines femmes. Au regard de leur risque élevé d'échec en usage courant, ces autres méthodes 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.
- Les méthodes naturelles ont en revanche l'avantage de n'avoir aucune CI. Au même titre que des connaissances sur la fertilité et le cycle physiologique de la reproduction, il est recommandé que leurs principes généraux soient exposés à toute femme, et à son partenaire, envisageant l'utilisation d'une méthode contraceptive. À défaut d'autre méthode contraceptive, elles pourraient en effet démontrer leur utilité.

1.6.2 Autres recommandations

La question des méthodes naturelles et des critères d'éligibilité a été abordée dans les recommandations OMS 2009 (5). L'efficacité de la méthode de l'aménorrhée lactationnelle a été abordée dans la recommandation Anaes 2002 « Allaitement maternel : mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de la vie de l'enfant » (25).

Aucune de ces méthodes ne protège contre les IST/SIDA. Il convient d'indiquer aux femmes, qui présentent des pathologies rendant une grossesse trop risquée, que ces méthodes ne sont peut être pas appropriées du fait de leur taux d'échec généralement plus élevé.

Méthode de l'aménorrhée lactationnelle (méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)) (5,25)

- Trois critères doivent tous être remplis pour garantir une protection suffisante contre une grossesse imprévue : 1) aménorrhée ; 2) allaitement au sein exclusif ou quasi exclusif (pas plus de 4 à 6 heures entre chaque tétée ; 3) moins de six mois après l'accouchement. Dans ces conditions, le taux de grossesses observé pour un allaitement de 6 mois est inférieur à 2 %.
- Certaines pathologies ou certains obstacles qui ont une incidence sur l'allaitement peuvent également influencer sur la durée de l'aménorrhée, et compromettre ainsi son utilisation en tant que moyen de planification familiale :
 - ▶ l'infection à VIH : en raison du risque de transmission du virus à l'enfant au cours de l'allaitement ;
 - ▶ les médicaments employés au cours de l'allaitement : allaitement déconseillé en cas d'utilisation d'antimétabolites, de la bromocriptine, de certains anticoagulants, des corticostéroïdes (à fortes doses), de la cyclosporine, de l'ergotamine, du lithium, des médicaments normothymiques, des médicaments radioactifs et de la réserpine ;
 - ▶ pathologies du nouveau-né rendant l'allaitement au sein difficile : malformations congénitales de la bouche, de la mâchoire ou du palais, nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale à la naissance ou prématurés et nécessitant des soins néonataux intensifs et certains troubles du métabolisme.
- Il convient d'utiliser une autre méthode de contraception en cas de retour des règles, de réduction de la fréquence ou de la durée des tétées, d'introduction de l'alimentation au biberon ou dès que le nourrisson atteint l'âge de 6 mois.

Méthodes basées sur les symptômes ou sur le calendrier

- Méthodes basées sur les symptômes : basées sur l'observation des signes de fécondité (ex. : sécrétions cervicales, température) telle la méthode Billings (méthode de la glaire cervicale), la méthode symptothermique et la méthode dite des deux jours.
- Méthodes basées sur le calendrier : basées sur le calcul de la période féconde telles que la méthode dite « du calendrier » ainsi que la « méthode des jours fixes ».
- Il existe un certain nombre d'affections qui rendent leur utilisation plus complexe :
 - ▶ post-partum (avec ou sans allaitement) ou postabortum (voir chapitres correspondants) ;
 - ▶ écoulement vaginal : il peut rendre difficile la reconnaissance de la glaire cervicale ;
 - ▶ irrégularités menstruelles : courantes après les premières règles et lors de la périménopause, rendent les méthodes naturelles peu fiables ;
 - ▶ emploi de médicaments ayant une incidence sur la régularité du cycle, les hormones et/ou les signes de fécondité : certains normothymiques comme le lithium, antidépresseurs tricycliques, anxiolytiques, certains antibiotiques et anti-inflammatoires ;
 - ▶ pathologies entraînant une élévation de la température : peut rendre difficile l'interprétation de la température de base, mais n'a aucun effet sur les sécrétions cervicales.

Méthode du retrait

- Consiste à retirer le pénis du vagin et à l'éloigner de la vulve avant l'éjaculation. Ainsi, le sperme n'est pas en contact avec le vagin, et aucun spermatozoïde ne peut parvenir jusqu'à l'ovule.

- Méthode appropriée :
 - ▶ pour les couples très motivés et capables de l'employer efficacement ;
 - ▶ qui, pour des raisons religieuses ou philosophiques, ne peuvent employer les autres méthodes de contraception ;
 - ▶ qui ont besoin d'une contraception immédiate, et ont des rapports sans disposer d'autres méthodes ;
 - ▶ qui ont besoin temporairement d'une méthode en attendant d'en adopter une autre ;
 - ▶ qui ont des rapports peu fréquents.
- Méthode qui ne pardonne pas l'erreur, et son efficacité repose sur la volonté et l'aptitude du couple à utiliser le retrait lors de chaque rapport.

2 Conditions de prescription d'une stérilisation à visée contraceptive

2.1 Préambule

La loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (codifiée à l'article L. 2123-1 du CSP) précise que la stérilisation ne peut être pratiquée que sur une personne majeure. La même loi définit des conditions particulières pour les majeurs handicapés⁷.

L'article L. 2123-1 du Code de la santé publique (CSP) précise que : « La ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive ne peut être pratiquée sur une personne mineure. Elle ne peut être pratiquée que si la personne majeure intéressée a exprimé une volonté libre, motivée et délibérée en considération d'une information claire et complète sur ses conséquences ».

Cet acte chirurgical ne peut être pratiqué que dans un établissement de santé et après une consultation auprès d'un médecin. Ce médecin doit au cours de la première consultation :

- informer la personne des risques médicaux qu'elle encourt et des conséquences de l'intervention ;
- lui remettre un dossier d'information écrit.

Il ne peut être procédé à l'intervention qu'à l'issue d'un délai de réflexion de quatre mois après la première consultation médicale et après une confirmation écrite par la personne concernée de sa volonté de subir une intervention.

Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer cet acte à visée contraceptive, mais il doit informer l'intéressée de son refus dès la première consultation.

Un livret, récapitulant les informations essentielles à communiquer sur la stérilisation, a été élaboré par le ministère de la Santé et doit être remis à ce titre aux personnes concernées. Sa remise ne remplace pas la délivrance d'une information orale sur le sujet.

La circulaire DGS/MC1 n° 2008-13 du 21 janvier 2008 est relative à la mise en œuvre des dispositions des articles L. 2123-1 et L. 2123-2 du Code de la santé publique relatives à la stérilisation à visée contraceptive.

- La loi reconnaît un droit général personnel à cette intervention.
- Cette pratique est entourée de garanties, car :
 - une information est donnée par le médecin sur les risques et les conséquences de l'intervention, les techniques de stérilisation susceptibles d'être envisagées. Le médecin vérifie l'existence d'une volonté libre, motivée et délibérée ;
 - l'intervention ne peut être réalisée qu'après un délai de réflexion de quatre mois et confirmation écrite par la personne concernée de sa volonté de subir l'intervention.
- Les praticiens, qui pour des raisons de conscience, estiment ne pas devoir intervenir, sont tenus d'adresser la personne majeure à un autre praticien.
- La loi a assorti la reconnaissance du droit général à la stérilisation volontaire de dispositions protectrices spécifiques des droits et des intérêts des personnes, dont l'altération des facultés mentales constitue un handicap et a justifié leur placement sous tutelle ou curatelle.
- Il convient de rappeler qu'en l'absence d'un consentement libre et éclairé, validé de la part des intéressés et face aux difficultés inhérentes au consentement pour autrui lorsqu'il s'agit d'un tiers en faisant la demande, seul un motif médical impérieux peut justifier une stérilisation les

⁷ Pour les « personnes dont l'altération des facultés mentales constitue un handicap », cette même loi définit des conditions très précises pour pouvoir mettre en œuvre une contraception.

concernant : une contre-indication formelle aux méthodes de contraception ou une impossibilité avérée de les mettre en œuvre efficacement. En tout état de cause, le refus de la personne protégée fait obstacle à l'intervention. En outre, le processus de décision fait l'objet d'un encadrement très strict : l'intervention est subordonnée à l'autorisation du juge des tutelles qui se prononce après consultation d'un comité d'experts et recherche systématique d'un consentement de la personne intéressée. Cet encadrement est décrit par les articles R. 2123-1 à R. 2123-7 du Code de la santé publique qui précisent les modalités de constitution, le rôle et le fonctionnement des comités d'experts, dont les directions régionales des affaires sanitaires et sociales assurent le secrétariat.

- Dans le cadre de leurs missions et préalablement à l'émission de leur avis, les comités :
 - vérifient qu'il existe une contre-indication médicale absolue aux autres méthodes de contraception ou une impossibilité avérée de les mettre en œuvre efficacement, et s'assurent que des solutions alternatives à la stérilisation à visée contraceptive ont été recherchées ;
 - procèdent à l'évaluation des risques potentiels prévisibles de l'intervention sur les plans physique et psychologique.
- Ni la stérilisation féminine, ni la stérilisation masculine, ne protègent des infections sexuellement transmissibles et notamment du SIDA.

Le ministère de la Santé a élaboré un livret d'information destiné aux personnes qui envisagent de se faire stériliser « Stérilisation à visée contraceptive – livret d'information » (26)..

Conditions et démarches

- 1^{re} consultation préalable à l'intervention :
 - la personne concernée fait état de sa demande de stérilisation à visée contraceptive et des motifs de cette demande ;
 - afin d'être en mesure de procéder à un choix éclairé, l'intéressé(e) reçoit du médecin : des informations orales sur les méthodes contraceptives alternatives, toutes informations sur les techniques de stérilisation proposées, les modalités de l'intervention, ses conséquences, ses risques éventuels, ce dossier d'information écrit, descriptif des démarches en vue d'une stérilisation, des techniques de stérilisation, des autres méthodes contraceptives et, éventuellement, une attestation de consultation médicale ;
 - si le médecin ne souhaite pas pratiquer cet acte à visée contraceptive, l'intéressé(e) est informé(e) de son refus au cours de cette première consultation.
- Délai de réflexion : il ne peut être procédé à une stérilisation à visée contraceptive qu'à l'issue d'un délai de quatre mois après la première consultation médicale préalable.
- 2^e consultation préalable à l'intervention : si la réflexion menée au cours de ce délai conduit la personne concernée à maintenir sa demande initiale de stérilisation, l'intéressé(e) confirme par écrit sa volonté d'accéder à cette intervention. Son seul consentement est recueilli pour la réalisation de l'acte.

Accompagnement : compte tenu de l'implication personnelle d'un choix de stérilisation, de ses conséquences, tant sur le plan physique que psychologique, il apparaît particulièrement important que la personne intéressée puisse exprimer ses interrogations sur ce que représente pour elle cette intervention. Le médecin consulté peut proposer, dans le respect des dispositions légales, une aide à la démarche, notamment un ou des entretiens avec un conseiller conjugal, un psychologue, un psychiatre. La loi confère à la seule personne, concernée par l'intervention, la responsabilité du choix d'une stérilisation. Il lui est possible cependant d'associer son(sa) partenaire à sa réflexion. Toutefois, seul le consentement de l'intéressé(e) sera recueilli.

Selon l'OMS (5) :

- Les méthodes de stérilisation doivent être considérées comme des méthodes irréversibles.
- Sachant que la stérilisation à visée chirurgicale vise à rendre infécond de façon permanente, il faut veiller à ce que chaque personne choisisse cette méthode délibérément et en toute connaissance de cause.
- Il faut porter une attention particulière au cas des jeunes, des femmes nullipares, des hommes qui n'ont pas encore été pères et des personnes souffrant de problèmes de santé mentale, y compris d'états dépressifs.
- Il n'existe aucune raison médicale qui empêche formellement une personne de se faire stériliser. Néanmoins, il peut y avoir des états ou circonstances qui imposent certaines précautions et pour lesquels les risques peuvent l'emporter sur les bénéfices. Dans ces cas, il vaut mieux conseiller d'autres méthodes de contraception. La décision doit être prise au cas par cas en fonction des risques et des avantages de la stérilisation par rapport aux risques de grossesse, et compte tenu de la disponibilité et de l'acceptabilité des autres méthodes efficaces.
- La stérilisation doit être pratiquée par des professionnels bien formés dans un service clinique approprié, avec utilisation du matériel et des fournitures adéquats. Il convient de respecter notamment les protocoles de prévention des infections.

2.2 Stérilisation à visée contraceptive chez la femme (ligature des trompes, électrocoagulation, pose de clips ou d'anneaux, insertion de dispositif intratubaire par hystéroscopie)

2.2.1 Recommandations Anaes 2004 (2)

Les principales recommandations étaient les suivantes :

- La loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception souligne la visée contraceptive des méthodes de stérilisation, qu'elles soient masculines ou féminines. Ces méthodes sont en effet 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. Il s'agit d'interventions chirurgicales qui présentent des risques potentiels et feront orienter la personne vers un praticien expérimenté.
- Les méthodes de stérilisation féminine ont l'avantage de n'avoir aucune CI permanente. En pratique, il est recommandé de les présenter comme généralement irréversibles, même si le recours à certaines techniques de procréation médicalement assistée est parfois envisageable et s'il existe des possibilités de reconstitution. L'efficacité de ces dernières n'est en effet pas garantie, et est variable en fonction des méthodes.
- Différentes techniques sont disponibles, différentes voies d'abord peuvent être utilisées. L'efficacité supérieure de l'une ou l'autre des techniques n'est cependant pas démontrée. Pour la stérilisation féminine, le risque d'échec à 10 ans a été estimé entre 1 et 2 %. La technique consistant en l'insertion de « dispositifs intratubaires (DIT) » requiert un délai de 3 mois après intervention pour la considérer comme efficace. Durant cette période, il est recommandé de recourir à une méthode contraceptive complémentaire, par exemple de type barrière. La fréquence et la nature des complications varient en fonction des techniques et des voies d'abord utilisées. Elles sont majeures dans 1 % des cas et considérées comme mineures dans 1 à 10 % des cas en fonction des études.
- 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 » et qu'« elle ne peut être pratiquée que si la personne majeure intéressée a exprimé une volonté libre, motivée et délibérée en considération d'une information claire et complète sur ses conséquences ». Comme pour toute information médicale à délivrer, le groupe de travail rappelle qu'il est recommandé que l'information :
 - ▶ soit hiérarchisée ;

- ▶ présente les bénéfices attendus des soins envisagés avant leurs inconvénients et risques éventuels ;
 - ▶ précise les risques graves, y compris exceptionnels (c'est-à-dire ceux qui mettent en jeu le pronostic vital ou altèrent une fonction vitale) ;
 - ▶ soit compréhensible ;
 - ▶ soit personnalisée et transmise selon le rythme et les connaissances du patient.
- Un livret, récapitulant les informations essentielles à communiquer sur la stérilisation, a été élaboré par le ministère de la Santé, et doit être remis à ce titre aux femmes concernées. Sa remise ne remplace pas la délivrance d'une information orale sur le sujet (notamment sur le DIT pour lequel aucune information ne figure dans le livret).
 - 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.
 - Il est recommandé de n'envisager cette méthode chez les femmes jeunes ou nullipares qu'avec la plus grande réserve et la plus grande précaution. La littérature démontre en effet que le risque de regrets suite à l'intervention est d'autant plus élevé que la femme est jeune et qu'elle a moins (ou n'a pas) d'enfants à la date de l'intervention. Il est recommandé d'évoquer de manière systématique avec la femme qui envisage cette méthode le risque de regret potentiel et d'explorer avec elle ses motivations et son désir d'enfant.

2.2.2 Autres données depuis 2004

Ont été identifiées et retenues :

- les critères d'éligibilité aux méthodes contraceptives (méthodes hormonales, DIU et méthodes barrières) chez la femme en post-partum selon l'OMS (5) ;
- un rapport de la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé sur l'insertion par hystérocopie d'un dispositif intratubaire (27) ;
- un rapport d'évaluation du *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) sur l'insertion par hystérocopie d'un dispositif intratubaire (28) ;
- un rapport d'évaluation technologique de la HAS sur les méthodes de stérilisation chez l'homme et chez la femme (29).

Critères d'éligibilité selon l'OMS 2009 (5)

L'OMS a défini des critères d'éligibilité aux méthodes de stérilisation chirurgicale chez la femme. Ces critères ne concernent pas la pose de dispositif intratubaire par hystérocopie (tableau 2).

Il n'existe aucune contre-indication permanente à la stérilisation. En fonction des situations, la stérilisation peut être réalisée sans restriction (++) ou sous conditions (sc), c'est-à-dire que :

- l'intervention est à différer jusqu'à ce que l'état pathologique soit évalué et/ou différé. Des méthodes de contraception temporaires doivent être proposées ;
- l'intervention doit être réalisée avec prudence, notamment avec un surcroît de préparation et de précautions, mais dans le cadre des soins habituels ;
- l'intervention nécessite un personnel expérimenté et le matériel requis pour l'anesthésie générale et les autres services médicaux d'appui. En pareil cas, il faut être en mesure de choisir la méthode de stérilisation et le type d'anesthésie les plus appropriés.

Tableau 2. Stérilisation chez la femme : possibilité d'utilisation des différentes méthodes contraceptives chez la femme en fonction des situations à risque les plus fréquentes, d'après l'OMS (5)

Situations à risques	Éligibilité	Commentaires émis par OMS
ÂGE, PARITE ET ANTECEDENTS DE GROSSESSE		
Âge		Prudence chez les jeunes adultes.

Situations à risques	Éligibilité	Commentaires émis par OMS
Jeune âge	sc	
Parité - nullipare - uni/multipare	++ ++	Les femmes nullipares, comme toutes les femmes, doivent être informées du caractère irréversible de la stérilisation et de la possibilité d'utiliser d'autres méthodes de contraception sur le long terme efficaces.
Post-partum - Délai < 7 jours - Délai entre 7 et 42 jours - Délai ≥ 42 jours - Prééclampsie ▪ bénigne ▪ sévère - Rupture prolongée des membranes (≥ 24 h), infection puerpérale, fièvre du per-partum ou fièvre puerpérale - Hémorragie grave de l'ante ou du post-partum - Lésion grave de l'appareil génital, rupture ou perforation utérine	++ sc ++ ++ sc sc sc sc	- Délai entre 7 et 42 jours : risque accru de complications tant que l'involution utérine n'est pas complètement terminée. - Prééclampsie sévère : augmentation du risque anesthésique. - Rupture prolongée des membranes, infection puerpérale, fièvre du per-partum ou fièvre puerpérale : augmentation du risque d'infection postopératoire. - Hémorragie grave de l'ante ou du post-partum : la patiente peut être anémiée, et ne pas être en mesure de supporter une perte de sang supplémentaire. - Lésion grave de l'appareil génital, rupture ou perforation utérine : il peut y avoir des pertes de sang importantes ou des lésions abdominales internes.
Post-abortum - Non compliqué - Infection ou fièvre post-abortum - Hémorragie grave post-abortum, hématométrie aiguë - Lésion grave de l'appareil génital, perforation utérine	++ sc sc sc	- Infection ou fièvre post-abortum : augmentation du risque d'infection postopératoire. - Hémorragie grave post-abortum, hématométrie aiguë : la patiente peut être anémiée, et ne pas être en mesure de supporter une perte de sang supplémentaire. - Lésion grave de l'appareil génital, perforation utérine : il peut y avoir des pertes de sang importantes ou des lésions abdominales internes.
Allaitement maternel	++	
PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE		
Thrombose veineuse profonde (TVP)/embolie pulmonaire (EP) - Antécédent documenté TVP/EP - TVP/EP actuelle et/ou TVP/EP avec traitements par anticoagulants - Antécédents familiaux (1 ^{er} degré) - Chirurgie majeure - avec immobilisation prolongée - sans immobilisation prolongée	++ sc ++ sc ++	Le lever précoce de la patiente réduit le risque de TVP/EP postopératoire.

Situations à risques	Éligibilité	Commentaires émis par OMS
- Chirurgie mineure sans immobilisation prolongée	++	
Identification de mutations liées à la thrombophilie (Facteur V Leiden, mutation du facteur II ou déficit en protéine C ou S, antithrombine)	++	Le dépistage systématique n'est pas opportun, compte tenu de la rareté de ces pathologies et du coût élevé du dépistage.
Thrombose veineuse superficielle (varice, thrombophlébite superficielle)	++	
HTA - Systolique 140-159 ou diastolique 90-99 - Systolique ≥ 160 ou diastolique ≥ 100 - Pathologie vasculaire - HTA bien contrôlée et mesurable - Antécédent d'HTA gravidique avec TA mesurable et normale	sc sc sc sc ++	La tension artérielle doit être contrôlée avant l'intervention. Il y a un risque accru lié à l'anesthésie et une augmentation du risque d'arythmie cardiaque lorsque l'hypertension n'est pas contrôlée. En pareil cas, il est tout particulièrement nécessaire de surveiller attentivement la tension artérielle pendant l'opération.
Maladie coronarienne (Actuelle ou antécédent)	sc	Risque élevé de complications associées à l'anesthésie et à l'intervention chirurgicale.
Valvulopathie cardiaque (avec ou sans complication)	sc	
Accident vasculaire cérébral (Actuel ou antécédent)	sc	
Tabac (quel que soit l'âge ou la consommation)	++	
Obésité (indice de masse corporelle $\geq 30 \text{ kg/m}^2$)	sc	
Hyperlipidémies avérées	++	
Diabète - antécédents de diabète gestationnel - sans ou avec complication vasculaire - diabète > 20 ans d'évolution	++ sc sc	Risque d'hypoglycémie ou d'acidocétose lors de l'intervention, en particulier si la glycémie n'est pas bien contrôlée avant. Les diabétiques sont davantage exposés à des risques d'infection postopératoire de la plaie.
Facteurs de risque multiples cardio-vasculaires (diabète, tabac, âge, HTA, etc.)	sc	Risque élevé de complications associées à l'anesthésie et à l'intervention chirurgicale.
PATHOLOGIE DE L'APPAREIL REPRODUCTEUR		
Saignements vaginaux - irréguliers et peu abondants	++	

Situations à risques	Éligibilité	Commentaires émis par OMS
- abondants et prolongés - inexplicables (suspicion d'une pathologie)	++ sc	
Antécédent de grossesse extra-utérine	++	-
Antécédent de chirurgie pelvienne ou abdominale	sc	Les femmes présentant ce type d'antécédents étaient plus susceptibles d'avoir des complications à l'occasion de la stérilisation.
Le col et sa pathologie Ectropion du col utérin	++	Cancer du col : en général, le traitement entraîne la stérilité.
Néoplasie intra-épithéliale	++	
Cancer du col (avant traitement)	sc	
L'endomètre et sa pathologie Endométriose	sc	Cancer de l'endomètre : en général, le traitement entraîne la stérilité.
Cancer de l'endomètre	sc	
Dysménorrhée sévère	++	
Maladie trophoblastique gestationnelle - Bénigne (taux de bêta HCG en diminution ou indécélable)	++	
- Maligne (taux de bêta HCG durablement élevés)	sc	
L'ovaire et sa pathologie - Pathologie bénigne y compris kyste fonctionnel de l'ovaire	++	Cancer de l'ovaire : en général, le traitement entraîne la stérilité.
- Cancer de l'ovaire	sc	
Le sein et sa pathologie Nodule non diagnostiqué	++	
Mastopathie bénigne	++	
Antécédents familiaux (1 ^{er} degré)	++	
Cancer du sein - Actuel	sc	
- En rémission > 5 ans	++	
Anomalies anatomiques de l'utérus Sans déformation de la cavité utérine ou avec (incluant fibromes, sténose cervicale, etc.)	sc	En fonction de la taille et la localisation des fibromes, il peut être difficile de localiser les trompes et de mobiliser l'utérus.
Utérus non mobile par suite d'une intervention chirurgicale ou d'une infection	sc	La mobilité réduite de l'utérus, des trompes utérines et de l'intestin rend difficile la laparoscopie et la minilaparotomie, et augmente le risque de complications.
Stérilisation au cours d'une intervention de chirurgie abdominale	sc	
Stérilisation au cours d'une césarienne	++	Pas d'augmentation du risque de complication chez une patiente stable du point de vue chirurgical.
RISQUE INFECTIEUX		
- Cervicite purulente, infection à <i>Chlamydia</i> ou gonococcie	sc	S'il n'y a plus de symptômes après traitement, la stérilisation est possible.
- Autres IST (hormis hépatites et	++	

Situations à risques	Éligibilité	Commentaires émis par OMS
VIH) - Vaginite (trichomonase, vaginose bactérienne) - Risque accru d'IST (> 1 partenaire ou 1 partenaire ayant des partenaires multiples)	++ ++	
VIH/SIDA Haut risque d'infection à VIH Séropositivité Sida	++ ++ SC	
Hépatite virale Aiguë ou en poussée Porteur Chronique	SC ++ ++	Hépatite aiguë ou en poussée : risque élevé de complications associées à l'anesthésie et à l'intervention chirurgicale.
Infections génitales hautes (IGH) Antécédent d'IGH (sans risque actuel) - avec grossesse depuis - sans grossesse ultérieure IGH présente ou < 3 derniers mois	++ SC SC	Augmentation du risque d'infection et d'adhérences postopératoires.
Tuberculose Non génito-urinaire génito-urinaire	++ SC	
Infection des voies urinaires	++	
Antécédent syndrome de choc toxique	++	
Infection locale	SC	Risque accru d'infection postopératoire.
Infection généralisée ou gastro-entérite	SC	Risques accrus d'infection postopératoire, de complications par déshydratation ou anesthésiques.
PATHOLOGIES GASTRO-INTESTINALES		
Cholécystopathie Symptomatique (actuelle) Traitée médicalement Asymptomatique ou cholécystectomie	SC ++ ++	
Antécédents de cholestase Gravidique Liés à une utilisation antérieure de COC	++ ++	
Cirrhose hépatique Légère, compensée Grave, décompensée	++ SC	
Tumeur hépatique Bénigne - hyperplasie nodulaire focale - adénome hépatocellulaire Maligne (hépatome)	++ SC SC	
ANEMIES		
Thalassémie	SC	

Situations à risques	Éligibilité	Commentaires émis par OMS
Drépanocytose	SC	Risque accru de complications pulmonaires, cardiaques ou neurologiques et majoration possible du risque d'infection de plaie.
Anémie ferriprive (si Hb < 10 g/l)	SC	
AFFECTIONS NEUROLOGIQUES		
Céphalées Non migraineuses (modérées ou sévères)	++	
Migraine (avec ou sans aura, quel que soit l'âge)	++	
Épilepsie	SC	
Maladies dépressives	SC	
AUTRES		
Insuffisance rénale, néphropathie	SC	
Maladies auto-immunes, connectivites (dont lupus érythémateux disséminé)	SC	Les sujets atteints de LED sont exposés à un risque accru de cardiopathie ischémique, d'accident vasculaire cérébral et de thrombose veineuse.
Troubles thyroïdiens - goitre simple - hyperthyroïdie, hypothyroïdie	++ SC	Risque élevé de complications associées à l'anesthésie et à l'intervention chirurgicale.
Carences nutritionnelles graves	SC	Risque accru d'infection de plaie et de retard de cicatrisation.
Pathologie respiratoire aiguë ou chronique	SC	La stérilisation devrait être reportée en attendant la guérison. Il y a augmentation du risque anesthésique et autres risques périopératoires.
Troubles de la coagulation	SC	Risque accru de complications hématologiques postopératoires, d'hématome et risque accru d'infection.
Hernie abdominale ou ombilicale	SC	Dans la mesure du possible, on réparera la hernie et on procédera à la ligature des trompes lors de la même intervention.
Hernie diaphragmatique	SC	En cas de laparoscopie, risque de complications cardio-respiratoires aiguës, induites par le pneumopéritoine ou la position de Trendelenburg.

COC : contraceptifs oraux combinés ; IST : infections sexuellement transmissibles ; SC : sous condition.

Avis de la Cnedimts (HAS) sur le dispositif intratubaire Essure® (27)

Un avis de la Cnedimts (HAS) a été rendu le 29 mai 2012 (évaluation en vue d'un avis sur l'inscription à la liste des produits et prestations remboursables), avec les conclusions suivantes :

- Avis favorable, service rendu suffisant.
- Indication retenue : femmes majeures en âge de procréer souhaitant une stérilisation tubaire permanente comme moyen de contraception définitive et irréversible.

Modalités de prescription et d'utilisation

- L'indication globale de stérilisation (ligature tubaire ou ESSURE) doit être posée après discussion entre la patiente et son chirurgien. Le choix de la technique doit prendre en compte l'âge de la femme, la parité, l'âge du dernier enfant, le nombre d'IVG le cas échéant, la contre-

indication aux méthodes de contraception, la stabilité du couple et le moment de la demande (la période post-partum ou post-IVG n'est pas le meilleur moment).

- ESSURE est destiné à la femme : n'ayant plus de désir de maternité, ayant reçu un dossier d'information écrit et ayant observé un délai de réflexion de 4 mois, ayant donné un consentement écrit, selon les conditions de conformité de l'article L2123-1 du Code de la Santé Publique, utilisant une contraception efficace pendant 3 mois après la pose.
- ESSURE doit être posé par un gynécologue obstétricien.

Conditions à remplir par le gynécologue obstétricien

- Bonne maîtrise de la pratique de l'hystérocopie opératoire et de la pose de l'implant, justifiant d'un apprentissage auprès d'un praticien expérimenté (> 5 femmes) et d'une réalisation d'au moins 5 procédures par an.
- Pose dans des conditions d'asepsie de bloc opératoire, dans un établissement de santé avec proximité d'un environnement chirurgical.

Précautions d'emploi

- Ne poser ESSURE qu'en cas de bonne visualisation des ostia lors de la procédure.
- S'assurer de l'absence de toute infection gynécologique, notamment toute cervicite aiguë non traitée.
- S'assurer de la bonne perméabilité tubaire devant un antécédent de salpingite ou d'une infertilité d'origine tubaire.
- Poser ESSURE pendant la première moitié du cycle après vérification d'une absence de grossesse par un test de grossesse.
- Éviter une pose concomitante à une prise régulière de corticostéroïdes.
- Contrôler par un abdomen sans préparation, au bout de 3 mois et avant l'arrêt de la contraception, le bon positionnement d'ESSURE (un abdomen sans préparation peut être réalisé après la pose d'ESSURE en cas de difficulté au moment de la pose).
- Par mesure de précaution, ne pas utiliser chez les femmes avec une intolérance avérée au Nickel.

Contre-indications

- Ne pas poser ESSURE suite à une naissance ou une interruption de grossesse datant de moins de 6 semaines.
- Incertitude quant au souhait d'interrompre sa fertilité.
- Grossesse avérée ou suspectée.
- Cervicites aiguës en cours.
- Saignements anormaux non explorés.

NICE *Interventional procedure guidance* – stérilisation hystérocopique par canulation tubaire et mise en place d'implants dans les trompes de Fallope (Essure®) (28)

- L'efficacité et la sécurité de la technique sont jugées satisfaisantes.
- S'assurer que les patientes ont compris :
 - qu'une contraception additionnelle était nécessaire jusqu'à ce qu'une imagerie (radiographie ou échographie ou hystérosalpingographie) ait prouvé que les trompes étaient occluses ;
 - il y a un risque de grossesse à long terme faible.
- Fournir des informations écrites aux patientes.

Rapport d'évaluation technologique de la HAS sur les méthodes de stérilisation chez l'homme et chez la femme (29)

Évaluation basée sur 2 revues *Cochrane* publiées en 2003 et 2004.

Efficacité

- Ligature-section, électrocoagulation, pose de clips ou d'anneaux : le taux annuel de grossesses varie de 0 à 2 % selon les études. Il n'a pas été mis en évidence de différence significative entre les différentes techniques. Il n'a pas été retrouvé de données sur la fimbriectomie.
- Insertion d'un micro-implant par hystérocopie : il n'y a eu aucune grossesse chez les patientes ayant une occlusion tubaire bilatérale à l'hystérosalpingographie, à 3 ou 6 mois (87 à 89 % des patientes ayant eu une tentative de pose).

Sécurité

- Ligature-section, électrocoagulation, pose de clips ou d'anneaux : selon la voie d'abord : il n'a pas été mis en évidence de différence concernant les complications majeures entre la laparoscopie et la minilaparotomie. La laparoscopie était associée à significativement moins de complications mineures que la minilaparotomie. Il y avait significativement plus de complications majeures avec la culdoscopie qu'avec la minilaparotomie, et significativement plus de complications mineures qu'avec la laparoscopie. Selon la technique opératoire : les complications majeures et mineures ont été significativement plus fréquentes en cas d'utilisation de la technique de Pomeroy comparée à l'électrocoagulation. Cependant, cette différence pourrait être due à la voie d'abord utilisée. Il n'a pas été retrouvé de données sur la fimbriectomie.
- Insertion d'un micro-implant par hystérocopie : sur 734 patientes ayant eu au moins une tentative de pose, il a été noté 11 perforations du myomètre ou de la trompe, dont 3 avec migration.

Conclusion

Les méthodes de stérilisation ont l'avantage de n'avoir aucune contre-indication permanente.

Il est recommandé de les présenter comme généralement irréversibles.

Pour la stérilisation féminine, la fimbriectomie n'est pas recommandée ; la coelioscopie est la voie d'abord de référence ; la stérilisation par insertion de micro-implants sous hystérocopie est réservée aux cas où l'abord coelioscopique est risqué ; cette technique doit être réévaluée en 2006.

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.

Il est recommandé de n'envisager cette méthode chez les femmes jeunes ou nullipares qu'avec la plus grande réserve et la plus grande précaution.

Pour plus d'informations, se référer au document de synthèse de la HAS « Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles » (13).

Le 18 septembre 2017, le fabricant de l'implant pour stérilisation tubaire Essure a annoncé l'arrêt de sa commercialisation, dans tous les pays sauf les États-Unis. Ceci a conduit à la mise à jour des fiches mémos suivantes :

- « Stérilisation à visée contraceptive chez l'homme et chez la femme » ;
- « Contraception chez la femme adulte en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG) » ;
- « Contraception chez la femme en post-partum » ;
- « Contraception chez la femme après une interruption volontaire de grossesse (IVG) ».

2.3 Stérilisation à visée contraceptive chez l'homme (vasectomie)

Ont été identifiées et retenues :

- les recommandations de l'*American Urological Association* (30) ;
- les critères d'éligibilité aux méthodes contraceptives (méthodes hormonales, DIU et méthodes barrières) chez la femme en post-partum selon l'OMS (5) ;
- les recommandations pratiques de l'OMS 2005 (actualisées en 2008) sur l'utilisation des méthodes contraceptives (4,5) ;
- un rapport d'évaluation technologique de la HAS sur les méthodes de stérilisation chez l'homme et chez la femme (29).

Recommandation américaine AUA (30)

La décision de vasectomie est souvent initiée par la partenaire, souvent après échec d'autres méthodes contraceptives (notamment usage du préservatif). La décision prend souvent du temps, au moins 1 an.

- Il est nécessaire de mener une consultation préopératoire interactive (accord d'experts).
- Ce qui est doit être discuté au cours de la consultation (accord d'experts) :
 - la vasectomie se veut une méthode permanente de contraception : la personne doit avoir bien mûri sa décision ;
 - la vasectomie ne produit pas une stérilité immédiate : des spermatozoïdes mobiles persistent dans l'éjaculat pendant quelques temps ;
 - après vasectomie, une autre forme de contraception est nécessaire jusqu'à ce que l'occlusion soit confirmée par analyse du sperme post-vasectomie ;
 - même après confirmation, la vasectomie n'est pas 100 % efficace en matière de contraception. Le risque de grossesse après vasectomie est de 1/2 000 pour les hommes qui ont une azoospermie ou un examen post-vasectomie qui montre des spermatozoïdes rares et non mobiles ;
 - une nouvelle vasectomie est nécessaire dans moins de 1 % des cas ;
 - les patients devraient éviter d'éjaculer (abstinence) dans la semaine après la vasectomie pour laisser le temps de cicatriser et l'occlusion de la lumière des déférents se faire. La présence d'une hématospermie dans les deux premiers mois après vasectomie n'est pas inquiétante ;
 - pour retrouver une fertilité après vasectomie, 2 options : réversion de la vasectomie (recanalisation chirurgicale des canaux déférents, vasovasostomie) et ponction testiculaire + FIV ou ICSI (injection intracytoplasmique). Autre solution : cryopréservation du sperme avant vasectomie. Ces 2 options ne marchent pas toujours (marche chez environ 50 % des couples), et peuvent coûter cher.
 - le taux de complications chirurgicales comme un hématome symptomatique ou une infection est entre 1 et 2 %, en fonction de l'expérience du chirurgien ;
 - une douleur scrotale chronique avec un impact négatif sur la qualité de vie peut survenir dans 1 à 2 % des cas, et parfois nécessiter une chirurgie complémentaire ;
 - discuter avec le patient des alternatives à la vasectomie (+ physiologie ???) ;
 - discuter avec le patient du statut reproductif de sa partenaire féminine. Si la chance d'une grossesse est faible ou si la femme est enceinte, réévaluer la décision ;
 - fournir au patient une information orale et/ou écrite sur les soins postopératoires : port de sous-vêtement de soutien, gonflement et douleur possible dans les tous premiers jours postopératoires, prise d'antalgique, retour au travail possible le lendemain ou 1 à 3 jours après, parfois plus ;
 - le patient doit avoir un numéro de téléphone du médecin ou de l'équipe et appeler en cas de douleur sévère, gonflement excessif, douleur, fièvre.
 - vie sexuelle : la plupart ont repris des relations sexuelles dans les 2 semaines après vasectomie, diminution de la fréquence des rapports sexuels estimée à 5 % des patients, pas de problème sexuels le plus souvent (pas d'impact sur l'érection, le plaisir sexuel, pas de diminution du volume d'éjaculation, pas d'impact sur le désir) ;
 - Taux de regrets : 1 à 2 %, lié à la volonté de faire plus d'enfants.
- Les cliniciens n'ont pas besoin de discuter du cancer de la prostate, de maladies coronariennes ou des AVC, d'une HTA, d'une démence ou d'un cancer testiculaire, car la vasectomie

n'est pas un facteur de risque pour ces conditions (grade B). La mortalité est proche de 0 (un seul cas connu).

- Une antibioprophylaxie n'est pas indiquée avant vasectomie, sauf si le patient est à haut risque d'infection (grade C).
- Autres points à évaluer avant vasectomie :
 - âge du patient : s'assurer qu'il est en âge de fournir un consentement éclairé ;
 - autres facteurs : nombre d'enfants, autres facteurs jugés par l'expérience du chirurgien (satisfaction du patient, absence de regret) ;
 - implication du partenaire souhaitable dans la consultation préopératoire et le processus de prise de décision.
- La vasectomie devrait être réalisée sous anesthésie locale, avec ou sans sédation, sauf si le patient veut une anesthésie générale ou si le chirurgien la juge préférable (accord d'experts).
- Après vasectomie, une autre forme de contraception est nécessaire jusqu'à ce que l'occlusion soit confirmée par analyse du sperme post-vasectomie. Se fait sur sperme frais (< 2 heures après éjaculation), non centrifugé (accord d'experts).
- L'arrêt de la contraception est possible quand l'analyse montre une azoospermie et seulement quelques rares spermatozoïdes non mobiles (grade C).
- La première analyse du sperme post-vasectomie peut être réalisée 8 à 16 semaines post-vasectomie, selon l'opinion du chirurgien (grade C).
- La vasectomie peut être considérée comme un échec si l'analyse à 6 mois montre des spermatozoïdes mobiles. Une autre vasectomie peut être alors envisagée (accord d'experts).

Critères d'éligibilité selon l'OMS 2009 (5)

L'OMS a défini des critères d'éligibilité aux méthodes de stérilisation chirurgicales chez l'homme (tableau 3).

Il n'existe aucune contre-indication permanente à la stérilisation. En fonction des situations, la stérilisation peut être réalisée sans restriction (++) ou sous conditions (sc), c'est-à-dire que :

- l'intervention est à différer jusqu'à ce que l'état pathologique soit évalué et/ou différé. Des méthodes de contraception temporaires doivent être proposées ;
- l'intervention doit être réalisée avec prudence, notamment avec un surcroît de préparation et de précautions, mais dans le cadre des soins habituels ;
- l'intervention nécessite un personnel expérimenté et le matériel requis, pour l'anesthésie générale et les autres services médicaux d'appui. En pareil cas, il faut être en mesure de choisir la méthode de stérilisation et le type d'anesthésie les plus appropriés.

Tableau 3. Stérilisation chez l'homme : possibilité d'utilisation des différentes méthodes contraceptives en fonction des situations à risque les plus fréquentes, d'après l'OMS (5)

Situations à risques	Éligibilité	Commentaires émis par OMS
Âge - Jeune âge	sc	Prudence chez les jeunes adultes. Les hommes ayant subi une vasectomie dans leur jeune âge étaient plus probablement susceptibles de subir une réversion que ceux l'ayant subi à un âge plus avancé.
Etats dépressifs	sc	
VIH/SIDA Haut risque d'infection à VIH Séropositivité	++ ++	Aucun dépistage systématique ne s'impose. Pour toute intervention chirurgicale, il convient d'observer scrupuleusement les mesures de prévention des

Situations à risques	Éligibilité	Commentaires émis par OMS
Sida (avec traitement antirétroviral)	sc	infections, et notamment les précautions universelles. L'utilisation du préservatif est recommandée après la stérilisation. SIDA : la présence d'une maladie opportuniste peut amener à reporter l'intervention.
Diabète	sc	Risque d'hypoglycémie ou d'acidocétose lors de l'intervention, en particulier si la glycémie n'est pas bien contrôlée avant. Les diabétiques sont davantage exposés à des risques d'infection postopératoire de la plaie.
Drépanocytose	++	
Infection locale	sc	Infection cutanée du scrotum, IST évolutive, balanite, épидидymite ou orchite : risque accru d'infection postopératoire.
Troubles de la coagulation	sc	Risque accru de complications hématologiques postopératoires, d'hématome et risque accru d'infection.
Infection généralisée ou gastro-entérite	sc	Risques accrus d'infection postopératoire, de complications par déshydratation ou anesthésiques.
Antécédents de lésions du scrotum	sc	
Varicocèle/hydrocèle importante	sc	Il peut être difficile, voire impossible, de localiser les canaux déférents. Réduction des risques de complications en procédant simultanément à résection de la varicocèle/hydrocèle et à la vasectomie.
Grosseur intrascrotale	sc	Peut indiquer une maladie sous-jacente.
Cryptorchidie	sc	
Hernie inguinale	sc	La vasectomie peut être réalisée en même temps que la réparation de la hernie.

SC : sous conditions

Recommandations pratiques de l'OMS 2005 (actualisées en 2008) (4,5)

- L'homme devra attendre 3 mois avant de compter sur la vasectomie pour la contraception. Pendant ces 3 mois, il peut reprendre une activité sexuelle, mais sa partenaire ou lui devront utiliser une contraception supplémentaire. À l'issue de ces 3 mois, un spermogramme peut confirmer l'efficacité contraceptive.
- Le fait d'avoir eu 20 éjaculations après la vasectomie ne constitue pas un élément fiable d'efficacité.

Rapport d'évaluation technologique de la HAS sur les méthodes de stérilisation chez l'homme et chez la femme (29)

Évaluation basée sur des études comparatives randomisées et non randomisées et des séries de cas publiées jusqu'en 2004.

Efficacité

L'efficacité du geste varie entre 84 et 100 % selon la voie d'abord et le mode d'occlusion du déférent. Il n'a pas été mis en évidence de différence significative entre l'abord transcutané et l'abord scrotal. La littérature analysée ne permet pas de conclure sur l'efficacité comparée des différentes techniques d'occlusion.

Sécurité

Le taux de complications postopératoires est bas, inférieur à 10 % dans la plupart des séries. Les complications sont bénignes et ne s'accompagnent pas, sauf exception, de réintervention chirurgicale.

Conclusion

Les méthodes de stérilisation ont l'avantage de n'avoir aucune contre-indication permanente.

Il est recommandé de les présenter comme généralement irréversibles.

Pour la stérilisation masculine, les deux voies d'abord sont techniquement très proches et ne semblent pas différentes sur le plan de l'efficacité. Le Code de la santé publique précise que « la ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive ne peut être pratiquée sur une personne mineure » et qu'« elle ne peut être pratiquée que si la personne majeure intéressée a exprimé une volonté libre, motivée et délibérée en considération d'une information claire et complète sur ses conséquences ».

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.

Il est recommandé de n'envisager cette méthode chez les femmes jeunes ou nullipares qu'avec la plus grande réserve et la plus grande précaution.

Pour plus d'informations, se référer au document de synthèse de la HAS « Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles » (13).

3 Prescription d'une contraception dans certaines populations

3.1 Contraception chez l'adolescente

3.1.1 Recommandations Anaes 2004 (2)

Les principales recommandations étaient les suivantes :

- Les méthodes de 1^{er} choix pour les adolescentes sont le préservatif masculin et la contraception hormonale, surtout œstroprogestative. L'association des 2 méthodes peut être envisagée chez certaines d'entre elles, notamment lorsque l'objectif est d'apporter une protection à la fois contraceptive et contre les IST, ainsi qu'en cas de craintes de non-utilisation ou de difficultés de manipulation des préservatifs.
- La contraception œstroprogestative, quelle que soit sa forme, présente, outre son efficacité contraceptive, l'avantage d'avoir des effets bénéfiques en cas de dysménorrhée, syndrome prémenstruel, ménorragie, kystes fonctionnels de l'ovaire et acné (plutôt fréquents à cet âge). Les risques cancéreux et cardio-vasculaires sont exceptionnels à cet âge.
- La contraception microprogestative peut être envisagée et préférée à une contraception œstroprogestative, si la jeune fille ne présente pas d'indication particulière (telle que kystes fonctionnels de l'ovaire, acné, etc.), et supporte bien ce type de contraception. Elle est surtout indiquée en cas de CI à la contraception œstroprogestative. Cette méthode expose néanmoins à des difficultés prévisibles d'observance et à des anomalies menstruelles, lesquelles sont souvent mal supportées à cet âge.
- En cas de problèmes d'observance répétés ou d'adolescente à haut risque d'inobservance, il est recommandé de proposer et de discuter des avantages et des inconvénients de méthodes contraceptives qui pourraient être plus adaptées (ex. : implant à l'étonogestrel ou dispositif transdermique hormonal).
- En raison du risque élevé à cet âge de transmission d'IST, il est recommandé d'évaluer avec l'adolescente le risque infectieux auquel elle est exposée et, le cas échéant, de lui conseiller de recourir à une double contraception, associant contraception hormonale et préservatif.
- Le DIU est également utilisable chez les adolescentes, mais son utilisation en est limitée compte tenu du risque potentiellement plus élevé de maladie inflammatoire pelvienne liée à la prévalence plus élevée des IST à cet âge, des difficultés d'insertion liées à la nulliparité, de leur fragilité cervicale utérine, du risque d'expulsion plus important et de la sensation de corps étranger parfois ressentie. Dès lors que le risque infectieux a été évalué, et écarté, et que la jeune fille a été informée des risques potentiels, il est possible d'envisager avec elle la pose d'un DIU. Le DIU au LNG n'est pas recommandé chez l'adolescente en raison du calibre important de son inserteur et des effets secondaires possibles à type d'acné, kystes ovariens fonctionnels, mastodynie et aménorrhée.
- Dès la prescription ou la délivrance d'une méthode contraceptive, l'adolescente doit être informée préventivement des différentes possibilités de rattrapage en cas de rapport non protégé (contraception d'urgence), de leur efficacité et de leurs conditions d'accès. La prescription ou la dispensation anticipées sont à envisager au cas par cas.
- Les méthodes de stérilisation sur mineures ne sont pas autorisées par la loi.
- Les méthodes qui nécessitent des manipulations vaginales ou gênent la spontanéité de la relation (diaphragme, cape, préservatif féminin, spermicides) doivent être envisagées avec prudence chez les adolescentes dans la mesure où celles-ci, comme d'autres femmes, pourraient être dérangées ou perturbées dans leur sexualité.
- Les méthodes naturelles ne sont pas des méthodes adaptées aux adolescentes en raison de l'irrégularité de leur cycle et de leur indice de fertilité élevé.

Concernant les spécificités liées à l'adolescentes, il a été indiquée que :

- Au regard de leur manque d'expérience, les adolescentes peuvent connaître des difficultés à aborder le sujet, difficultés que pourra atténuer le professionnel de santé dès lors qu'il est prêt lui-même à orienter l'entretien sur le sujet (bien que cet abord soit souvent perçu comme inconfortable par le soignant). Le préalable de la consultation contraceptive avec une adolescente est que le soignant soit particulièrement clair sur ce qui justifie son intervention. Très schématiquement, l'objectif sanitaire est triple : éviter une grossesse non voulue et le surrisque associé chez les adolescentes les plus jeunes, éviter le traumatisme d'une éventuelle IVG, prévenir une infection sexuellement transmissible.
- Le groupe de travail souhaite attirer l'attention sur plusieurs points qui lui paraissent clés lors d'une consultation contraceptive impliquant une adolescente :
 - l'adolescente sera reçue sans ses parents. L'entretien est confidentiel. Depuis 2001, la loi dispense le médecin de notifier aux parents une prescription contraceptive à une mineure. Pour autant, l'évocation des parents dans la conversation en tête-à-tête reste tout aussi essentielle ;
 - en l'absence de symptômes qui le justifient, l'examen gynécologique n'est pas nécessaire lors de la première consultation. De plus, sous couvert d'un interrogatoire systématique sur les antécédents personnels ou familiaux (HTA, diabète, hyperlipidémie, migraine, accidents thromboemboliques), d'un examen clinique normal et en l'absence de problème médical familial ou personnel repéré, les examens sanguins peuvent également être programmés pour une consultation ultérieure ;
 - il importe de rester neutre et de ne pas avoir d'*a priori*, ni sur l'activité sexuelle des adolescents ni sur leur désir, voire leur intention délibérée d'un d'enfant à naître ;
 - le questionnement nécessite de comprendre que l'adolescence est un moment de croissance sociale et cognitive, et d'acquérir des compétences de communication particulières afin d'adapter le *counseling* à l'adolescente : être ouvert et positif, être disponible, empathique et faire preuve d'écoute, favoriser le dialogue, être bref et concret, veiller à ne pas mobiliser la parole ;
 - la contraception chez une adolescente nécessite une planification et un suivi régulier, et rapproché.
- Lors de la consultation, une démarche de *counseling* proche de celle qui suit pourrait être adoptée :
 - pour engager le dialogue, éviter d'être intrusif et questionner graduellement l'adolescente sur ses autres camarades et sur ses habitudes de vie ;
 - aborder les besoins de l'adolescente, l'éventualité d'un projet à venir d'une grossesse ou d'un bébé ou les représentations de l'adolescente sur le sujet ;
 - rassurer l'adolescente sur sa normalité, commenter, expliquer ;
 - travailler avec elle la manière de répondre à une demande insistante d'avoir des rapports sexuels si l'on n'en a pas envie, notamment lorsque ceux-ci pourraient être non protégés et/ou forcés ;
 - aborder la question des freins à l'utilisation de la ou des méthodes choisies, notamment l'opinion de son partenaire, l'achat ou l'approvisionnement de la méthode, l'accessibilité des services, les représentations qu'a l'adolescente d'une ou des méthodes possibles, et lui faire part des risques non fondés ou les relativiser. Les questions sur l'observance peuvent être posées de manière prospective (afin de déterminer si elle pense que la méthode lui sera adaptée) ou rétrospective, et répétée aux différents entretiens (afin de réévaluer son choix) ;
 - laisser l'adolescente exprimer ses préférences/réticences face aux diverses options et en tenir compte ;
 - décrire l'efficacité, les bénéfices, y compris non contraceptifs, et les effets indésirables ou inconvénients de la méthode ;
 - fournir des conseils pour l'établissement d'une prise orale en routine quotidienne (si une pilule est choisie) ;
 - apporter une information sur la conduite à suivre en cas d'oubli de pilule, de non-utilisation ou de rupture d'un préservatif et sur les méthodes de rattrapage possibles. Bien informer sur la gratuité et l'anonymat en pharmacie de la contraception d'urgence progestative. La prescription d'une contraception d'urgence en avance pour pallier un éventuel échec ne sera envisagée qu'au cas par cas ;
 - apporter une information sur les préservatifs, sur les IST, sida inclus ;
 - programmer et planifier les consultations suivantes.

- En matière d'éducation collective, les méta-analyses identifiées dans la littérature donnent des résultats divergents quant à l'efficacité des programmes développés. Certains ont pu montrer une efficacité, notamment ceux reposant de manière concomitante sur plusieurs approches (individuelle, collective et centrée sur l'amélioration de l'accès aux services de planification familiale) (niveau de preuve 1). Les approches collectives apparaissent comme un complément utile à l'approche individuelle. Le groupe de travail considère qu'elles gagneraient encore à être renforcées en milieu scolaire.

3.1.2 Autres recommandations depuis 2004

Ont été identifiées et retenues :

- les recommandations de la *Faculty of sexual and reproductive healthcare* sur la contraception chez les adolescents (31) ;
- les recommandations du *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) sur les méthodes contraceptives de longue durée d'action (recommandations 2005 revalidées en 2011) (3) ;
- les recommandations pratiques de l'OMS 2005 (actualisées en 2008) (4,5) ;
- les critères d'éligibilité aux méthodes contraceptives (méthodes hormonales, DIU et méthodes barrières), en fonction de l'âge selon l'OMS (5), le CDC (32) et la FSRH (33).

Recommandations de la *Faculty of sexual and reproductive healthcare* sur la contraception chez les adolescents (31)

Les recommandations concernent les jeunes incluant les mineurs et les jeunes jusqu'à 25 ans.

Toutes méthodes possibles, l'âge n'est pas, en lui-même, l'élément limitant aux méthodes contraceptives de cette population. Il contient, en plus, les informations qu'il est recommandé de donner aux mineurs pour les différentes méthodes concernant la prise de poids, le traitement de l'acné, la reprise de fertilité après l'arrêt, mais aussi la densité osseuse, le risque de cancer, les saignements et les changements d'humeur.

Méthodes

- Les mineurs devraient être informés de toutes les méthodes, incluant/soulignant les bénéfices de la contraception à longue durée d'action (accord d'experts).
- L'âge en lui-même ne devrait pas limiter le choix de la méthode contraceptive, y compris les DIU (grade C).

Suivi

- Les mineurs doivent être conseillés d'effectuer un suivi sous les 3 mois après le début d'une contraception hormonale (accord d'experts). Il s'agit de vérifier les effets secondaires potentiels, et de s'assurer de l'utilisation correcte de la méthode contraceptive (accord d'experts).
- Les mineurs doivent être encouragés à consulter pour n'importe quel problème concernant la contraception (grade C).

Législation et éthique

- Le praticien devrait s'assurer de la capacité des jeunes personnes à accepter le traitement contraceptif, à comprendre les informations fournies relatives à sa contraception, aux avantages et inconvénients, et à leur capacité à exprimer leur propres souhaits (grade C). La capacité à accepter la méthode devrait être évaluée et documentée à chaque visite où cela est pertinent (*i.e.* âge inférieur à 16 ans) (grade C).
- Par ailleurs, les praticiens doivent pouvoir informer les mineurs sur la législation en relation avec les activités sexuelles (accord d'experts) ; les mineurs devraient toujours être alertés sur les conditions de confidentialité incluant celles où la confidentialité peut être levée (grade C).

Information des mineurs sur les effets secondaires

- Prise de poids : absence d'évidence sur la prise de poids sous contraception hormonale combinée (B) ; possibilité de prise de poids sous acétate de médroxyprogestérone (DMPA) et peu de preuve d'une corrélation entre poids et méthodes progestatives (grade C).
- Acné/Traitement de l'acné : amélioration possible de l'acné sous contraception hormonale combinée (COC) (grade B) ; en absence d'amélioration de l'acné sous COC, envisager le passage à une COC contenant moins de progestatif androgénique ou contenant plus d'œstrogène (accord d'experts). Les progestatifs peuvent entraîner une amélioration, une aggravation ou un début de l'acné (grade C).
- Changement d'humeur : la contraception hormonale peut être associée à un changement d'humeur, mais il n'existe pas de preuve pour une corrélation avec la dépression (grade C).
- Fertilité : pas de délai à un retour de la fertilité à l'arrêt de la pilule progestative (grade C), des COC (grade C), d'un DIU (B) ou d'un implant progestatif (grade B). Le retour de la fertilité peut être de plus d'un an après l'arrêt de la DMPA (grade C).
- Saignements : sous contraception hormonale, une altération du profil de saignements peut intervenir (grade C). Les dysménorrhées primaires peuvent être améliorées par l'utilisation des COC (grade B).
- Santé osseuse : l'utilisation des injections de DMPA est associée à une petite perte de la densité minérale osseuse qui est retrouvée à l'arrêt de la contraception (grade B). La DMPA peut être utilisée chez les femmes d'âge inférieur à 18 ans, après avoir considéré les autres méthodes (grade C), et les femmes désirant poursuivre la DMPA doivent être revues tous les 2 ans avec évaluation des avantages et risques (accord d'experts).
- Thrombose : bien que le risque de thrombose veineuse augmente avec les COC, le risque absolu est très faible (grade B).
- Cancer : les COC ne sont pas associés avec une augmentation du risque global de cancer (B) ; ils réduisent le risque de cancer ovarien, et exercent un effet protecteur plus de 15 ans après l'arrêt (grade B) ; l'augmentation du risque du cancer du sein sous contraception hormonale est faible, et se réduit à l'arrêt du traitement (grade B). Une très faible augmentation du cancer du col est observée sous utilisation prolongée des COC (grade B).
- IST : prévention IST « classique ».

Recommandations du NICE sur les méthodes contraceptives de longue durée d'action (recommandations 2005 revalidées en 2011) (3)

Chez l'adolescente :

- stérilets au cuivre ou au LNG, implants progestatifs : pas de restriction ou d'utilisation spécifique ;
- progestatifs injectables : vigilance nécessaire ; à n'utiliser que si les autres méthodes sont inacceptables ou ne conviennent pas.

Recommandations pratiques de l'OMS 2005 (actualisées en 2008) (4,5)

En général, les adolescentes peuvent utiliser n'importe quelle méthode et avoir accès à un choix étendu. L'âge ne constitue pas une raison médicale pour refuser une méthode à une adolescente. Les considérations d'ordre social et comportemental sont importantes. Par exemple, les adolescentes courent parfois un risque accru d'IST, notamment de VIH. De plus, même si elles peuvent utiliser toutes les méthodes, le fait d'utiliser des méthodes ne nécessitant qu'une prise quotidienne peut être plus approprié. Elles tolèrent généralement moins bien les effets secondaires qui sont une source d'abandon. Le choix de la méthode peut être influencé par le caractère sporadique des rapports et la nécessité de dissimuler une contraception. Il faut leur offrir le plus choix possible de méthodes. Un enseignement et des conseils prodigués, avant et au moment du choix de la méthode, permettront aux adolescentes de répondre à leurs problèmes particuliers et de prendre des décisions en toute connaissance de cause.

Critères d'éligibilité aux méthodes contraceptives (méthodes hormonales, DIU et méthodes barrières) en fonction de l'âge selon l'OMS (5), le CDC (32) et la FSRH (33)

Ces recommandations permettent l'utilisation du DIU au cuivre ou au LNG quel que soit l'âge, y compris avant 20 ans, mais en prenant en compte le risque d'infections sexuellement transmissibles.

3.2 Contraception chez la femme en post-partum et post-IVG

3.2.1 Contraception chez la femme en post-partum

► Recommandations Anaes 2004 (2)

- En l'absence d'allaitement, la prescription d'une méthode œstroprogestative est déconseillée pendant les 3 premières semaines qui suivent l'accouchement. La pose d'un DIU est possible dans les 48 heures après l'accouchement (malgré un risque d'expulsion accru, et bien que cela ne corresponde pas à la pratique française), puis contre-indiquée jusqu'à 4 semaines après l'accouchement. La contraception hormonale par progestatif seul peut être utilisée sans risque immédiatement après l'accouchement. Les méthodes nécessitant des manipulations vaginales (cape, diaphragme, éponge, etc.) sont contre-indiquées en post-partum.
- En cas d'allaitement. Des rapports récents, dont un de l'Anaes sur l'allaitement maternel, indiquent que l'allaitement constitue, à condition d'être exclusif ou quasi exclusif, une méthode fiable et efficace jusqu'à 6 mois après l'accouchement.
- En cas d'allaitement, exclusif ou non, il est fortement recommandé de ne pas prescrire de méthodes œstroprogestatives jusqu'à 6 mois.
- Bien que limitées, les données concernant les microprogestatifs ne permettent pas de présager d'un effet majeur sur la lactation, ni d'un effet sur la croissance et le développement neurologique des enfants allaités (à 1 an de suivi). La prescription de méthodes par progestatif seul est inutile dans les premières semaines qui suivent l'accouchement et en cas d'allaitement maternel exclusif ou quasi exclusif. Elle peut devenir utile lorsque l'allaitement devient mixte ou lorsqu'il est arrêté (à partir de la 4^e semaine au minimum).
- La pose d'un DIU est possible dans les mêmes conditions qu'en l'absence d'allaitement.
- Si une contraception est souhaitée et qu'elle ne peut être immédiatement débutée, il est recommandé, en attendant sa mise en œuvre, d'adopter à partir de 3 semaines après l'accouchement une méthode contraceptive complémentaire (ex. : préservatifs).
- La loi autorise la prescription hormonale par les sages-femmes lors des suites de couches et de l'examen postnatal. Le groupe de travail recommande donc qu'une information sur les différentes méthodes utilisables en post-partum, y compris le DIU, soit réalisée au cours de la grossesse, et que l'éventuelle contraception qui suivra l'accouchement soit discutée.

► Autres recommandations

Ont été identifiées et retenues :

- les recommandations de la *Faculty of sexual and reproductive healthcare* sur la contraception chez la femme en post-partum (34) ;
- les recommandations du *Royal College of Obstetricians* 2010 sur le risque thromboembolique veineux et la contraception hormonale (35) ;
- les critères d'éligibilité aux méthodes contraceptives (méthodes hormonales, DIU et méthodes barrières) chez la femme en post-partum selon l'OMS (5), le CDC (32) et la FSRH (33). Ces critères ont été actualisés par l'OMS en 2010 (36) et le CDC en 2011 (37) ;
- les recommandations de la *Faculty of sexual and reproductive healthcare* sur les progestatifs oraux (14), sur les implants progestatifs (15) et sur les progestatifs injectables (18) ;

- les recommandations du *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) sur les méthodes contraceptives de longue durée d'action (recommandations 2005, revalidées en 2011) (3) ;
- les recommandations pratiques de l'OMS 2005 (actualisées en 2008) sur l'utilisation des méthodes contraceptives (4,5).

Recommandations de la FSRH 2009 (34)

Évaluation des besoins en contraception

- Les professionnels de santé devraient trouver des opportunités pendant la période prénatale et postnatale pour discuter de toutes les méthodes de contraception (accord d'experts), et des avantages des méthodes de contraception de longue durée d'action (accord d'experts).
- Les professionnels de santé doivent évaluer les besoins d'une femme en contraception post-partum en tenant compte de ses croyances personnelles/préférences, l'activité sexuelle, l'allaitement, les menstruations, les facteurs médicaux et socioculturels (accord d'experts).

Allaitement et contraception

- Les données disponibles suggèrent que l'utilisation de la contraception par progestatifs pendant l'allaitement n'affecte pas le volume de lait maternel (grade B).
- Les preuves sont actuellement insuffisantes pour évaluer l'impact de la contraception hormonale combinée (CHC) sur le volume de lait maternel (grade C).
- Il a été démontré que la contraception par progestatifs n'a aucun effet sur la croissance du nourrisson (grade A).
- Pendant les 6 premiers mois après l'accouchement, l'allaitement exclusif, aménorrhéique (méthode MAMA) a une efficacité supérieure à 98 % pour prévenir la grossesse (grade B). Le risque de grossesse augmente si la fréquence de l'allaitement maternel diminue (arrêt des tétées nocturnes, alimentation complémentaire, utilisation de la sucette), lors du retour de la menstruation, ou au-delà de 6 mois post-partum (grade C).

Comment conseiller les femmes sur le démarrage de méthodes spécifiques du post-partum ?

- La contraception n'est pas nécessaire avant le jour 21^e jour post-partum. Si le démarrage d'une méthode hormonale intervient au plus tard le 21^e jour, il n'y a pas besoin de contraception supplémentaire (grade C).
- Si le démarrage d'une méthode hormonale survient au-delà du 21^e jour, les cliniciens devraient être raisonnablement sûrs que la femme ne soit pas enceinte ou à risque de grossesse ; le praticien doit l'informer qu'elle évite les rapports sexuels ou utilise une contraception supplémentaire pendant les 7 premiers jours d'utilisation (2 jours pour la pilule progestative), à moins de remplir pleinement les critères de la méthode MAMA (grade C).
- La CHC ne doit pas être commencée avant le 21^e jour, en raison du risque accru de thrombose ; les femmes qui n'allaitent pas peuvent commencer la CHC à partir du 21^e jour du post-partum (grade C).
- Les femmes qui allaitent doivent éviter la contraception CHC dans les 6 premières semaines après l'accouchement, car il n'y a pas de preuves suffisantes de l'innocuité de la CHC, pendant l'établissement de l'allaitement (grade C).
- L'utilisation de CHC ne doit pas être recommandée entre 6 semaines et 6 mois pour les femmes qui allaitent exclusivement, à moins que d'autres méthodes ne soient pas acceptables ou disponibles. Chez les femmes qui allaitent partiellement, les avantages de l'utilisation de CHC peuvent l'emporter sur les risques (accord d'experts).
- Les femmes allaitant ou non peuvent démarrer la pilule progestative à tout moment en post-partum (accord d'experts).
- Les femmes qui allaitent ne devraient pas commencer une méthode progestative injectable avant le 21^e jour, sauf si le risque d'une grossesse ultérieure est élevé (grade C).

- Un saignement gênant peut se produire avec l'utilisation d'acétate de médorogestérone dans le post-partum précoce (grade C).
- Si cela est plus pratique, les femmes allaitant ou non peuvent choisir d'avoir un implant progestatif inséré avant le jour du 21, bien que ce soit en dehors de la licence du produit pour l'Implanon®. (accord d'experts).
- À moins que le DIU au cuivre puisse être inséré dans les 48 premières heures suivant l'accouchement (allaitement ou non), l'insertion doit être retardée jusqu'au jour 28 et suivant. Aucune contraception supplémentaire n'est nécessaire. (grade C).
- Le DIU au lévonorgestrel peut être inséré au jour 28 du post-partum (allaitement au sein ou non). Les femmes devraient éviter les rapports sexuels ou utiliser une méthode contraceptive supplémentaire pendant les 7 jours après l'insertion à moins de satisfaire pleinement aux critères de la méthode MAMA (grade C).
- Les femmes qui choisissent un diaphragme ou une cape cervicale doivent attendre au moins 6 semaines après l'accouchement avant de vérifier les exigences de taille (grade C).
- Les femmes et les hommes qui envisagent la stérilisation doivent être informés du caractère irréversible de la procédure, des risques, des avantages et des taux de défaillance associés à la stérilisation ; et ainsi que sur les autres méthodes de contraception, y compris les méthodes de longue durée d'action (accord d'experts).
- Les femmes doivent être informées que les rapports sexuels non protégés ou un échec contraceptif avant le jour 21 post-partum n'est pas une indication pour la contraception d'urgence (accord d'experts).
- Les femmes doivent être informées que la contraception d'urgence aux progestatifs peut être utilisée à partir du jour 21 post-partum et à partir du jour 28 pour la contraception d'urgence par DIU au cuivre (accord d'experts).

Recommandations du *Royal College of Obstetricians* 2010 (35)

La contraception hormonale combinée ne devrait pas être démarrée avant 21 j après l'accouchement (grade C) (risque thromboembolique augmenté).

Critères d'éligibilité aux méthodes contraceptives (méthodes hormonales, DIU et méthodes barrières) chez la femme en post-partum (OMS, CDC, FSRH)

Les critères d'éligibilité aux méthodes contraceptives (méthodes hormonales, DIU et méthodes barrières) selon l'OMS (5), le CDC (32) et le FSRH (33) chez la femme en post-partum figurent dans les tableaux 4, 5 et 6. À noter que les critères établis par le CDC et la FSRH ont été adaptés selon ceux de l'OMS, et validés au niveau national par un groupe de travail pluridisciplinaire.

Ces critères ne prennent en compte des degrés d'efficacité des différentes méthodes contraceptives, lesquels sont donc à prendre en compte lors de la prescription.

Quatre niveaux d'adéquation sont distingués :

- niveau 1 : situation où la méthode contraceptive peut être utilisée sans aucune restriction. Elle correspond généralement à la catégorie 1 de l'OMS ;
- niveau 2 : situation où les avantages de la méthode contraceptive sont généralement supérieurs aux inconvénients. D'une manière générale, la méthode est utilisable. Si la femme choisit cette méthode, le suivi médical doit être plus attentif qu'en règle normale ;
- niveau 3 : situation où les risques théoriques ou avérés l'emportent sur les avantages procurés par l'emploi de la méthode. L'emploi de la méthode n'est en règle générale pas recommandé, à moins que des méthodes plus indiquées ne soient pas disponibles ou acceptables. Un suivi rigoureux est alors nécessaire ;
- niveau 4 : situation où l'emploi de la méthode expose à un risque pour la santé inacceptable. Il est recommandé de ne pas utiliser la méthode (à proscrire).

Le niveau indiqué correspond à la fois aux situations où l'on se pose la question d'une initiation d'une méthode contraceptive particulière et celles où l'on se pose la question du bien-fondé de sa poursuite. Lorsque les niveaux différaient, la cotation correspondant à la poursuite a été indiquée entre crochets « [] ».

Au regard de nouvelles données sur le risque thromboembolique en post-partum, les critères d'éligibilité OMS des COC ont été actualisés en 2010 (5).

Le risque thromboembolique veineux est augmenté durant les 6 premières semaines du post-partum ; il est multiplié par 22 à 84 par rapport à la femme non enceinte et non en post-partum. Ce risque est plus prononcé immédiatement après l'accouchement, décroît rapidement durant les 21 premiers jours et retourne à des niveaux de base à partir de 42 jours après l'accouchement. La possibilité d'une ovulation peut survenir au plus tôt au 25^e jour après l'accouchement.

Recommandations

- Avant J21 :
 - chez la femme qui n'allait pas : le risque des COC est supérieur aux avantages ;
 - chez la femme qui allaite : ils sont contre-indiqués.
- De J21 à J42 :
 - chez la femme qui n'allait pas : les avantages des COC sont généralement supérieurs aux inconvénients, sauf chez certaines femmes avec des facteurs de risque thromboemboliques veineux pour lesquelles ces méthodes ne doivent pas être utilisées. Chez les femmes avec des antécédents de thrombose veineuse, une thrombophilie, une immobilisation, une transfusion à la naissance, un IMC > 30, une hémorragie du post-partum, un accouchement par césarienne, une prééclampsie ou un tabagisme, l'utilisation de COC peut entraîner un risque thromboembolique veineux additionnel. Seul le jugement clinique au cas par cas permet de déterminer si l'on peut utiliser un COC ;
 - chez la femme qui allaite : ils sont contre-indiqués.
- Après J42 :
 - chez la femme qui n'allait pas : les COC peuvent être utilisés ;
 - chez la femme qui allaite : ils ne sont pas recommandés jusqu'à 6 mois après l'accouchement.

Le CDC a actualisé les critères d'éligibilité chez la femme en post-partum en 2011 (37)

Les recommandations pour l'utilisation de la contraception œstroprogestative en post-partum sont les suivantes :

- La contraception hormonale combinée ne doit pas être utilisée chez la femme durant les 21 jours après l'accouchement, en raison du risque élevé de thrombose veineuse durant cette période.
- Entre 21 et 42j, la contraception hormonale combinée peut être démarrée chez les femmes sans autre facteur de risque thromboembolique veineux. En revanche, en présence de facteur de risque thromboembolique veineux (antécédent thromboembolique, césarienne récente), la contraception hormonale combinée ne devrait pas être utilisée en général.
- Au-delà de 42 jours, il n'y a pas de restriction d'utilisation de la contraception hormonale combinée liée au post-partum.
- Pas de modifications en cas d'allaitement ou pour l'utilisation des progestatifs seuls : pilule, injection et implant peuvent être utilisés immédiatement après l'accouchement. Il en est de même pour les DIU (cuivre ou LNG).

Il est par ailleurs indiqué que dans le post-partum, le risque d'ovulation peut survenir dès 25 jours après l'accouchement ou la césarienne chez la femme qui n'allait pas, et la reprise d'une activité sexuelle peut reprendre précocement après la naissance.

Diaphragme et cape cervicale

En post-partum, le diaphragme et la cape cervicale sont inutilisables pendant les 6 premières semaines du post-partum tant que l'involution utérine n'est pas achevée.

Méthodes naturelles

- Méthode MAMA : voir ci-dessous.
- Autres méthodes (hors méthode MAMA) en post-partum :
 - allaitement au sein : avant 6 semaines, les femmes qui allaitent leur enfant principalement au sein et qui présentent une aménorrhée ont peu de chance de présenter une fonction ovarienne suffisante pour que des signes de fécondité détectables et des changements hormonaux apparaissent au cours des six premières semaines suivant l'accouchement. Toutefois, la probabilité d'un retour de la fécondité augmente avec le temps, et au fur et à mesure du remplacement du lait maternel par d'autres aliments. Après le retour des règles, Lorsque la femme remarque des signes de retour de la fécondité (en particulier des sécrétions cervicales), elle peut utiliser une méthode basée sur les symptômes. Chez les femmes qui allaitent leur enfant au sein, après l'accouchement, les premiers cycles ont une longueur très variable. Il faut plusieurs cycles pour un retour à la normale. Lorsque la femme a eu au moins trois fois ses règles après l'accouchement et que ses cycles sont à nouveau réguliers, elle peut utiliser une méthode basée sur le calendrier. Lorsqu'elle a eu au moins quatre fois ses règles après l'accouchement et que son cycle le plus récent a été de 26 à 32 jours, elle peut utiliser la méthode des jours fixes. Avant cela, il faut lui offrir une méthode mécanique si elle envisage d'utiliser par la suite une méthode naturelle ;
 - absence d'allaitement : avant 4 semaines, il est peu probable que les femmes qui n'allaitent pas aient une fonction ovarienne suffisante pour nécessiter l'application d'une méthode naturelle ou présentent des signes de fécondité décelables ou des modifications hormonales dans les quatre semaines suivant l'accouchement. Bien que le risque de grossesse soit faible, il convient d'offrir une méthode appropriée dans le post-partum. Après 4 semaines, il est probable que les femmes qui n'allaitent pas auront une fonction ovarienne suffisante pour que des signes de fécondité et/ou des changements hormonaux soient décelables ; dans le post-partum, cette probabilité augmente rapidement avec le temps. La femme peut employer la méthode du calendrier dès qu'elle a eu ses règles à trois reprises durant le post-partum et que ses cycles sont à nouveau réguliers. Lorsqu'elle a eu au moins quatre fois ses règles après l'accouchement et que son cycle le plus récent a été de 26 à 32 jours, elle peut utiliser la méthode des jours fixes. Avant cela, des méthodes appropriées dans le post-partum doivent lui être proposées.

Recommandations de la *Faculty of sexual and reproductive healthcare* sur les progestatifs oraux (14), sur les implants progestatifs (15) et sur les progestatifs injectables (18)

- Progestatifs oraux : aucun autre moyen contraceptif est nécessaire si les progestatifs oraux sont démarrés jusqu'à et y compris le jour 21 post-partum.
- Implant progestatif : toutes les femmes en post-partum (y compris les femmes qui allaitent) peuvent utiliser un implant progestatif sans restriction (C). Un implant progestatif peut être inséré à n'importe quel moment du post-partum à partir du jour 21 avec une efficacité contraceptive immédiate. S'il est inséré au-delà du jour 21, le préservatif ou l'abstinence doivent être recommandés pendant 7 jours (C). L'utilisation avant le jour 21 peut être associée à des saignements.
- Progestatif injectable : afin de fournir une protection immédiate, la contraception par un progestatif injectable ne peut être donnée que dans les 21 jours suivant le post-partum. Démarrée à d'autres moments, l'usage d'une méthode de contraception supplémentaire, comme des préservatifs est recommandé pendant 7 jours. Les femmes qui allaitent peuvent utiliser les progestatifs injectables (B).

Recommandations du NICE 2005, revalidées en 2011 (3)

- Stérilets au cuivre ou au lévonorgestrel : peuvent être insérés dès 4 semaines après la naissance.
- Progestatifs injectables, implants : à tout moment après la naissance.

Recommandations pratiques de l'OMS 2005 (actualisées en 2008) sur l'utilisation des méthodes contraceptives (4,5)

Utilisation des œstroprogestatifs

- Femme en post-partum qui allaite :
 - si elle a accouché depuis plus de 6 mois et présente une aménorrhée, démarrage possible à tout moment du cycle si l'on a de bonnes raisons de considérer qu'elle n'est pas enceinte. Elle devra s'abstenir de rapport sexuel ou avoir recours à un autre moyen de contraception pendant les 7 jours qui suivent ;
 - si elle a accouché depuis plus de 6 mois et que ses règles sont revenues, démarrage possible comme chez les femmes ayant un cycle régulier ;
 - démarrage déconseillé avant 6 semaines, pas recommandé entre 6 semaines et 6 mois.
- Femme en post-partum qui n'allait pas :
 - si ses règles ne sont pas revenues 21 jours, voire plus après l'accouchement, démarrage possible immédiat si l'on a de bonnes raisons de considérer qu'elle n'est pas enceinte. Elle devra s'abstenir de rapport sexuel ou avoir recours à un autre moyen de contraception pendant les 7 jours qui suivent ;
 - si ses règles sont revenues, démarrage possible comme chez les femmes ayant un cycle régulier ;
 - démarrage déconseillé avant 21 jours après l'accouchement.

Utilisation des progestatifs injectables

- Femme en post-partum qui allaite :
 - entre 6 semaines et 6 mois après l'accouchement et absence de règles, injection possible à tout moment. Si nourrit son bébé exclusivement au sein, aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire ;
 - si elle a accouché depuis plus de 6 semaines et que ses règles sont revenues, injection possible comme chez les femmes ayant un cycle régulier ;
 - injection déconseillée avant 6 semaines.
- Femme en post-partum qui n'allait pas :
 - si l'accouchement remonte à moins de 21 jours, injection possible à tout moment. Aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire ;
 - si l'accouchement remonte à plus de 21 jours et que ses règles ne sont pas revenues, injection possible à tout moment si l'on a de bonnes raisons de considérer qu'elle n'est pas enceinte. Elle devra s'abstenir de rapport sexuel ou avoir recours à un autre moyen de contraception pendant les 7 jours qui suivent ;
 - si ses règles sont revenues, injection possible comme chez les femmes ayant un cycle régulier.

Utilisation du DIU au cuivre ou au LNG

- Femme post-partum (y compris après une césarienne) :
 - pose possible moins de 48 h après l'accouchement, y compris immédiatement après l'expulsion du placenta (avant la suture de l'incision utérine en cas de césarienne), qu'elle allaite ou non ;
 - si l'accouchement remonte à 4 semaines ou plus et que la femme présente une aménorrhée, pose du DIU possible si l'on a de bonnes raisons de considérer qu'elle n'est pas enceinte (femme

qui allaite) ou si l'on est sur qu'elle n'est pas enceinte (femme qui allaite). Aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire, qu'elles allaitent ou non ;

- ▶ si l'accouchement remonte à 4 semaines ou plus et que les règles sont revenues, pose possible comme les femmes ayant des cycles réguliers, qu'elles allaitent ou non ;
- ▶ en cas de septicémie puerpérale, pas de pose de DIU. Pas de pose possible également de 48 h à moins de 4 semaines après l'accouchement, qu'elles allaitent ou non.

- Femme post-partum (y compris après une césarienne) :

- ▶ pose possible moins de 48 h après l'accouchement, y compris immédiatement après l'expulsion du placenta (avant la suture de l'incision utérine en cas de césarienne), qu'elles allaitent ou non ;
- ▶ si l'accouchement remonte à 4 semaines ou plus et que la femme présente une aménorrhée, pose du DIU-LNG possible si l'on a de bonnes raisons de considérer qu'elle n'est pas enceinte (femme qui allaite) ou si l'on est sur qu'elle n'est pas enceinte (femme qui allaite). Aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire, qu'elles allaitent ou non ;
- ▶ si l'accouchement remonte à 4 semaines ou plus et que les règles sont revenues, pose possible comme les femmes ayant des cycles réguliers, qu'elles allaitent ou non ;
- ▶ en cas de septicémie puerpérale, pas de pose de DIU-LNG. Pas de pose également de 48 heures à moins de 4 semaines après l'accouchement, qu'elles allaitent ou non.

Méthode de l'aménorrhée lactationnelle (méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée [MAMA]) (5,25)

- Trois critères doivent tous être remplis pour garantir une protection suffisante contre une grossesse imprévue : 1) aménorrhée ; 2) allaitement au sein exclusif ou quasi exclusif (pas plus de 4 à 6 heures entre chaque tétée ; 3) moins de six mois après l'accouchement. Dans ces conditions, le taux de grossesses observé pour un allaitement de 6 mois est inférieur à 2 %.
- Certaines pathologies ou certains obstacles qui ont une incidence sur l'allaitement peuvent également influencer sur la durée de l'aménorrhée, et compromettre ainsi son utilisation en tant que moyen de planification familiale :
 - ▶ l'infection à VIH : en raison du risque de transmission du virus à l'enfant au cours de l'allaitement ;
 - ▶ les médicaments employés au cours de l'allaitement : allaitement déconseillé en cas d'utilisation d'antimétabolites, de la bromocriptine, de certains anticoagulants, des corticostéroïdes (à fortes doses), de la cyclosporine, de l'ergotamine, du lithium, des médicaments normothymiques, des médicaments radioactifs et de la réserpine ;
 - ▶ pathologies du nouveau-né rendant l'allaitement au sein difficile : malformations congénitales de la bouche, de la mâchoire ou du palais, nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale à la naissance ou prématurés et nécessitant des soins néonataux intensifs et certains troubles du métabolisme.
- Il convient d'utiliser une autre méthode de contraception en cas de retour des règles, de réduction de la fréquence ou de la durée des tétées, d'introduction de l'alimentation au biberon ou dès que le nourrisson atteint l'âge de 6 mois.

▶ Données réglementaires

Utilisation des œstroprogestatifs en post-partum : dans la plupart des RCP de pilules œstroprogestatives, l'utilisation en post-partum est possible à partir de 21 à 28 jours après l'accouchement.

Utilisation des progestatifs en post-partum : le RCP des pilules microprogestatives (Microval®, Cerazette®), de l'implant (Nexplanon®) et des injections (Depoprovera®) permettent leur utilisation pendant l'allaitement (avec surveillance du nourrisson pour Nexplanon® et Cerazette®). L'utilisation en post-partum est possible avant le retour de règles pour Microval®, après 21 jours

pour Cerazette®, après 28 jours pour Nexplanon®, 7 jours après évacuation de la cavité utérine pour le Depoprovera®.

Utilisation de DIU en post-partum :

- pour les DIU au cuivre, la pose est possible dans les 48 heures suivant l'accouchement pour certains dispositifs ; pour la plupart des dispositifs, la pose est possible après 6 semaines après un accouchement par voie basse (nécessité d'avoir une involution utérine complète), voire après 12 semaines pour une césarienne ;
- le RCP de Mirena® requiert un délai de 6 semaines pour la pose après l'accouchement (nécessité d'avoir une involution complète de l'utérus). La pose dans les 48 heures suivant l'accouchement n'est pas prévue.

3.2.2 Contraception chez la femme après une IVG

► Recommandations Anaes 2004 (2)

- Toutes les méthodes, hormis les méthodes nécessitant des manipulations vaginales, sont utilisables suite à une interruption volontaire ou médicale de grossesse. Le taux d'expulsions des DIU est cependant plus élevé au 2^e trimestre qu'au 1^{er}. Aucune méthode n'est contre-indiquée hormis les DIU et la stérilisation, en cas d'avortement septique.
- La loi autorise la prescription hormonale par les sages-femmes suite à une IVG. Le groupe de travail recommande donc qu'une information sur les différentes méthodes utilisables en post-abortum, y compris le DIU, soit réalisée avant l'intervention, et que l'éventuelle contraception qui suivra l'intervention soit discutée (consultations pré- et post-IVG).

► Autres recommandations

Ont été identifiées et retenues :

- les recommandations de la HAS sur l'interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse (38) ;
- les recommandations du *Royal College of Obstetricians* 2010 sur le risque thromboembolique veineux et la contraception hormonale (35) ;
- les critères d'éligibilité aux méthodes contraceptives (méthodes hormonales, DIU et méthodes barrières) chez la femme après une IVG selon l'OMS (5), le CDC (32) et la FSRH (33) ;
- les recommandations de la *Faculty of sexual and reproductive healthcare* sur les progestatifs oraux (14) et sur les progestatifs injectables (18).

Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse (HAS, 2010) (38)

Le mode de contraception ultérieure est abordé et éventuellement prescrit dès la visite précédant l'IVG. Il est utile de tenter de comprendre les raisons de l'échec de la contraception actuelle ou de son absence.

Une méthode contraceptive est prescrite lors de la consultation de prise de mifépristone. Si la contraception est hormonale, œstroprogestative ou progestative, elle doit être débutée le jour de la prise de prostaglandine (misoprostol ou géméprost).

Lors de la visite de contrôle post-IVG (entre le 14^e et le 21^e jour post-IVG), l'adéquation de la contraception par rapport aux besoins de la patiente, sa compréhension et sa bonne utilisation doivent être vérifiées. Le cas échéant, un dispositif intra-utérin peut être mis en place, uniquement en cas de preuve de la vacuité utérine.

Royal College of Obstetricians 2010 (35)

Toute contraception hormonale peut être instaurée en sécurité après interruption de grossesse au 1^{er} ou 2^e trimestre (grade C).

Critères d'éligibilité aux méthodes contraceptives (méthodes hormonales, DIU et méthodes barrières) chez la femme en post-IVG (OMS, CDC, FSRH)

Voir tableaux 4, 5 et 6.

Recommandations de la *Faculty of sexual and reproductive healthcare* sur les progestatifs oraux (14) et sur les progestatifs injectables (18)

- Progestatifs oraux : aucun autre moyen contraceptif est nécessaire si les progestatifs sont démarrés 5 jours après un avortement ou une fausse couche (gestation < 24 semaines).
- Progestatif injectable : afin de fournir une protection immédiate, la contraception par un progestatif injectable ne peut être donnée que dans les 5 jours d'un avortement chirurgical, la deuxième partie d'un avortement médicamenteux, ou après un acte spontané. Démarrée à d'autres moments, l'usage d'une méthode de contraception supplémentaire, comme des préservatifs est recommandé pendant 7 jours.

► Autres documents

Dossier guide « Interruption volontaire de grossesse » Ministère, 2007 (39)

Deux consultations médicales sont nécessaires avant la réalisation d'une IVG

- lors de la première consultation, le médecin délivre une information sur les différentes méthodes contraceptives, et discute avec la femme du choix du moyen contraceptif adapté à sa situation ;
- lors de la deuxième consultation : la femme décide, avec l'aide du médecin, de la méthode contraceptive à mettre en place après l'IVG.

Les consultations médicales réalisées dans le cadre des démarches effectuées pour accéder à une IVG permettent à la femme de recevoir une information détaillée sur les méthodes contraceptives disponibles, des conseils afin de choisir une contraception qui lui convient. Une grossesse pouvant survenir rapidement, la méthode contraceptive choisie sera mise en place dès que possible après la réalisation de l'IVG.

Aucune méthode n'est contre-indiquée après une IVG (sauf le dispositif intra-utérin – DIU, si l'avortement a comporté un épisode infectieux). Les méthodes nécessitant des manipulations vaginales ne sont pas recommandées immédiatement après l'intervention (l'anneau contraceptif, la cape cervicale, etc.).

Immédiatement après la réalisation de l'IVG

- Un dispositif intra-utérin (au cuivre ou à la progestérone) peut être posé en fin d'aspiration pour une IVG chirurgicale (sauf en cas d'épisode infectieux).
- Une contraception hormonale, œstroprogestative (pilule, patch transdermique) ou progestative (pilule, implant) peut être débutée le jour même ou le lendemain d'une IVG chirurgicale ou médicamenteuse.
- Il est conseillé d'utiliser une méthode ne nécessitant pas de manipulation vaginale pendant le premier cycle suivant l'IVG.
- Les préservatifs peuvent être utilisés dès la reprise des rapports sexuels. Ce sont les seuls contraceptifs qui protègent des infections sexuellement transmissibles dont le VIH-Sida.

La visite de contrôle est l'occasion pour le médecin de vérifier que la femme dispose du moyen contraceptif qui lui convient, et que l'intéressée ne rencontre pas de difficulté dans son utilisation.

Si la femme a choisi un dispositif intra-utérin, la visite de contrôle permet :

- de vérifier sa bonne mise en place, s'il a été posé dans les suites immédiates de l'IVG ;
- de le poser, s'il ne l'a pas été.

Tableau 4. Comparaison des critères d'éligibilité aux contraceptifs œstroprogestatifs (pilule, patch, anneau) en post-partum et post-abortum produits par l'OMS (5), le CDC (32) et le FSRH (33)

	OMS	CDC	FSRH
Allaitement			
< 6 sem post-partum (1 mois pour le CDC)	4	3	4
Entre 6 sem (1 mois pour le CDC) et 6 mois post-partum	3	2	3 ou 2 (selon allaitement exclusif ou partiel)
≥ 6 mois post-partum	2	2	1
	Résultats contradictoires concernant les effets des œstroprogestatifs sur le volume de lait mais aucun effet persistant sur le poids du nourrisson rapporté. Pas d'effet démontré des œstroprogestatifs sur le nourrisson allaité, mais études non conçues pour évaluer un risque « d'effet grave ou subtil à long terme ».	Inquiétude sur l'association entre œstroprogestatifs pendant les 3 premières sem. post-partum et risque de thrombose chez la mère. Coagulation et fibrinolyse normalisés après 3 sem.	L'utilisation d'œstroprogestatifs avant 6 sem. diminue le volume de lait. Au-delà de 6 sem, les données sont pauvres, mais il semble qu'il n'y a pas de retentissement sur la croissance du nourrisson. Entre 6 sem et 6 mois, les œstroprogestatifs peuvent être utilisés, mais sont peu utiles chez la femme qui allaite exclusivement et est aménorrhéique.
Post-partum en l'absence d'allaitement			
< 21 jours			
- Sans autre facteur de risque de thromboembolie veineuse	3	3	3
- Avec autre facteur de risque de thromboembolie veineuse	3/4		
21 à 42 j		1	1

	OMS	CDC	FSRH
- Sans autre facteur de risque de thromboembolie veineuse	2		
- Avec autre facteur de risque de thromboembolie veineuse	2/3		
> 42 j	1	1	1
Commentaires	<p>Pendant les 6 semaines suivant l'accouchement, les femmes qui présentent d'autres facteurs de risque de TEV tels qu'une TEV antérieure, une thrombophilie, une immobilisation, une transfusion lors de l'accouchement, un IMC > 30 kg/m², une hémorragie du post-partum, un accouchement par césarienne, une prééclampsie ou un tabagisme, l'utilisation des contraceptifs hormonaux combinés peut accroître le risque de TEV. La catégorie doit être évaluée en fonction du nombre, de la gravité et de l'association des facteurs de risque de TEV présents. Parce que chaque femme a un profil de risque personnel unique, une évaluation clinique sera nécessaire afin de déterminer si elle peut utiliser en toute sécurité des CHC.</p> <p>Pas de données directes portant sur le risque de TEV chez les femmes utilisant des CHC dans le post-partum. Ce risque est élevé au cours de la grossesse et pendant le post-partum ; il est très prononcé dans les premières semaines suivant l'accouchement, et diminue ensuite jusqu'à son niveau de départ 42 jours après celui-ci. L'utilisation des CHC, qui augmentent le risque de TEV chez les</p>		

	OMS	CDC	FSRH
	femmes en âge de procréer et en bonne santé, peut constituer un risque supplémentaire au cours de cette période.		
Post-abortum			
1 ^{er} trimestre	1	1	1
2 ^e trimestre	1	1	1
Immédiatement après un avortement septique	1	1	1
Commentaires	<p>Les œstroprogestatifs peuvent être démarrés immédiatement après un avortement.</p> <p>Les femmes ayant commencé des œstroprogestatifs immédiatement après un avortement du 1^{er} trimestre n'ont pas plus d'effets indésirables, saignements vaginaux ou modifications des paramètres de coagulation que les femmes sous placebo, DIU ou autre contraception non hormonale ou utilisation retardée d'œstroprogestatifs.</p>	<p>Les œstroprogestatifs peuvent être démarrés immédiatement après un avortement.</p> <p>Les femmes ayant commencé des œstroprogestatifs immédiatement après un avortement du 1^{er} trimestre n'ont pas plus d'effets indésirables, saignements vaginaux ou modifications des paramètres de coagulation que les femmes sous placebo, DIU ou autre contraception non hormonale ou utilisation retardée d'œstroprogestatifs.</p>	<p>Les œstroprogestatifs peuvent être démarrés immédiatement après un avortement.</p>

Tableau 5. Comparaison des critères d'éligibilité aux contraceptifs progestatifs (pilule, injection, implant) en post-partum et post-abortum produits par l'OMS (5), le CDC (32) et le FSRH (33)

	OMS			CDC			FSRH		
	Pilule microp	Injection	Implant	Pilule microp	Injection	Implant	Pilule microp	Injection	Implant
Allaitement									
< 6 sem post-partum (1 mois pour le CDC)	3	3	3	2	2	2	1	2	1
Entre 6 sem (1 mois pour le CDC) et 6 mois post-partum	1	1	1	1	1	1	1	1	1
≥ 6 mois post-partum	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	<p>« On peut craindre que le nouveau-né coure un risque par suite de l'exposition à des hormones stéroïdiennes pendant les 6 premières semaines du post-partum. Toutefois, dans beaucoup de situations de ce type, les risques de morbidité et de mortalité durant la grossesse sont élevés et l'accès aux services limité. Les progestatifs peuvent faire partie des quelques méthodes largement disponibles et accessibles aux femmes qui allaitent immédiatement après l'accouchement ».</p> <p>Pas d'effet démontré des PS sur la qualité ou la quantité de lait ou le développement du nourrisson allaité, mais études non conçues pour évaluer un risque « d'effet grave ou subtil à long terme ».</p>			<p>Pas d'effet démontré des progestatifs sur la qualité ou la quantité de lait ou le développement du nourrisson allaité, mais études de faible qualité. Risque théorique chez l'animal, inconnu chez l'enfant.</p>			<p>Pas d'effet démontré des progestatifs sur la qualité ou la quantité de lait ou le développement du nourrisson allaité. Utilisation possible avant 6 sem, mais idéalement attendre 21 jours.</p>		
Post-partum en l'absence d'allaitement									

	OMS			CDC			FSRH		
< 21 jours	1	1	1	1	1	1	1	1	1
≥ 21 jours	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Post-abortum									
1 ^{er} trimestre	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2 ^e trimestre	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Immédiatement après un avortement septique	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Commentaires	Les progestatifs peuvent être utilisés immédiatement après un avortement.			Les progestatifs peuvent être utilisés immédiatement après un avortement (y compris implants et injections après un avortement au 1 ^{er} trimestre).			Les progestatifs peuvent être utilisés immédiatement après un avortement (y compris implants et injections après un avortement au 1 ^{er} trimestre).		

Tableau 6. Comparaison des critères d'éligibilité aux dispositifs intra-utérins en post-partum et post-abortum produits par l'OMS (5), le CDC (32) et le FSRH (33)

	OMS		CDC		FSRH	
	DIU cuivre	DIU LNG	DIU cuivre	DIU LNG	DIU cuivre	DIU LNG
Post-partum (allaitement ou non)						
< 48 h (< 10 min pour le CDC)						
- Allaitement au sein	1	3	1	2	-	-
- Pas d'allaitement	1	1				
Entre 48 h (10 min pour le CDC) et 4 semaines	3	3	2	2	3	3
≥ 4 semaines	1	1	1	1	1	1
Infection puerpérale	4	4	4	4	4	4
Commentaires	<p>La mise en place d'un DIU au cuivre en post-partum immédiat, notamment juste après la délivrance, est associée avec un taux d'expulsion plus faible que l'insertion tardive.</p> <p>L'insertion lors d'une césarienne après extraction du placenta est associée avec des taux d'expulsion plus faible que lors d'une insertion vaginale. Le taux de perforation et d'infection n'est augmenté que lorsque l'insertion se fait à un moment quelconque</p>	<p>La mise en place d'un DIU au cuivre en post-partum immédiat, notamment juste après la délivrance, est associée avec un taux d'expulsion plus faible que l'insertion après 72 h. L'insertion lors d'une césarienne après extraction du placenta est associée avec des taux d'expulsion plus faible que lors d'une insertion vaginale. Le taux de perforation et d'infection n'est augmenté que lorsque l'insertion se fait à un moment quelconque en post-partum. Pas de données</p>	<p>En raison de l'augmentation du risque de perforation, attendre 4 sem avant l'insertion.</p> <p>Pas d'effet démontré du DIU au LNG sur l'allaitement.</p>			

	OMS		CDC		FSRH	
	en post-partum.		pour le DIU au LNG.			
Post-abortum						
1 ^{er} trimestre	1	1	1	1	1	1
2 ^e trimestre	2	2	2	2	2	2
Immédiatement après un avortement septique	4	4	4	4	4	4
Commentaires	<p>Insertion possible d'un DIU immédiatement après un avortement provoqué ou spontané au 1^{er} trimestre.</p> <p>Les risques d'une insertion immédiate vs retardée ne diffèrent pas. Risque d'expulsion plus élevé après un avortement au 2^e trimestre.</p> <p>Pas de différence sur le plan de l'innocuité et des expulsions entre DIU au cuivre et au LNG</p>		<p>Insertion possible d'un DIU immédiatement après un avortement.</p> <p>Les risques d'une insertion immédiate vs retardée ne diffèrent pas. Risque d'expulsion plus élevé après un avortement au 2^e trimestre.</p>		<p>Insertion possible d'un DIU immédiatement après un avortement.</p>	

3.3 Contraception chez la femme au-delà de 35-40 ans

3.3.1 Recommandations Anaes 2004 (2)

Les principales recommandations émises lors de l'élaboration de RBPs pour les femmes de plus de 35 ans sont les suivantes :

- L'augmentation des risques cancéreux et cardio-vasculaires avec l'âge et la préménopause doivent amener à réévaluer l'adéquation de la méthode contraceptive utilisée à partir de 35-40 ans (niveau de preuve 2, grade B).
- Aucun âge seuil n'est cependant précisément définissable, dans la mesure où :
 - ▶ les risques cancéreux et cardio-vasculaires augmentent progressivement, sans cassure, avec l'âge ;
 - ▶ le risque cardio-vasculaire dépend d'autres facteurs de risque que l'âge (le facteur âge n'est pas suffisant en soi) ;
 - ▶ l'âge de la ménopause et donc l'âge de survenue des troubles qui lui sont associés varient énormément d'une femme à l'autre.
- De manière générale, le groupe de travail considère qu'il est possible de poursuivre toute forme de contraception débutée avant cet âge, dans la mesure où la méthode est bien supportée par la consultante. Compte tenu de ses bénéfices non contraceptifs, cela concerne également une éventuelle contraception œstroprogestative.
- Cependant, la transition vers la ménopause peut s'opérer différemment selon la méthode utilisée. En effet si la contraception par progestatif seul et le DIU ne posent aucun problème potentiel dans leur poursuite, la situation est légèrement différente en cas de contraception œstroprogestative. En effet, par prudence et afin d'éviter les surrisques cancéreux et cardio-vasculaires, le groupe de travail recommande la substitution, entre 35 et 40 ans, de la méthode contraceptive œstroprogestative utilisée par une contraception, par DIU ou par progestatif seul. Cela s'entend si l'on souhaite poursuivre avec une méthode continue efficace et, pour la contraception progestative, hors cas d'affection mammaire et/ou utérine ou de dysfonctionnement ovarien (dystrophie ovarienne). La stérilisation est également une option qui peut être envisagée.
- En cas de poursuite de la méthode œstroprogestative, la consultante doit bien être informée, non seulement des bénéfices, mais également, compte tenu de son profil de risque, des surrisques, cancéreux et cardio-vasculaires, auxquels elle s'expose.
- Dans tous les cas, il est recommandé de prêter attention à la survenue de signes inhabituels (troubles climatériques tels que bouffées de chaleur, sudations nocturnes, sécheresse et atrophie vaginales et dysurie), et de n'envisager l'interruption de la contraception que lorsque ces signes sont installés et non dès la suspension des règles. Cette suspension peut en effet être temporaire or tant que la ménopause n'est pas établie, il existe un risque de grossesse. Il est recommandé de poursuivre la contraception jusqu'à 1 an après l'arrêt des dernières règles.
- L'utilisation d'un freinage-substitution n'est pas possible, et l'adoption d'un éventuel traitement hormonal substitutif n'est recommandée qu'en cas de survenues respectives de troubles préménopausiques et ménopausiques sévères, et après information et acceptation de la consultante des risques auxquels elle s'expose. L'utilisation du freinage-substitution n'a cependant pas été évaluée dans la littérature, ni en termes d'efficacité, ni en termes de tolérance.
- L'âge de la ménopause ne pouvant être précisément déterminé au niveau individuel (même en présence des premiers troubles climatériques), il est recommandé, lorsqu'un DIU est utilisé, de réévaluer régulièrement l'intérêt de la contraception (ex. : 1 fois/an) et d'assurer son renouvellement en respectant la périodicité maximale habituelle, c'est-à-dire tous les 5 ans.

3.3.2 Autres recommandations depuis 2004

Ont été identifiées et retenues :

- les recommandations de la *Faculty of sexual and reproductive healthcare* sur la contraception chez la femme de plus de 40 ans (40) et sur la contraception utérine (22) ;
- les recommandations du *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) sur les méthodes contraceptives de longue durée d'action (recommandations 2005 revalidées en 2011) (3).

Recommandations 2005 du NICE sur les méthodes contraceptives de longue durée d'action, revalidées en 2011 (3)

- Stérilets au cuivre ou au lévonorgestrel : pas de restriction d'utilisation spécifique en fonction de l'âge, chez la femme de plus de 40 ans pour le DIU au cuivre, 45 ans pour le DIU au lévonorgestrel au moment de l'insertion, le dispositif peut être laissé en place jusqu'à ce qu'une contraception ne soit plus nécessaire (situation hors AMM) (grade D).
- Implants progestatifs : pas de restriction d'utilisation spécifique en fonction de l'âge.
- Progestatifs injectables : chez la femme de plus de 40 ans, vigilance nécessaire, mais généralement, les bénéfices sont supérieurs aux risques. Peut être proposé si les autres méthodes sont contre-indiquées ou non acceptables.

Recommandations de la FSRH sur la contraception chez la femme de plus de 40 ans (40)

Les recommandations concernent les différentes méthodes hormonales (contraception œstroprogestative combinée, contraceptions progestatives) et méthodes non hormonales ainsi que les critères médicaux d'éligibilité à la contraception, l'arrêt de la contraception et l'hormonothérapie substitutive et contraception.

Méthodes incluses

- Contraception œstroprogestative combinée :
 - la CHC utilisée en période périménopause peut aider à maintenir la densité minérale osseuse (grade B) ; peut réduire la douleur menstruelle et les saignements (grade C), ainsi que les symptômes de la ménopause en pratique clinique (grade C), prévient les cancers ovariens et endométriaux jusqu'à 15 ans ou plus après l'arrêt de la CHC (grade B). Avec la CHC, il pourrait y avoir une réduction de l'incidence des tumeurs bénignes du sein (grade B) et un risque additionnel faible de cancer du sein qui est annulé 10 ans après l'arrêt de la CHC (grade B) ; il y a une réduction du risque du cancer colorectal (grade B) ;
 - les femmes âgées de 35 ans ou plus et fumeuses doivent être informées que les risques associés à l'utilisation de la CHC l'emportent généralement sur les avantages (grade B) ;
 - les praticiens doivent être attentifs à ce qu'il existe une augmentation du risque ischémique sous CHC (grade B) ;
 - les femmes présentant des maladies cardio-vasculaires, AVC, ou migraine avec aura devraient être informées que la CHC est contre-indiquée (grade C) ; l'hypertension peut augmenter le risque d'AVC et d'infarctus du myocarde chez les femmes utilisant le CHC (grade B) ; les praticiens prescripteurs de CHC aux femmes âgées de plus de 40 ans devraient considérer une pilule avec un dosage inférieur à 30 µg d'éthinylœstradiol en 1^{re} intention (accord d'experts) ; la pression sanguine doit être évaluée avant et au moins 6 mois après le début de la prescription chez la femme de plus de 40 ans sous CHC, et devrait être monitorée au moins annuellement (grade C).
- Contraceptions progestatives :
 - pas de preuve concluante sur un lien entre cancer du sein et méthode progestative (grade B) ; méthode pouvant aider à l'atténuation des dysménorrhées (grade C) ; possibilité d'utilisation des DIU-LNG dans le traitement des saignements menstruels importants après exclusion de toute pathologie (grade B) ; malgré des données limitées, les progestatifs ne semblent pas augmenter le risque d'AVC, d'IDM, et qu'il y a peu ou pas d'augmentation du risque de thrombose veineuse (grade B) ;
 - des précautions doivent être prises lors de la prescription d'injections d'acétate de médroxyprogestérone (DMPA) chez les femmes présentant des risques cardio-vasculaires en raison des effets de la progestérone sur les lipides (grade C) ; une évaluation de la balance bénéfices/risques devrait être

réalisée tous les 2 ans chez les femmes souhaitant continuer cette méthode (accord d'experts) ; les utilisatrices de la DMPA devraient être soutenues dans leur choix d'accepter ou de ne pas continuer à utiliser le DMPA jusqu'à un âge maximum recommandé de 50 ans (accord d'experts).

- Méthodes non hormonales :
 - les femmes doivent être informées que des *spottings*, des saignements plus importants ou plus prolongés et une douleur sont fréquents dans les 3-6 premiers mois d'utilisation DIU au cuivre (grade C) ;
 - les hommes et femmes peuvent être informés que lorsqu'ils sont utilisés systématiquement et correctement, les préservatifs masculins et les préservatifs féminins sont efficaces à 98 % et 95 % pour prévenir la grossesse (grade C) ;
 - critères médicaux à la contraception d'éligibilité : aucune méthode n'est contre-indiquée seulement/uniquement par l'âge (grade C) ; la contraception de très longue durée peut être aussi efficace que la stérilisation (C).
- Arrêt de la contraception après la ménopause :
 - les femmes qui utilisent des méthodes non hormonales de contraception peuvent être encouragées à arrêter la contraception après 1 an d'aménorrhée pour les femmes âgées de plus de 50 ans, 2 ans pour les femmes âgées de moins de 50 ans (accord d'experts) ;
 - après consultation (concernant la baisse de la fécondité, les risques liés à l'insertion et l'efficacité de la contraception), les femmes qui ont un stérilet contenant Cu-0,300 mm² de cuivre, inséré aux alentours ou à plus de 40 ans, peuvent garder le dispositif jusqu'à la ménopause ou jusqu'à ce que la contraception ne soit plus nécessaire (C) ;
 - les femmes qui continuent à utiliser leur stérilet jusqu'à ce que la contraception ne soit plus nécessaire doivent être avisées de revenir chez le praticien pour retirer le dispositif (accord d'experts) ;
 - les femmes utilisant des hormones exogènes doivent être informées que l'aménorrhée n'est pas un indicateur fiable de l'insuffisance ovarienne (accord d'experts) ;
 - chez les femmes utilisant des hormones contraceptives, le niveau d'hormone folliculo-stimulante (FSH) peut être utilisé pour aider à diagnostiquer la ménopause, mais doit être limité aux femmes âgées de plus de 50 ans et pour celles qui utilisent des progestatifs seuls (accord d'experts) ;
 - la FSH n'est pas un indicateur fiable de l'insuffisance ovarienne chez les femmes utilisant des hormones combinées, même si elle est mesurée pendant l'intervalle sans hormones (accord d'experts) ;
 - les femmes âgées de plus de 50 ans qui sont aménorrhéiques et qui souhaitent arrêter POC peuvent avoir leurs niveaux de FSH évaluer. Si le niveau est 0,30 UI/L, la FSH doit être répété après 6 semaines. Si le taux de FSH au second test est de 0,30 UI/L, la contraception peut être arrêtée après 1 an (accord d'experts) ;
 - les femmes qui ont leur DIU-LNG insérés pour la contraception à 45 ans ou plus peuvent utiliser le dispositif pendant 7 ans (hors licence) ou en cas d'aménorrhée jusqu'à la ménopause, après laquelle le dispositif doit être retiré (accord d'experts).
- Hormonothérapie substitutive et contraception :
 - les femmes utilisant l'hormonothérapie substitutive devraient être informées de ne pas considérer ce traitement comme une contraception (grade C) ;
 - une pilule progestative peut être utilisée avec une hormonothérapie substitutive pour fournir une contraception efficace, mais l'hormonothérapie substitutive doit inclure un progestatif en plus de l'œstrogène (accord d'experts) ;
 - les femmes qui utilisent une hormonothérapie substitutive par œstrogène peuvent utiliser le DIU-LNG pour fournir une protection de l'endomètre. Lorsqu'il est utilisé comme composant progestatif de l'hormonothérapie substitutive, le DIU-LNG doit être changé au plus tard 5 ans après l'insertion, indépendamment de l'âge lors de l'insertion (grade A).

Recommandations de la *Faculty of sexual and reproductive healthcare* sur la contraception intra-utérine (22)

- Un DIU au cuivre posé à l'âge de 40 ans ou plus ou un DIU-LNG inséré à l'âge de 45 ans ou plus peuvent être conservés jusqu'à 1 an après la dernière période menstruelle si la femme est âgée de plus de 50 ans (et pour 2 ans, si elle est âgée de moins de 50 ans) ou jusqu'à ce que la contraception ne soit plus nécessaire.

3.4 Contraception chez la femme à risque vasculaire

3.4.1 Recommandations Anaes 2004 (2)

Risque cardio-vasculaire

En termes de risque cardio-vasculaire, si l'on souhaite une méthode continue efficace, le DIU au cuivre est une méthode utilisable sans restriction, sous condition de respect des CI (ex. : les valvulopathies cardiaques sont CI en raison d'un risque potentiel d'endocardite⁸).

S'agissant de la contraception œstroprogestative, les principales situations à risque cardio-vasculaire lors de son utilisation comprennent :

- pour le risque thromboembolique veineux :
 - les thrombophilies documentées, qu'elles soient héréditaires (antécédents familiaux thromboemboliques veineux profonds ayant touché 1 ou plusieurs sujets de moins de 50 ans) ou acquises⁹ ;
 - l'obésité (indice de masse corporelle [IMC = poids/taille²] > 30 kg/m²) ;
 - un âge élevé (le risque augmente avec l'âge) ;
 - une intervention chirurgicale avec immobilisation prolongée, le post-partum, un avortement au 2^e trimestre ;
- pour le risque thromboembolique artériel :
 - les antécédents personnels d'accident thromboembolique artériel (maladie coronarienne, AVC, etc.) ;
 - un âge élevé (notamment au-delà de 35 ans) ;
 - une consommation de cigarettes ≥ 15 par jour (seuil OMS) ;
 - l'hypertension artérielle (HTA) (> 140/90 mmHg) et les antécédents d'HTA ;
 - les antécédents personnels de migraine (y compris cataméniale) ;
 - le diabète avec complications vasculaires éventuellement associées (rétinopathie, néphropathie, neuropathie, etc.) ;
 - la dyslipidémie¹⁰ ;
 - l'obésité ;
 - certaines affections cardio-vasculaires (coronaropathies, valvulopathies cardiaques, fibrillation auriculaire, etc.) ;
 - une anamnèse familiale positive (ex. : une thrombose artérielle chez un parent du 1^{er} degré à un âge relativement jeune).

Les accidents personnels thromboemboliques veineux profonds ou artériels (qu'il s'agisse d'antécédents ou d'épisodes en cours), certaines affections cardio-vasculaires (citées ci-dessus) et l'identification d'anomalies biologiques liées à une thrombophilie congénitale¹¹ ou acquise¹² consti-

⁸ Si une contraception par DIU est souhaitée, prévoir une antibioprophylaxie.

⁹ Il n'existe pas de données suffisantes ni de consensus pour considérer l'existence de varices comme un facteur de risque thromboembolique veineux contre-indiquant la contraception œstroprogestative ; celles-ci doivent néanmoins conduire à une surveillance attentive.

¹⁰ Les seuils varient avec le nombre d'autres facteurs de risque. Des recommandations sont en cours d'élaboration par l'Afssaps et l'Anaes, et devraient fournir prochainement des indications sur les seuils de normalité.

¹¹ Déficits en inhibiteurs de la coagulation ou mutations FV Leiden ou FII 20210A.

¹² Ex. : mise en évidence d'un anticoagulant circulant.

tuent des contre-indications formelles et définitives à la prescription d'une contraception œstroprogestative. Dans toutes ces situations, il est recommandé, par précaution, d'adopter une contraception non hormonale. Le cas échéant, si une contraception hormonale est souhaitée, il est possible de prescrire une contraception par progestatif seul (microprogestatifs ou implant ou DIU au lévonorgestrel, mais « à distance de tout antécédent thromboembolique veineux profond »).

La littérature ne permet de définir qu'une attitude consensuelle concernant les **antécédents familiaux d'accidents thromboemboliques artériels ou veineux profonds sans antécédent personnel ni identification personnelle de mutation liée à la thrombophilie**. Ces situations sont à apprécier en fonction de la proximité, de la précocité et de la sévérité de ces antécédents, un accident survenant par exemple chez un parent du 1^{er} degré à un âge relativement jeune fera, par précaution, orienter la prescription vers une contraception par progestatif seul (notamment microprogestatifs). En cas d'antécédents familiaux d'accidents thromboemboliques artériels, si une contraception œstroprogestative est souhaitée, la conduite à tenir en 1^{re} intention est de veiller à la « normalité » des autres facteurs de risque thromboembolique artériel (consommation de cigarettes, tension artérielle, glycémie, cholestérol et triglycérides, IMC).

En cas d'immobilisation prolongée, par exemple en raison d'une intervention chirurgicale, il est indiqué d'interrompre le traitement œstroprogestatif et de lui substituer une autre méthode contraceptive.

La littérature ne permet pas de déterminer comment associer les facteurs pour l'estimation du risque cardio-vasculaire global dans le cadre d'une prescription œstroprogestative.

Néanmoins, il est possible d'indiquer qu'un **âge ≥ 35 ans**, ou une **obésité** ou une **consommation excessive de cigarettes (≥ 15/j)**, ou un **antécédent de migraine sans signe neurologique focal ne constituent pas individuellement** (en l'absence de cumul des facteurs de risque) une CI à une contraception œstroprogestative.

En revanche, constituent une CI à la contraception œstroprogestative :

- l'association des facteurs précédents entre eux (notamment « âge ≥ 35 ans + consommation de cigarettes ») ;
- la présence, même isolée, d'un facteur de risque parmi les suivants :
 - migraine avec signes neurologiques focaux¹³, ou lorsqu'elle apparaît ou s'aggrave sous traitement (antécédent ou épisode en cours),
 - HTA (antécédent¹⁴ ou épisode en cours),
 - diabète avec complications vasculaires éventuellement associées (rétinopathie, néphropathie, neuropathie, etc.),
 - dyslipidémie.

Dans ces situations, l'utilisation d'une contraception œstroprogestative est en effet associée à un risque cardio-vasculaire combiné supérieur au simple cumul des risques individuels (niveau de preuve 3). L'apparition de ces facteurs de risque en cours de contraception doit conduire à interrompre le traitement.

Les antécédents personnels d'accidents thromboemboliques veineux profonds ou artériels documentés, l'identification personnelle de mutations liées à la thrombophilie, les antécédents d'HTA ou de migraine¹⁵ ainsi que le diabète avec complications vasculaires constituent des contre-indications définitives à la contraception œstroprogestative. Pour les autres facteurs (notamment dyslipidémie, obésité, consommation de cigarettes et immobilisation prolongée), dès lors qu'ils retournent à des valeurs normales, il est possible de reprendre, si besoin, une contraception œs-

¹³ Les œstroprogestatifs ne sont pas indiqués chez les femmes combinant des antécédents de migraine sans signe neurologique focal et un autre facteur de risque (ex. : âge ≥ 35 ans).

¹⁴ Y compris HTA équilibrée.

¹⁵ Migraine avec signes neurologiques focaux ou lorsqu'elle apparaît ou s'aggrave sous traitement.

troprogestative. Le groupe rappelle notamment qu'il est préférable de conseiller l'arrêt d'une consommation de cigarettes, plutôt que de ne pas prescrire de contraception œstroprogestative.

Les surrisques cardio-vasculaires, correspondant aux facteurs de risque cités ci-dessus, n'ont été formellement démontrés qu'avec les associations œstroprogestatives, mais ne peuvent être écartés avec l'utilisation de dispositifs transdermiques hormonaux (timbre et anneau vaginal). En présence de ces facteurs de risque (y compris multiples), si une contraception hormonale est souhaitée, il est possible de prescrire une contraception par progestatif seul (notamment microprogestatifs). En raison de leurs effets prolongés et de la non-possibilité de supprimer l'exposition au contraceptif en cas de crise, l'utilisation de progestatifs injectables ou d'implant à l'étonogestrel doit être envisagée avec prudence chez les personnes souffrant de migraine ou de maladie métabolique.

Diabète

On recherche dans ce cadre une contraception très efficace en raison des risques liés aux grossesses des femmes diabétiques, tant pour la mère que pour l'enfant à naître. Or, toutes les contraceptions hormonales influent peu ou prou sur la tolérance glucidique, et peuvent induire un hyperinsulinisme. Comme décrit ci-dessus, le risque principal associé à la contraception est cependant le risque cardio-vasculaire.

Quelle que soit la situation, **le DIU au cuivre peut être utilisé sans restriction** (hors CI) et constitue donc la méthode recommandée en première intention.

Si besoin, les contraceptions œstroprogestatives ou par progestatif seul sont utilisables en cas de diabète sans complication. Cela suppose néanmoins que cette contraception soit bien tolérée, et que l'évolution de la glycémie soit régulièrement évaluée en cours de traitement.

En cas de diabète avec complications vasculaires, la contraception œstroprogestative est contre-indiquée. Si l'on souhaite une protection hormonale, il est possible, les avantages de la méthode l'emportant sur les risques, de prescrire une contraception à base de progestatif seul. Cette prescription doit amener à une surveillance régulière de l'évolution de la glycémie.

Toutes les méthodes sont utilisables en cas d'antécédent de diabète gestationnel.

Obésité

L'obésité (IMC > 30 kg/m²) est associée à un surrisque cardio-vasculaire qui peut s'ajouter au risque associé à l'utilisation des œstroprogestatifs. Ce facteur ne constitue pourtant pas à lui seul une CI à leur prescription. Bien que non significatif en raison de la rareté des échecs, un surrisque d'échec contraceptif a été décrit pour les femmes de poids élevé, que la méthode hormonale utilisée fût orale, transdermique ou par implant. L'ensemble de ces résultats est à envisager au regard du niveau d'efficacité de ces méthodes qui, en dépit du surrisque d'échec, amène toujours à considérer les méthodes hormonales comme des méthodes efficaces en pratique courante. Aucune méthode n'est contre-indiquée sur ce simple critère.

Dyslipidémie

Si la contraception œstroprogestative a peu d'effet sur les paramètres lipidiques chez une femme normolipémique, elle peut les augmenter de façon significative chez une femme dyslipémique. En raison du risque cardio-vasculaire et du risque de pancréatite aiguë (en cas d'hypertriglycémie majeure) auxquels l'utilisatrice s'expose, l'utilisation d'une méthode œstroprogestative est contre-indiquée chez la femme dyslipémique. L'utilisation des DIU au cuivre est possible sans restriction (hors CI), et constitue donc la méthode recommandée en 1^{re} intention. L'utilisation des méthodes par progestatif seul reste possible ; cela suppose néanmoins que cette contraception soit bien tolérée, et que l'évolution des paramètres lipidiques soit régulièrement évaluée en cours de traitement.

3.4.2 Autres recommandations identifiées

Ont été identifiées et retenues :

- les recommandations de la Société française d'endocrinologie (41) sur la contraception hormonale chez les femmes à risque vasculaire et métabolique ;
- les recommandations du *Royal College of Obstetricians* 2010 sur le risque thromboembolique veineux et la contraception hormonale (35) ;
- les critères d'éligibilité aux méthodes contraceptives (méthodes hormonales, DIU et méthodes barrières) selon l'OMS (5), le CDC (32) et le FSRH (33) chez la femme à risque vasculaire.

Société française d'endocrinologie (41)

Ces recommandations abordent les risques associés aux méthodes de contraception, en particulier le risque thromboembolique veineux et d'accidents artériels ischémiques (tableau 7).

Tableau 7. Risques associés selon les recommandations de la SFE 2010 (41)

	Risque thromboembolique veineux	Risque artériel ischémique
Contraception hormonale combinée		
COC	<ul style="list-style-type: none"> • Les COC sont associés à un risque d'accident thromboembolique veineux multiplié par 4, plus ou moins marqué en fonction de l'âge, des molécules utilisées et des autres facteurs de risque (notamment thrombophilies biologiques, antécédents personnels de thrombose). • Incidence annuelle faible : < 0,5/1000 • Le risque dépend de la dose œstrogène : plus important pour les doses de 50 microg d'éthinylœstradiol que pour les doses de 30 microg. • Le risque dépend du type de progestatif : plus élevé pour les progestatifs de 3^e génération ou autres comme l'acétate de cyprotérone ou la drospirénone que pour les progestatifs de 2^e génération. • Le risque est plus élevé au cours de la 1^{re} année d'utilisation. • Le risque augmente avec l'âge, surtout au-delà de 40 ans. • Le risque augmente en cas d'antécédent personnel de thrombose veineuse profonde ou d'embolie pulmonaire, en cas de thrombophilie héréditaire ou en présence d'autres facteurs de risque de thrombose (obésité, post-partum, chirurgie, immobilisation, long voyage). 	<ul style="list-style-type: none"> • Le risque d'accident ischémique artériel (AVC, IDM) se trouve majoré uniquement chez les femmes présentant des facteurs de risque associés (notamment tabac, HTA), quel que soit la durée d'utilisation ou la génération de pilule.
Anneaux ou patchs	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentent le risque de maladie thromboembolique et entraînent des modifications de l'hémostase. 	
Pilule valérate ou 17 B œstradiol	<ul style="list-style-type: none"> • Sont aussi associées à un certain degré de risque veineux. 	
Contraception progestative	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun surrisque identifié avec l'utilisation du lévonorgestrel 30 microg, de la noréthistérone 350 microg, du désogestrel 75 microg ou du DIU au lévonorgestrel. • Chlormadinone : une étude limitée n'a pas montré de surrisque. • Acétate de médroxyprogestérone : prudence, surrisque probable. 	<ul style="list-style-type: none"> • Il existe moins de données que pour les COC (par rapport aux études cas-témoins). • Risque d'AVC, études cas-témoins pour les microprogestatifs, l'implant au lévonorgestrel, l'acétate de médroxyprogestérone, non pour le DIU au lévonorgestrel, ni les microprogestatifs au désogestrel) : pas de surrisque. • Risque d'IDM : pas pour le DIU au lévonorgestrel, ni les microprogestatifs au désogestrel, non de surrisque pour les autres.

Avec : AVC : accident vasculaire cérébral ; COC : contraception orale combinée ; DIU : dispositif intra-utérin ; HTA : hypertension artérielle ; IDM : infarctus du myocarde.

Thromboses veineuses

- La contraception œstroprogestative par voie orale ou non-orale est définitivement contre-indiquée en cas d'antécédent personnel de maladie thromboembolique ou de thrombophilie biologique authentifiée sans événement clinique.
- Dans ces situations, à distance de l'épisode aigu, il est possible d'utiliser un microprogestatif ou un progestatif macrodosé.
- L'existence d'un antécédent familial d'événement thromboembolique, chez une personne apparentée au 1^{er} degré et avant 60 ans, représente une contre-indication relative à la contraception œstroprogestative.
- La recherche d'une thrombophilie avant prescription d'une contraception hormonale ne se justifie qu'en situation d'antécédent familial de maladie thromboembolique au premier degré et avant 60 ans. Dans ce cas, le bilan comprendra : temps de Quick, TCA, antithrombine, protéines C et S, facteur V Leyden, prothrombine (FII) 20210A.
- Un antécédent personnel de thrombose veineuse superficielle ne représente pas une contre-indication aux contraceptions hormonales dans leur ensemble.
- La contraception œstroprogestative par voie orale ou non-orale est définitivement contre-indiquée en cas d'antécédent personnel de maladie thromboembolique ou de thrombophilie biologique authentifiée sans événement clinique.

HTA

- La mesure de la pression artérielle est le seul examen clinique recommandé avant toute prescription de pilule œstroprogestative, y compris chez une femme sans antécédents familiaux ou personnels particuliers.
- La contraception œstroprogestative est contre-indiquée en première intention chez les patientes présentant une HTA, hormis pour celles ayant un antécédent d'HTA gravidique.
- La contre-indication est relative chez les femmes de moins de 35 ans, traitées et équilibrées, sans complication ni autre facteur de risque cardio-vasculaire.
- L'utilisation de micro ou macroprogestatifs constitue l'alternative hormonale de choix chez les femmes hypertendues.
- Chez les femmes avec des varices ou une thrombophlébite superficielle, le risque de VTE n'est pas augmenté, et toute méthode de contraception peut être utilisée.

Coronaropathie/AVC

- La contraception œstroprogestative est définitivement contre-indiquée en cas d'antécédent personnel d'événement artériel (coronaropathie et/ou AVC). Privilégier les méthodes contraceptives non hormonales, en particulier le DIU au cuivre. Le recours à une contraception progestative (microdosée ou macrodosée), imposant une discussion multidisciplinaire préalable. Stratégie décisionnelle identique chez les femmes présentant des antécédents familiaux d'événements cardio-vasculaires précoces (avant 50 ans).

Céphalées

- La contraception œstroprogestative est contre-indiquée en cas de migraine avec aura. Privilégier les méthodes contraceptives non hormonales. Le recours à une contraception progestative (microdosée ou macrodosée) imposant une discussion multidisciplinaire préalable.

Tabac

- La contraception œstroprogestative est contre-indiquée, quel que soit son mode d'administration, chez la fumeuse de plus de 35 ans, en particulier lorsque la consommation excède 15 cigarettes par jour.
- Avant 35 ans, et quel que soit le nombre de cigarettes fumées, l'utilisation d'une contraception œstroprogestative est possible en l'absence de facteurs de risque cardio-vasculaire associés.
- La contraception par progestatifs seuls (voie orale, sous-cutanée ou DIU) peut être utilisée quels que soient l'âge et le nombre de cigarettes consommées.

Obésité

- Chez les femmes obèses (IMC ≥ 30 kg/m²) de moins de 35 ans, et en l'absence de facteur de risque cardio-vasculaire associé, les avantages des méthodes contraceptives combinées l'emportent sur les risques théoriques, et la contraception œstroprogestative peut donc être proposée. L'obésité est néanmoins mentionnée en tant que précaution d'emploi dans les AMM des contraceptions œstroprogestatives.
- Les contraceptions progestatives dans leur ensemble n'ont pas de restriction d'utilisation chez les femmes obèses. Il existe néanmoins une augmentation de poids sous DMPa injectable chez l'adolescente obèse qui doit faire discuter son indication.
- Après chirurgie de l'obésité entraînant une malabsorption (*bypass* ou dérivation bilio-pancréatique), tous les contraceptifs oraux doivent être évités, en faveur des contraceptions hormonales combinées en patch ou anneau vaginal, des implants progestatifs, et des dispositifs intra-utérins.

Hyperlipidémie

- En l'absence d'antécédent personnel ou familial de maladie métabolique ou thromboembolique et de facteurs de risque cardio-vasculaire, il n'est pas nécessaire de prescrire un bilan lipidique préalable, mais celui-ci devra être systématiquement réalisé 3 à 6 mois après l'instauration de la contraception hormonale.
- L'identification d'un taux plasmatique élevé de LDL cholestérol ($> 2,20$ g/l en l'absence de facteur de risque associé) ou de triglycérides ($> 2,00$ g/l) impose l'arrêt de la contraception œstroprogestative. Le seuil de LDL cholestérol toléré doit être abaissé de 0,30 g/l pour chaque facteur de risque supplémentaire.
- L'existence d'une dyslipidémie connue (non traitée ou traitée et non contrôlée) contre-indique la contraception œstroprogestative si le taux plasmatique de LDL-cholestérol excède 2,20 g/l et/ou le taux de triglycérides est supérieur 2,00 g/l (seuil de LDL cholestérol abaissé si facteurs de risque cardio-vasculaire associés).
- Chez la femme dyslipidémique, il est possible de proposer une contraception progestative, en optant pour un composé sans activité androgénique significative (exclure le norgestrel, le lévonorgestrel et l'acétate de médroxyprogestérone).

Diabète

- Toutes les modes de contraception hormonale peuvent être envisagées, sans aucune restriction d'utilisation, en cas d'antécédent de diabète gestationnel, en l'absence de facteur de risque vasculaire veineux ou artériel. Néanmoins, en raison du risque thromboembolique du post-partum, les œstroprogestatifs sont proscrits durant les 6 semaines suivant l'accouchement.
- Chez la femme diabétique de type 1 :
 - une contraception œstroprogestative peut être proposée s'il n'existe ni facteur de risque vasculaire, ni aucune complication macroangiopathique ou microangiopathique ;
 - l'utilisation de microprogestatifs ou la mise en place d'un DIU font partie des alternatives en cas de complication avérée (néphropathie protéinurique ou insuffisance rénale, rétinopathie évoluée, une pathologie cardio-vasculaire ou neuropathie).

- Chez la femme diabétique de type 2 :
 - la prescription d'une contraception œstroprogestative doit se limiter aux conditions suivantes : absence d'obésité (IMC < 30 kg/m²), de facteur de risque cardio-vasculaire associé et de complication microangiopathique ou macroangiopathique ;
 - dans tous les autres cas, si une contraception hormonale est envisagée, elle reposera sur l'utilisation de progestatifs seuls, quel que soit le mode d'administration.

Recommandations du *Royal College of Obstetricians* 2010 (35) sur la contraception hormonale et le risque thromboembolique veineux

- Le risque relatif d'accident thromboembolique veineux est augmenté avec toutes les méthodes hormonales combinées (pilules, patchs, anneaux vaginaux). Néanmoins, la rareté de ces accidents chez la femme en âge de procréer signifie que le risque absolu reste faible (grade B).
- Le risque relatif d'accident thromboembolique veineux augmente dans les premiers mois après instauration de la contraception hormonale et diminue avec l'augmentation de la durée d'utilisation, mais il demeure supérieure au risque naturel jusqu'à l'arrêt de la contraception (grade B).
- Les pilules progestatives, les progestatifs injectables, les implants et le DIU au lévonorgestrel ne semblent pas associés avec une augmentation du risque d'accident thromboembolique veineux (grade B).
- La contraception hormonale combinée est déconseillée chez les femmes qui ont un accident thromboembolique veineux en cours ou ancien, car le risque pour la santé est inacceptable (grade C).
- L'utilisation des méthodes progestatives est sûre chez les femmes qui ont un accident thromboembolique veineux en cours sous anticoagulant ou ancien (grade C).
- L'utilisation de contraception hormonale combinée chez les femmes avec un antécédent au premier degré d'accident thromboembolique veineux, survenu avant 45 ans n'est pas recommandée (grade C).
- La contraception hormonale combinée est déconseillée chez les femmes avec une mutation thrombogénique car le risque pour la santé est inacceptable (grade C).
- La contraception hormonale combinée devrait être arrêtée et une méthode sans œstrogènes utilisée 4 semaines avant chirurgie majeure avec immobilisation prolongée attendue. Pas d'arrêt nécessaire avant chirurgie mineure sans immobilisation prolongée attendue (grade B).
- La recherche systématique d'une mutation thrombogénique avant contraception hormonale n'est pas recommandée en routine (grade C).
- En cas de drépanocytose, les bénéfices de toute contraception sont supérieurs aux risques. Néanmoins, le risque élevé d'hypertension pulmonaire ne devrait pas recommander la contraception hormonale combinée (niveau 2+)
- Lupus : risque augmenté de maladie thromboembolique veineuse, de maladie cardiaque et d'accident vasculaire cérébral. Contraception hormonale combinée non recommandée si anticorps antiphospholipides inconnus ou positifs, progestatifs possibles mais risqués, à évaluer (niveau 2+).
- Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin : pas de risque de maladie thromboembolique veineuse, toute contraception peut être proposée (niveau 2+).

Critères d'éligibilité aux méthodes contraceptives (OMS, CDC et FSRH) chez la femme à risque vasculaire

Voir tableaux 8, 9 et 10.

Recommandations du groupe d'étude en hémostase et thrombose et Société française de médecine vasculaire 2009 (42)

Recommandations pour la recherche de facteurs biologiques de risque dans le cadre de la maladie thromboembolique veineuse : applications cliniques (42)

- La détermination du caractère provoqué ou non d'une maladie thromboembolique veineuse (MTEV) est une démarche fondamentale dans l'appréciation du risque de récurrence, en dehors de toute connaissance d'éventuels facteurs biologiques de risque (grade A).
- Il est recommandé de ne pas effectuer de recherche de facteurs biologiques de risque (FBR) en cas de premier épisode de TVP proximale et/ou EP survenant après 60 ans (grade B), de thrombose veineuse superficielle (TVS) (grade C), de premier épisode de thrombose veineuse profonde (TVP distale) [grade C] (sauf la détection d'antiphospholipides/anticoagulant circulants chez les patients lupiques [accord professionnel]).
- En cas d'événement thromboembolique, il est recommandé d'effectuer une recherche de facteurs biologiques de risque :
 - en cas de premier épisode de TVP proximale et/ou EP :
 - en cas de premier épisode de MTEV non provoquée survenu avant l'âge de 60 ans, dans le but d'adapter éventuellement la durée de traitement, et de définir les conduites à tenir pour les apparentés (grade C) ;
 - chez les femmes en âge de procréer, que l'épisode soit provoqué ou non, compte tenu de l'impact sur la prise en charge des grossesses (grade C) ;
 - en cas de récurrence :
 - toute récurrence de TVP proximale et/ou EP provoquée ou non, dont le premier épisode est survenu avant 60 ans. Cependant, en cas de récurrence non provoquée, justifiant une anticoagulation au long cours, cette exploration peut être réalisée chez le patient si la découverte d'un FBR est susceptible d'entraîner dans sa famille, une prise en charge particulière d'un apparenté. Elle peut ainsi être restreinte uniquement aux patients ayant une descendance et fratrie de moins de 60 ans (accord professionnel) ;
 - toute récurrence de TVP distale non provoquée dont le premier épisode est survenu avant 60 ans (accord professionnel).
- En l'état actuel des connaissances, il est recommandé de restreindre, en pratique clinique, les explorations de laboratoire au diagnostic de déficits en antithrombine, protéine C et S, et au diagnostic de mutations génétiques Facteur V Leyden et FIIG20210A pour mettre en évidence des formes homozygotes et doubles hétérozygotes, et au diagnostic du SAPL (grade C). Dans ce contexte, la présence de ces facteurs biologiques de risque peut renforcer la décision d'un traitement de longue durée dès le premier épisode de MTEV idiopathique. En dehors des mesures des concentrations de Protéine C et S, l'exploration de première intention sera envisagée même pendant le traitement par AVK, si les résultats de celle-ci sont susceptibles d'influencer la durée du traitement (accord professionnel). Une attention particulière devra être portée à l'interprétation des résultats.

En ce qui concerne, « l'étude familiale » avant prescription d'une contraception orale, il a été indiqué que :

- En cas d'antécédents familiaux de MTEV chez un parent du premier degré, la recherche de FBR, identifié au préalable chez le cas index, sera envisagée avant la prescription d'une contraception orale œstroprogestative, selon les modalités suivantes :
 - en cas de déficit en AT chez le cas index (hors variant à faible risque thrombotique), une étude familiale est recommandée, notamment avant la prescription d'une contraception orale (CO) (grade B), et un traitement par œstroprogestatif chez les apparentées est contre-indiqué en cas de mise en évidence d'un déficit en AT chez l'apparentée ;
 - la recommandation est généralement la même en cas de déficit en Protéine C ou S même si le consensus est moins clair, notamment en cas de déficit en protéine S (grade C) ;

- la recherche d'un FVL et FIIG20210A peut également être envisagée dans les familles doubles hétérozygotes ou homozygotes. Si un polymorphisme est ainsi mis en évidence, il semble légitime, comme dans les autres cas, de discuter des risques et des alternatives possibles à la prescription d'œstroprogestatifs (grade C). Cette recommandation est discutabile en cas d'exposition préalable à des œstroprogestatifs pendant de nombreuses années si on admet que la plupart des MTEV surviennent dans les 6-12 mois après l'introduction de la CO ;
- l'étude familiale en cas de mutation simple FVL ou FIIG20210A hétérozygote chez le cas index est plus discutabile et envisagée au cas par cas.

Dans tous les cas, si un FBR génétique est mis en évidence chez le cas index et que la recherche est négative chez l'apparentée asymptomatique, la décision thérapeutique d'utilisation d'une CO œstroprogestative doit être modulée par le caractère informatif de la famille décrit plus haut, et donc le risque conféré par les antécédents familiaux seuls (grade B).

3.4.3 Autres documents

L'ANSM a produit plusieurs documents concernant la contraception et le risque thromboembolique :

- Contraceptifs oraux combinés (COC) et risque de thrombose veineuse : préférer les pilules de 2^e génération contenant du lévonorgestrel – Information destinée aux prescripteurs (10) ;
- Questions-réponses pilule contraceptive. Le point en 22 questions (janvier 2013) (43).

L'Académie de médecine a produit un rapport sur la contraception orale et le risque vasculaire (février 2013) (44).

ANSM – Information destinée aux prescripteurs – Décembre 2012 (10)

Dans sa lettre d'information aux prescripteurs du 22 décembre 2012, l'ANSM indique que :

Le risque de thrombose veineuse (phlébite, embolie pulmonaire) est deux fois plus élevé chez les femmes utilisant un COC de 3^e génération (contenant du désogestrel et du gestodène) ou un COC contenant de la drospirénone que chez les femmes utilisant un COC de 2^e génération contenant du lévonorgestrel (basé sur une revue de la littérature de l'EMA).

Le risque absolu de thrombose veineuse est de :

- 0,5 à 1/10 000 chez les non-utilisatrices de pilule, non enceintes ;
- 2/10 000 chez les utilisatrices de COC à base de lévonorgestrel (2^e génération) ;
- 3 à 4/10 000 chez les utilisatrices de COC à base de désogestrel ou de gestodène (3^e génération) ou à base de drospirénone ;
- 6/10 000 chez les femmes enceintes.

Il existe aussi un risque de thrombose artérielle (accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde) chez les femmes sous COC quelle que soit la génération de pilule utilisée en comparaison aux femmes non utilisatrices de COC (Lidegaard, 2012).

Le rapport bénéfice/risque des contraceptifs oraux combinés reste positif quelle que soit leur composition, à condition de respecter les contre-indications et les précautions d'emploi. Néanmoins, afin de minimiser le risque de thrombose lié aux COC, qu'il soit veineux ou artériel, le rapport bénéfice/risque doit être évalué pour chaque patiente. L'ANSM recommande aux prescripteurs :

1 – De privilégier la prescription des COC de deuxième génération contenant du lévonorgestrel. Le surrisque thromboembolique veineux ne justifie pas un arrêt brutal d'un COC dit de 3^e génération ou d'un COC contenant de la drospirénone jusque-là bien supporté chez une femme utilisatrice depuis une longue période. À l'issue de la prescription en cours, le prescripteur envisagera, avec

la femme déjà sous COC dit de 3^e génération ou contenant de la drospirénone, la méthode la plus appropriée pour elle (autre contraceptif oral, dispositif intra-utérin, etc.).

2 – De rechercher les facteurs de risque, notamment de thrombose, lors de toute prescription d'un COC à une nouvelle utilisatrice, c'est-à-dire :

- a) procéder à un interrogatoire complet sur les antécédents médicaux personnels et familiaux, afin d'identifier d'éventuels facteurs de risque, notamment de thrombose veineuse ;
- b) identifier un tabagisme ;
- c) effectuer un examen clinique afin de dépister notamment une éventuelle hypertension artérielle ;
- d) effectuer un bilan lipidique et un dosage de glycémie.

Lorsqu'un facteur de risque de thrombose est identifié à l'occasion de la prescription d'un COC, la prise en compte des contre-indications et des précautions d'emploi dans l'évaluation individuelle du rapport bénéfice/risque peut conduire à proposer un mode de contraception non œstroprogestatif.

3 – D'informer les femmes du risque de thrombose et les alerter quant aux signes cliniques évocateurs qui doivent les amener à consulter rapidement un médecin.

4 – D'effectuer un suivi clinique pour surveiller la tolérance au traitement contraceptif prescrit, en particulier au cours des périodes où le risque de thrombose est le plus élevé : au cours de la première année de traitement et en cas de changement par un contraceptif oral d'une autre génération.

ANSM – Questions – Réponses pilule contraceptive. Le point en 22 questions (43)

COC contenant de l'estradiol (au lieu d'éthinylœstradiol) : pas suffisamment de données pour conclure sur le risque de thrombose veineuse par rapport aux COC de 2^e génération contenant de l'éthinylœstradiol).

Anneau (éthinylœstradiol et étonogestrel) et patch (éthinylœstradiol et norelgestromine), œstroprogestatifs : le risque de thrombose veineuse est similaire à celui observé avec les COC de 3^e et 4^e génération.

Pilules microprogestatives (Microval® ou Cerazette®) : Les données montrant un surrisque thromboembolique veineux ou artériel ne concernent que les œstroprogestatifs, pas les pilules contenant un progestatif seul.

Facteurs de risque de thrombose :

- veineuse (phlébite, embolie pulmonaire) : immobilisation prolongée, intervention chirurgicale, antécédents familiaux de thrombose veineuse (surtout chez les apparentés au 1^{er} degré comme les parents, frères et sœurs ou enfants), thrombophilie (déficit en protéines C et S, déficit en anti-thrombine, résistance à la protéine C activée, mutation du facteur V Leiden) ;
- artérielle (IDM, AVC) : tabac, HTA, diabète, hypercholestérolémie.

Le syndrome des antiphospholipides augmente les risques de thrombose veineuse et artérielle, et est une contre-indication absolue des œstroprogestatifs.

Bilan biologique :

- cholestérol total, triglycéridémie, glycémie : à réaliser systématiquement au moment de la mise en route de la contraception puis à renouveler tous les 5 ans ;
- bilan d'hémostase nécessaire qu'en cas d'antécédents ou d'accidents vasculaires personnels ou familiaux.

Les pilules de 3^e et 4^e génération ne doivent pas être prescrites en 1^e intention et leur utilisation doit être exceptionnelle. Elles peuvent être utiles pour certaines femmes qui ne tolèrent pas les pilules de 1^e et 2^e génération et pour lesquelles un autre type de contraception n'est pas possible.

Académie de médecine – Contraception orale et risque vasculaire (février 2013) (44)

Patchs anneaux et risque thromboembolique veineux

Le risque thromboembolique veineux est aussi observé avec les voies non orales d'administration de l'éthinylœstradiol : patchs (éthinylœstradiol et norelgestromine), et anneaux vaginaux, associant éthinylœstradiol et étonogestrel, et ce, en raison du très fort impact hépatique de ce stéroïde puissant.

Progestatifs et risque thromboembolique veineux

Les contraceptions progestatives, qui contiennent le lévonorgestrel ou le désogestrel, n'ont pas d'impact sur la coagulation par voie orale, et n'augmentent pas le risque de thrombose veineuse, qu'ils soient administrés par voie orale, en implant, ou sous forme d'un système intra-utérin. Il existe une exception, un progestatif injectable, l'acétate de médroxyprogestérone, rarement prescrit en France (DEPOPROVERAR), mais qui est utilisé par des millions de femmes, aux USA, en Afrique, et en Amérique latine, par voie intramusculaire pour réaliser une contraception de longue durée. Cette méthode est associée, à un risque de thrombose veineuse significatif, possiblement, en rapport avec l'action glucocorticoïde de ce progestatif, et la prise de poids qui résulte souvent de son usage. La contraception progestative continue, à faible dose, est en général réservée aux femmes à risque, ayant une contre-indication aux œstrogènes, mais la tolérance en est souvent médiocre (acné, aménorrhée, et/ou saignements).

Risque thromboembolique artériel

Le risque artériel est augmenté sous œstroprogestatifs, sans qu'on puisse différencier un risque plus élevé selon la classe de pilule (peut être même moins élevé, avec les pilules de 3^e et 4^e générations). Les accidents ischémiques artériels (IDM et AVC) sont en effet rares sous contraception œstroprogestative : leur risque est multiplié par 0,9-1,7 avec une association contenant 20 µg d'éthinylœstradiol et de 1,3-2,3 avec 30-40 µg. Contrairement aux accidents veineux, il n'y a pas de différence selon le type de progestatif. Ils sont observés essentiellement chez les femmes à risque artériel notamment chez les fumeuses, chez qui la contraception hormonale, œstroprogestative est contre-indiquée après 35 ans ou en cas d'hypertension artérielle non contrôlée, ou de migraines avec aura.

Recommandations

« Les règles de prescription : elles représentent la condition la plus importante pour maintenir un accès à la contraception en réduisant le risque thromboembolique :

- Recherche par un interrogatoire soigneux d'un antécédent de thrombose veineuse (phlébite) ou embolie pulmonaire avant l'âge de 50 ans chez un(e) apparenté(e) du premier degré de la consultante. Dans ce cas, et dans ce cas seulement, une recherche de facteurs de risque biologiques (thrombophilie biologique) est conseillée : dosages d'antithrombine, protéine C, protéine S, résistance à la protéine C activée ou recherche de la mutation du facteur V de Leiden et de la mutation de la prothrombine ou facteur II G20210A. Certains de ces examens ne sont pas remboursés, anomalie qu'il importe de corriger rapidement. Ces examens sont inutiles en l'absence d'antécédents évocateurs.
- En cas d'antécédent personnel d'ATEV ou de thrombophilie biologique connue, les œstroprogestatifs sont contre-indiqués, quelle que soit la dose d'EE, quel que soit le type de progestatif, et quelle que soit la voie d'administration.

- Ne jamais prescrire d'œstroprogestatifs en cas de pathologie associée à un risque de thrombose : maladie lupique, syndrome des antiphospholipides, cardiopathie emboligène, sauf éventuellement en cas de traitement anticoagulant. Également un traitement par œstroprogestatif doit être interrompu avant une intervention chirurgicale ou en cas d'alitement prolongé, si un traitement anticoagulant n'est pas proposé.

- En première intention, se limiter aux œstroprogestatifs contenant un progestatif de 2^e génération, en l'absence d'antécédent personnel de thrombose ou de thrombophilie. Il est toutefois clair que les pilules associant EE et lévonorgestrel augmentent aussi le risque de thrombose veineuse significativement, et sont soumises aux contre-indications des 3 et 4G, et à la même information des femmes.

- Toute prescription d'œstroprogestatif doit, en effet, s'accompagner d'une information des femmes, au mieux par un document écrit, précisant les risques, et les signes pouvant évoquer une phlébite, ou une embolie pulmonaire.

- Déconseiller l'usage d'œstroprogestatifs en cas d'IMC > 30 ou en cas d'antécédent familial sévère même en l'absence de thrombophilie biologique.

- Restreindre l'usage des œstroprogestatifs après 35-40 ans.

- Déconseiller les œstroprogestatifs en cas de migraines avec aura.

- Respecter les contre-indications dans le domaine artériel, etc. ».

« La contraception hormonale œstroprogestative qui contient l'éthinylœstradiol quelle que soit sa voie d'administration, augmente le risque d'accident thromboembolique veineux, ce qui impose une reconnaissance des contre-indications, et des facteurs de risque surajoutés. Son utilisation impose une information des femmes des risques potentiels, et, de la façon de les identifier.

Le surrisque lié aux pilules 3G et 4G est modéré, en l'absence d'autres facteurs de risque, car la thrombose est multifactorielle (rôle de l'obésité et de l'âge, de facteurs génétiques). Cette constatation impose la détection des femmes à risque, et la recherche d'une thrombophilie biologique, non pas à titre systématique, mais en cas d'antécédent familial avant l'âge de 50 ans.

Une contraception œstroprogestative avec un progestatif de 2^e génération doit être proposée en première intention, tout en sachant qu'elle augmente aussi le risque de thrombose veineuse et que les contre-indications sont les mêmes que pour les 3G et 4G.

Les contre-indications aux œstroprogestatifs s'appliquent aussi bien aux pilules qu'aux patches ou anneaux vaginaux contenant cette association. En cas de contre-indication aux œstroprogestatifs, une contraception non hormonale ou une contraception progestative seule sans addition d'œstrogène (comprimé, implant, système intra-utérin) doit être proposée.

L'évaluation des risques doit se faire à chaque renouvellement de prescription ».

Tableau 8. Comparaison des critères d'éligibilité aux contraceptifs œstroprogestatifs (pilule, patch, anneau) en fonction du risque cardio-vasculaire (et céphalées) produits par l'OMS (5), le CDC (32) et le FSRH (33)

	OMS	CDC	FSRH
Thrombose veineuse profonde (TVP)/embolie pulmonaire (EP)			
- Antécédent documenté TVP/EP - Au moins 1 risque de récurrence de MTEV - Pas de risque de récurrence	4	4	4
- TVP/EP actuelle	4	4	4
- TVP/EP et traitements par anticoagulants - Au moins 1 risque de récurrence de MTEV - Pas de risque de récurrence	4	4 3	4
- Antécédents familiaux (1 ^{er} degré) - Parent atteint à un âge < 45 ans - Parent atteint à un âge ≥ 45 ans	2	2	- 3 2
- Chirurgie majeure - Avec immobilisation prolongée - Sans immobilisation prolongée	4 2	4 2	4 2
- Chirurgie mineure sans	1	1	1

	OMS	CDC	FSRH
immobilisation prolongée			
- Immobilité sans lien avec la chirurgie (fauteuil roulant, maladie handicapante)	-	-	3
		Risque de récurrence de MTEV : atcd de MTEV liée aux estrogènes ou à la grossesse, MTEV idiopathique, thrombophilie connue, cancer actif, atcd de MTEV récidivant.	Chirurgie majeure : opérations d'une durée de plus de 30 minutes. Les opérations avec un risque élevé de MTEV sont la chirurgie générale ou orthopédique, traumatique et neurochirurgie. Les CHC doivent être arrêtés au moins 4 sem avant la chirurgie et des conseils donnés pour une méthode alternative. Chirurgie mineure : opérations d'une durée de moins de 30 minutes. La chirurgie des varices a un faible risque de MTEV. L'immobilité due à une hospitalisation pour un trauma ou une maladie aiguë ou une paralysie est associée à un risque élevé de MTEV.
Identification de mutations liées à la thrombophilie (Facteur V Leiden, facteur II ou déficit en protéine C ou S, antithrombine)	4	4	4
	Le dépistage en routine n'est pas recommandé, compte tenu de la rareté de ces mutations et du coût du dépistage. Chez les femmes avec une mutation thrombogénique et utilisatrices de COC, le risque de thrombose est multiplié par 2 à 20 par rapport aux non-utilisatrices.	Le dépistage en routine n'est pas recommandé, compte tenu de la rareté de ces mutations et du coût du dépistage. Chez les femmes avec une mutation thrombogénique et utilisatrices de COC, le risque de thrombose est multiplié par 2 à 20 par rapport aux non-utilisatrices.	Le dépistage en routine n'est pas recommandé compte tenu de la rareté de ces mutations et du coût du dépistage.
Thrombose veineuse superficielle			

Fiches mémo « Conduite pratique de la contraception chez l'homme et chez la femme »

	OMS	CDC	FSRH
- Varice	1	1	1
- Thrombophlébite superficielle	2	2	2
		Les varices ne sont pas un facteur de risque de MTEV.	
HTA			
- Systolique 140-159 ou diastolique 90-99	3	3	3
- Systolique \geq 160 ou diastolique \geq 100	4	4	4
- Pathologie vasculaire	4	4	4
- HTA bien contrôlée et mesurable	3	3	3
- Antécédent d'HTA gravidique avec TA mesurable et normale	2	2	2
	Chez les femmes hypertendues, l'utilisation de COC augmente le risque d'IDM, d'AVC et de maladie artérielle périphérique par rapport aux non-utilisatrices. L'arrêt des COC chez les femmes hypertendues peut améliorer les chiffres tensionnels. Les femmes avec un atcd d'HTA gravidique, utilisatrices de COC ont un risque plus élevé d'IDM et de MTEV que les utilisatrices sans atcd d'HTA gravidique. Le risque relatif d'IDM et de MTEV reste faible.	Chez les femmes hypertendues, l'utilisation de COC augmente le risque d'IDM, d'AVC et de maladie artérielle périphérique par rapport aux non-utilisateurs. L'arrêt des COC chez les femmes hypertendues peut améliorer les chiffres tensionnels. Les femmes avec un atcd d'HTA gravidique, utilisatrices de COC ont un risque plus élevé d'IDM et de MTEV que les utilisatrices sans atcd d'HTA gravidique. Le risque relatif d'IDM et de MTEV reste faible.	Chez les femmes hypertendues, l'utilisation de COC augmente le risque d'IDM, d'AVC et de maladie artérielle périphérique par rapport aux non-utilisateurs. Pathologie vasculaire : maladie coronarienne avec angor, maladie vasculaire périphérique avec claudication intermittente, rétinopathie hypertensive, AIT. Les femmes avec un atcd d'HTA gravidique ont une très faible augmentation du risque absolu d'IDM et de MTEV, et

	OMS	CDC	FSRH
			l'utilisation de COC augmente ce risque.
Maladie coronarienne (Actuelle ou antécédent)	4	4	4
Accident vasculaire cérébral (Actuel ou antécédent)	4	4	4
Tabac			
- < 35 ans	2	2	2
- ≥ 35 ans et fumeur < 15 cigarettes/jour	3	3	3
- ≥ 35 ans et fumeur ≥ 15 cigarettes/jour	4	4	4
- ≥ 35 ans et arrêt du tabac < 1 an	-	-	3
- ≥ 35 ans et arrêt du tabac ≥ 1 an	-	-	2
	Les utilisatrices de COC qui fument ont un risque augmenté de maladie cardiovasculaire (en particulier IDM) par rapport aux utilisatrices de COC qui ne fument pas. Le risque d'IDM augmente avec le nb de cigarettes.	Les utilisatrices de COC qui fument ont un risque augmenté de maladie cardiovasculaire (en particulier IDM) par rapport aux utilisatrices de COC qui ne fument pas. Le risque d'IDM augmente avec le nb de cigarettes.	Les utilisatrices de COC qui fument ont un risque augmenté de maladie cardiovasculaire (en particulier IDM) par rapport aux utilisatrices de COC qui ne fument pas. Le risque d'IDM augmente avec le nb de cigarettes. C'est seulement à partir de 35 ans qu'une surmortalité liée au tabac est apparente. Après arrêt du tabac, la mortalité de toute cause revient au niveau d'un non-fumeur au bout de 20 ans et le risque cardiovasculaire en 1 à 5 ans.
Obésité			
IMC : 30 - 34 kg/m ²	2	2	2
IMC ≥ 35 kg/m ²	2	2	3

	OMS	CDC	FSRH
	<p>Les femmes obèses utilisatrices de COC sont plus à risque de MTEV que les obèses non utilisatrices.</p> <p>Les femmes obèses utilisatrices de COC ne semblent pas plus à risque d'IDM ou AVC que les obèses non-utilisatrices (données limitées).</p> <p>La prise de poids ne semble pas plus élevée chez les obèses que chez les non-obèses au bout de 3 mois d'utilisation.</p> <p>Efficacité du patch diminuée chez les femmes de plus de 90 kg.</p>	<p>Les femmes obèses utilisatrices de COC sont plus à risque de MTEV que les obèses non-utilisatrices.</p> <p>Les femmes obèses utilisatrices de COC ne semblent pas plus à risque d'IDM ou AVC que les obèses non utilisatrices (données limitées).</p> <p>La prise de poids ne semble pas plus élevée chez les obèses que chez les non-obèses au bout de 3 mois d'utilisation.</p> <p>Efficacité du patch diminuée chez les femmes de plus de 90 kg.</p>	<p>Le risque de MTEV augmente avec le poids et encore plus avec les CHC.</p>
Hyperlipidémies avérées	2/3	2/3	2/3
	<p>Le dépistage en routine n'est pas recommandé, compte tenu de la rareté de ces mutations et du coût du dépistage.</p> <p>La catégorie (2 ou 3) doit prendre en compte le type, la sévérité et la présence d'autres facteurs de risque cardio-vasculaire.</p>	<p>Le dépistage en routine n'est pas recommandé, compte tenu de la rareté de ces mutations et du coût du dépistage.</p> <p>La catégorie (2 ou 3) doit prendre en compte le type, la sévérité et la présence d'autres facteurs de risque cardio-vasculaire.</p>	<p>Le dépistage en routine n'est pas recommandé, compte tenu de la rareté de ces mutations et du coût du dépistage.</p> <p>La catégorie (2 ou 3) doit prendre en compte le type, la sévérité et la présence d'autres facteurs de risque cardio-vasculaire.</p> <p>L'hyperlipidémie commune et l'hyperlipidémie familiale combinée sont associées avec un risque augmenté de maladie coronarienne, mais surtout après 60 ans. L'hypercholestérolémie familiale est associée avec une augmentation de 4 fois du risque de maladie coronarienne précoce.</p>
Diabète			
- Antécédents de diabète gestationnel	1	1	1
- Sans complication vasculaire (insulinodépendant)	2	2	2

	OMS	CDC	FSRH
ou non)			
- Néphropathie, rétinopathie, neuropathie	3/4	3/4	3/4
- Autres complications vasculaires ou diabète > 20 ans d'évolution	3/4	3/4	3/4
	Le développement d'un diabète non-insulinodépendant chez une femme ayant des atcd de diabète gestationnel n'est pas augmenté par l'utilisation de COC. Chez les femmes avec diabète insulinodépendant ou non, les COC ont un effet limité sur les doses d'insuline et pas d'effet à long terme sur le contrôle du diabète ou la progression vers la rétinopathie.	Le développement d'un diabète non-insulinodépendant chez une femme ayant des atcd de diabète gestationnel n'est pas augmenté par l'utilisation de COC. Chez les femmes avec diabète insulinodépendant ou non, les COC ont un effet limité sur les doses d'insuline, et pas d'effet à long terme sur le contrôle du diabète ou la progression vers la rétinopathie.	
Facteurs de risque multiples cardio-vasculaires (diabète, tabac, âge, HTA, etc.)	3/4	3/4	3/4
Valvulopathie cardiaque			
- Sans complication	2	2	2
- Avec complication	4	4	4
		Les COC peuvent augmenter le risque de thrombose artérielle chez les porteurs de valvulopathie cardiaque.	Valvulopathie cardiaque compliquée : HTAP, fibrillation atriale, atcd d'endocardite bactérienne.
Céphalées			
- Non migraineuse	1 [2]	1 [2]	1 [2]
- Migraineuse sans aura - Âge < 35 ans	2 [3]	2 [3]	2 [3]

	OMS	CDC	FSRH
- Âge ≥ 35 ans	3 [4]	3 [4]	
- Migraineuse avec aura	4	4	4
- Antécédent de migraine avec aura	-	-	3
	<p>Toute céphalée nouvelle ou modification marquée des céphalées doit être évaluée.</p> <p>La classification concerne les femmes sans autre facteur de risque. Le risque d'AVC augmente avec l'âge, l'HTA et le tabac.</p> <p>Les migraines avec aura augmentent le risque d'AVC ischémique par rapport à celles ayant des migraines sans aura.</p> <p>Les femmes avec migraine qui utilisent des COC ont un risque d'AVC multiplié par 2 à 4 par rapport aux migraineuses non-utilisatrices de COC.</p>	<p>Toute céphalée nouvelle ou modification marquée des céphalées doit être évaluée.</p> <p>La classification concerne les femmes sans autre facteur de risque. Le risque d'AVC augmente avec l'âge, l'HTA et le tabac.</p> <p>Les migraines avec aura augmentent le risque d'AVC ischémique par rapport à celles ayant des migraines sans aura.</p> <p>Les femmes avec migraine qui utilisent des COC ont un risque d'AVC multiplié par 2 à 4 par rapport aux migraineuses non-utilisatrices de COC.</p>	<p>Les migraines sans aura n'augmentent pas le risque d'AVC ischémique contrairement aux migraines avec aura. Les COC augmentent le risque d'AVC, mais le risque absolu reste faible. Les femmes avec migraine qui utilisent des COC ont un risque d'AVC multiplié par 2 à 4 par rapport aux non-utilisatrices de COC.</p>

Tableau 9. Comparaison des critères d'éligibilité aux contraceptifs progestatifs (pilule, injection, implant) en fonction du risque cardio-vasculaire (et céphalées) produits par l'OMS (5), le CDC (32) et le FSRH (33)

	OMS			CDC			FSRH		
	Pilule microp	Injection	Implant	Pilule microp	Injection	Implant	Pilule microp	Injection	Implant
Thrombose veineuse profonde (TVP)/embolie pulmonaire (EP)									
- Antécédent documenté TVP/EP - Au moins 1 risque de récurrence de MTEV - Pas de risque de récurrence	2	2	2	2	2	2	2	2	2
- TVP/EP actuelle	3	3	3	2	2	2	2	2	2
- TVP/EP et traitements par anticoagulants - Au moins 1 risque de récurrence de MTEV - Pas de risque de récurrence	2	2	2	2	2	2			
- Antécédents familiaux (1 ^{er} degré)	1	1	1	1	1	1	1	1	1
- Chirurgie majeure - Avec immobilisation prolongée	2	2	2	2	2	2	2	2	2
- Sans immobilisation prolongée	1	1	1	1	1	1	1	1	1
- Chirurgie mineure sans immobilisation prolongée	1	1	1	1	1	1	1	1	1

	OMS			CDC			FSRH		
- Immobilité sans lien avec la chirurgie (fauteuil roulant, maladie handicapante)	-	-	-	-	-	-	1	1	1
	<p>Il n'y a pas de données directes relatives à l'utilisation des progestatifs chez les femmes présentant une DVP/EP actuelle et/ou soumises à un traitement anticoagulant. Bien que les données relatives au risque de thrombose veineuse lié à l'utilisation des progestatifs soient contradictoires chez des femmes par ailleurs en bonne santé, tout risque légèrement accru l'est nettement moins que celui associé au COC.</p> <p>Des données limitées indiquent que des injections intramusculaires de DMPA chez les femmes suivant un traitement anticoagulant au long cours n'entraînent pas un risque important d'hématome au point d'injection, ni n'augmentent le risque de saignement vaginal abondant ou irrégulier.</p>			<p>Il n'y a pas de données directes relatives à l'utilisation des progestatifs chez les femmes présentant une DVP/EP actuelle et/ou soumises à un traitement anticoagulant. Bien que les données relatives au risque de thrombose veineuse lié à l'utilisation des progestatifs soient contradictoires chez des femmes par ailleurs en bonne santé, tout risque légèrement accru l'est nettement moins que celui associé au COC.</p> <p>Des données limitées indiquent que des injections intramusculaires de DMPA chez les femmes suivant un traitement anticoagulant au long cours n'entraînent pas un risque important d'hématome au point d'injection, ni n'augmentent le risque de saignement vaginal abondant ou irrégulier.</p>			<p>Les données sont limitées concernant risque de MTEV avec les progestatifs ; les données existantes sont rassurantes.</p> <p>Chirurgie majeure : opérations d'une durée de plus de 30 minutes. Les opérations avec un risque élevé de MTEV sont la chirurgie générale ou orthopédique, traumatique et neurochirurgique. Chirurgie mineure : opérations d'une durée de moins de 30 minutes. La chirurgie des varices a un faible risque de MTEV.</p>		
Identification de mutations liées à la thrombophilie (Facteur V Leiden, facteur II ou déficit en protéine C ou S, antithrombine)	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Le dépistage systématique n'est pas opportun, compte tenu de la rareté de ces pathologies et du coût élevé du dépistage.			Le dépistage systématique n'est pas opportun, compte tenu de la rareté de ces pathologies et du coût élevé du dépistage.			Le dépistage systématique n'est pas opportun, compte tenu de la rareté de ces pathologies et du coût élevé du dépistage.		
Thrombose veineuse superficielle									
- Varice	1	1	1	1	1	1	1	1	1

	OMS			CDC			FSRH		
- Thrombophlébite superficielle	1	1	1	1	1	1	1	1	1
HTA									
- Systolique 140-159 ou diastolique 90-99	1	2	1	1	2	1	1	1	1
- Systolique \geq 160 ou diastolique \geq 100	2	3	2	2	3	2	1	2	1
- Pathologie vasculaire	2	3	2	2	3	2	2	3	2
- HTA bien contrôlée et mesurable	1	2	1	1	2	1	1	2	1
- Antécédent d'HTA gravidique avec TA mesurable et normale	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Certains faits laissent penser que parmi les hypertendues, celles qui utilisent des progestatifs sous forme de pilules (PPP) ou d'injections auraient un risque légèrement plus important de problèmes cardio-vasculaires par rapport à celles qui n'emploient pas ces méthodes.			Certains faits laissent penser que parmi les hypertendues, celles qui utilisent des progestatifs sous forme de pilules (PPP) ou d'injections auraient un risque légèrement plus important de problèmes cardio-vasculaires par rapport à celles qui n'emploient pas ces méthodes.			Certains faits laissent penser que parmi les hypertendues, celles qui utilisent des progestatifs sous forme de pilules (PPP) ou d'injections auraient un risque légèrement plus important de problèmes cardio-vasculaires par rapport à celles qui n'emploient pas ces méthodes. Pathologie vasculaire : maladie coronarienne avec angor, maladie vasculaire périphérique avec claudication intermittente, rétinopathie hypertensive, AIT.		

	OMS			CDC			FSRH		
Maladie coronarienne (Actuelle ou antécédent)	2 [3]	3	2 [3]	2 [3]	3	2 [3]	2 [3]	3	2 [3]
				Il existe des inquiétudes sur les effets hypœstrogéniques et la diminution du HDLc, notamment parmi les utilisatrices de DMPA. Les effets du DMPA persistent quelque temps après arrêt. Concerne peu l'utilisation des pilules microprogestatives.					
Accident vasculaire cérébral (Actuel ou antécédent)	2 [3]	3	2 [3]	2 [3]	3	2 [3]	2 [3]	3	2 [3]
				Il existe des inquiétudes sur les effets hypœstrogéniques et la diminution du HDLc, notamment parmi les utilisatrices de DMPA. Les effets du DMPA persistent quelque temps après arrêt. Concerne peu l'utilisation des pilules microprogestatives.					
Tabac									
- < 35 ans	1	1	1	1	1	1	1	1	1
- ≥ 35 ans et fumeur < 15 cigarettes/jour	1	1	1	1	1	1	1	1	1
- ≥ 35 ans et fumeur ≥ 15 cigarettes/jour	1	1	1	1	1	1	1	1	1
- ≥ 35 ans et arrêt du tabac < 1 an	-	-	-	-	-	-	1	1	1
- ≥ 35 ans et arrêt du tabac ≥ 1 an	-	-	-	-	-	-	1	1	1
							Les progestatifs ne semblent pas augmenter le risque cardio-vasculaire, y compris chez		

	OMS			CDC			FSRH		
							les fumeurs.		
Obésité									
IMC : 30 - 34 kg/m ²	1	2	1	1	2	1	1	1	1
IMC ≥ 35 kg/m ²	1	2	1	1	2	1	1	1	1
	Les adolescentes obèses qui ont utilisé le DMPA ont été davantage susceptibles de prendre du poids que celles qui ne l'utilisaient pas, que celles qui utilisaient des COC, et que les utilisatrices non-obèses de DMPA. Ce lien n'a pas été observé chez les femmes adultes.			Les adolescentes obèses qui ont utilisé du DMPA ont été davantage susceptibles de prendre du poids que celles qui ne l'utilisaient pas, que celles qui utilisaient des COC, et que les utilisatrices non-obèses de DMPA. Ce lien n'a pas été observé chez les femmes adultes.			Les données sont contradictoires concernant la prise de poids sous injection de DMPA, chez les femmes obèses ou non.		
Hyperlipidémies avérées	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Il n'est pas opportun de procéder à un dépistage systématique compte tenu de la rareté de ces pathologies, et du coût élevé du dépistage. Certains types d'hyperlipidémie constituent des facteurs de risque de pathologies vasculaires.			Il n'est pas opportun de procéder à un dépistage systématique, compte tenu de la rareté de ces pathologies et du coût élevé du dépistage. Certains types d'hyperlipidémie constituent des facteurs de risque de pathologies vasculaires.			La catégorie doit prendre en compte le type, la sévérité et la présence d'autres facteurs de risque cardio-vasculaire. L'hyperlipidémie commune et l'hyperlipidémie familiale combinée sont associées avec un risque augmenté de maladie coronarienne, mais surtout après 60 ans. L'hypercholestérolémie familiale est associée avec une augmentation de 4 fois du risque de maladie coronarienne précoce.		
Diabète									
- Antécédents de diabète gestationnel	1	1	1	1	1	1	1	1	1
- Sans complication vasculaire (insulinodépendant ou non)	2	2	2	2	2	2	2	2	2

	OMS			CDC			FSRH		
- Néphropathie, rétinopathie, neuropathie	2	3	2	2	3	2	2	3	2
- Autres complications vasculaires ou diabète > 20 ans d'évolution	2	3	2	2	3	2	2	3	2
	<p>Les données limitées, dont on dispose concernant l'apparition d'un diabète non insulino dépendant chez les utilisatrices de progestatifs ayant des antécédents de diabète gestationnel sont contradictoires.</p> <p>Chez les femmes présentant un diabète insulino ou non insulino dépendant, des données limitées sur l'utilisation de méthodes faisant appel aux progestatifs seuls (pilule, injection, implant) laissent à penser que ces méthodes ont peu d'effet sur le contrôle du diabète à court ou à long terme (ex. : concentrations d'HbA1c).</p>			<p>Les données limitées dont on dispose concernant l'apparition d'un diabète non insulino dépendant chez les utilisatrices de progestatifs ayant des antécédents de diabète gestationnel sont contradictoires.</p> <p>Chez les femmes présentant un diabète insulino ou non insulino dépendant, des données limitées sur l'utilisation de méthodes faisant appel aux progestatifs seuls (pilule, injection, implant) laissent à penser que ces méthodes ont peu d'effet sur le contrôle du diabète à court ou à long terme (ex. : concentrations d'HbA1c).</p> <p>Des inquiétudes existent sur les effets hypo-œstrogéniques et la diminution du HDLc, notamment parmi les utilisateurs de DMPA. Les effets du DMPA persistent quelque temps après arrêt. Certains progestatifs peuvent augmenter le risque de thrombose, mais cette augmentation est nettement moindre que celle des COC.</p>					
Facteurs de risque multiples cardio-vasculaires (diabète, tabac, âge, HTA, etc.)	2	3	2	2	3	2	2	3	2

	OMS			CDC			FSRH		
	Certains progestatifs peuvent accroître le risque de thrombose, même si l'augmentation est sensiblement moins importante qu'avec les COC. Les effets du DMPA peuvent perdurer pendant un certain temps après l'arrêt de la méthode.			Certains progestatifs peuvent accroître le risque de thrombose, même si l'augmentation est sensiblement moins importante qu'avec les COC. Les effets du DMPA peuvent perdurer pendant un certain temps après l'arrêt de la méthode.					
Valvulopathie cardiaque									
- Sans complication	1	1	1	1	1	1	1	1	1
- Avec complication	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Céphalées									
- Non migraineuse	1	1	1	1	1	1	1	1	1
- Migraineuse sans aura									
- Âge < 35 ans	1 [2]	2	2	1 [2]	2	2	1 [2]	2	2
- Âge ≥ 35 ans	1 [2]	2	2	1 [2]	2	2	1 [2]	2	2
- Migraineuse avec aura	2 [3]	2 [3]	2 [3]	2 [3]	2 [3]	2 [3]	2	2	2
- Antécédent de migraine avec aura	-	-	-	-	-	-	2	2	2
	Toute céphalée nouvelle ou modification marquée des céphalées doit être évaluée. Cette classification concerne les femmes ne présentant aucun autre facteur de risque d'accident vasculaire cérébral. Le risque d'accident vasculaire cérébral augmente avec l'âge, l'hypertension et le tabagisme.			Toute céphalée nouvelle ou modification marquée des céphalées doit être évaluée. Cette classification concerne les femmes ne présentant aucun autre facteur de risque d'accident vasculaire cérébral. Le risque d'accident vasculaire cérébral augmente avec l'âge, l'hypertension et le tabagisme. Des inquiétudes existent concernant			Quelques études ont évalué le lien avec les migraines chez les utilisateurs de progestatifs. Aucune étude vs placebo. Pas de preuve que l'utilisation de progestatifs est associée avec un risque plus élevé d'AVC ischémique.		

	OMS	CDC	FSRH
		l'augmentation des céphalées sévères avec les injections de DMPA et l'implant. Les effets du DMPA peuvent perdurer pendant un certain temps après l'arrêt.	

Tableau 10. Comparaison des critères d'éligibilité aux dispositifs intra-utérins en fonction du risque cardio-vasculaire (et céphalées) produits par l'OMS (5), le CDC (32) et le FSRH (33)

	OMS		CDC		FSRH	
	DIU cuivre	DIU LNG	DIU cuivre	DIU LNG	DIU cuivre	DIU LNG
Thrombose veineuse profonde (TVP)/embolie pulmonaire (EP)						
- Antécédent documenté TVP/EP	1	2	1	2	1	2
- TVP/EP actuelle	1	3	2	2	1	2
- TVP/EP et traitements par anticoagulants	1	2	2	2	1	2
- Antécédents familiaux (1 ^{er} degré)	1	1	1	1	1	1
- Chirurgie majeure						
- Avec immobilisation prolongée	1	2	1	2	1	2
- Sans immobilisation prolongée	1	1	1	1	1	1
- Chirurgie mineure sans immobilisation prolongée	1	1	1	1	1	1
- Immobilité sans lien avec la chirurgie (fauteuil roulant, maladie handicapante)	-	-	-	-	1	1
	Bien que les données relatives au risque de thrombose veineuse lié à l'utilisation des progestatifs soient contradictoires, tout risque légèrement accru l'est nettement moins que		Pas de preuve directe sur l'utilisation des progestatifs chez les femmes avec une MTEV. Bien que les données relatives au risque de thrombose veineuse lié à l'utilisation des		L'absorption systémique de LNG est faible, et n'est vraisemblablement pas associée avec un risque augmenté de MTEV. Les femmes ayant une MTEV actuelle peuvent envisager d'utiliser un DIU au	

	OMS		CDC		FSRH	
	celui associé au COC. Des données limitées indiquent que la pose d'un DIU au LNG n'entraîne pas des risques importants de saignement chez les femmes sous traitement anticoagulant au long cours.		progestatifs soient contradictoires, tout risque légèrement accru l'est nettement moins que celui associé au COC. Des données limitées indiquent que la pose d'un DIU au LNG n'entraîne pas des risques importants de saignement chez les femmes sous traitement anticoagulant au long cours.		cuivre ou au LNG, mais devraient attendre la fin des anticoagulants pour la pose, à cause du risque de saignement pendant l'insertion. Chirurgie majeure : opérations d'une durée de plus de 30 minutes. Les opérations avec un risque élevé de MTEV sont la chirurgie générale ou orthopédique, traumatique et neurochirurgique. Chirurgie mineure : opérations d'une durée de moins de 30 minutes. La chirurgie des varices a un faible risque de MTEV.	
Identification de mutations liées à la thrombophilie (Facteur V Leiden, facteur II ou déficit en protéine C ou S, antithrombine)	1	2	1	2	1	2
	Le dépistage systématique n'est pas opportun, compte tenu de la rareté de ces pathologies et du coût élevé du dépistage.		Le dépistage systématique n'est pas opportun, compte tenu de la rareté de ces pathologies et du coût élevé du dépistage.		Le dépistage systématique n'est pas opportun, compte tenu de la rareté de ces pathologies et du coût élevé du dépistage.	
Thrombose veineuse superficielle						
- Varice	1	1	1	1	1	1
- Thrombophlébite superficielle	1	1	1	1	1	1

	OMS		CDC		FSRH	
HTA						
- Systolique 140-159 ou diastolique 90-99	1	1	1	1	1	1
- Systolique \geq 160 ou diastolique \geq 100	1	2	1	2	1	1
- Pathologie vasculaire	1	2	1	2	1	2
- HTA bien contrôlée et mesurable	1	1	1	1	1	1
- Antécédent d'HTA gravidique avec TA mesurable et normale	1	1	1	1	1	1
			Inquiétude théorique de l'effet du LNG sur les lipides.			
Maladie coronarienne (Actuelle ou antécédent)	1	2 [3]	1	2 [3]	1	2 [3]
			Inquiétude théorique de l'effet du LNG sur les lipides.		La méthode doit être arrêtée si la femme fait une maladie ischémique cardiaque sous DIU au LNG.	
Accident vasculaire cérébral (Actuel ou antécédent)	1	2	1	2	1	2 [3]
			Inquiétude théorique de l'effet du			

	OMS		CDC		FSRH	
			LNG sur les lipides.			
Tabac						
- < 35 ans	1	1	1	1	1	1
- ≥ 35 ans et fumeur < 15 cigarettes/jour	1	1	1	1	1	1
- ≥ 35 ans et fumeur ≥ 15 cigarettes/jour	1	1	1	1	1	1
- ≥ 35 ans et arrêt du tabac < 1 an	-	-	-	-	1	1
- ≥ 35 ans et arrêt du tabac ≥ 1 an	-	-	-	-	1	1
Obésité						
IMC : 30 - 34 kg/m ²	1	1	1	1	1	1
IMC ≥ 35 kg/m ²	1	1	1	1	1	1
Hyperlipidémies avérées	1	2	1	2	1	2
Diabète						
- Antécédents de diabète gestationnel	1	1	1	1	1	1

	OMS		CDC		FSRH	
- Sans complication vasculaire (insulinodépendant ou non)	1	2	1	2	1	2
- Néphropathie, rétinopathie, neuropathie	1	2	1	2	1	2
- Autres complications vasculaires ou diabète > 20 ans d'évolution	1	2	1	2	1	2
	Les données limitées, dont on dispose concernant l'utilisation du DIU au LNG chez les femmes présentant un diabète insulino ou non insulinodépendant, laissent à penser que ces méthodes ont peu d'effets sur le contrôle du diabète à court ou à long terme (par exemple concentrations d'HbA1c), les marqueurs hémostatiques ou le profil lipidique.		Les données limitées, dont on dispose concernant l'utilisation du DIU au LNG chez les femmes présentant un diabète insulino ou non insulinodépendant, laissent à penser que ces méthodes ont peu d'effets sur le contrôle du diabète à court ou à long terme (par exemple concentrations d'HbA1c), les marqueurs hémostatiques ou le profil lipidique.			
Facteurs de risque multiples cardio-vasculaires (diabète, tabac, âge, HTA, etc.)	1	2	1	2	1	2
Valvulopathie cardiaque						
- Sans complication	1	1	1	1	1	1

	OMS		CDC		FSRH	
- Avec complication	2	2	1	1	2	2
	Pour l'insertion, il est conseillé de prescrire des antibiotiques à titre prophylactique, afin de prévenir une endocardite.		Antibiothérapie prophylactique non recommandée pour la pose ou le retrait.		Antibiothérapie prophylactique non recommandée pour la pose ou le retrait.	
Céphalées						
- Non migraineuse	1	1	1	1	1	1
- Migraineuse sans aura - Âge < 35 ans - Âge ≥ 35 ans	1	2	1	2	1	2
- Migraineuse avec aura	1	2 [3]	1	2 [3]	1	2
- Antécédent de migraine avec aura	-	-	-	-	1	2
	Toute céphalée nouvelle ou changement marqué dans les céphalées doivent être évalués.		Toute céphalée nouvelle ou changement marqué dans les céphalées doivent être évalués.		Pas d'étude identifiée concernant le lien entre migraine et utilisation du DIU au LNG.	

3.5 Contraception chez l'homme

Aucune recommandation n'a été identifiée.

4 Prescription d'une contraception d'urgence

4.1 Recommandations Anaes 2004

Méthodes d'utilisation

La contraception d'urgence désigne les méthodes contraceptives qu'une femme peut utiliser pour prévenir la survenue d'une grossesse après un rapport non protégé. Elle peut faire appel au DIU au cuivre ou à la contraception d'urgence hormonale. Parmi les alternatives hormonales disponibles en France, il est recommandé d'utiliser la méthode par progestatif seul (Norlevo®/Vikela®), plutôt que la méthode œstroprogestative Yuzpe. La contraception d'urgence par progestatif seul est en effet plus efficace que la méthode Yuzpe (niveau de preuve 1), et présente moins d'effets secondaires (niveau de preuve 1). Elle ne présente aucune CI. Elle est inefficace en cas de grossesse débutante.

La contraception d'urgence hormonale n'est pas efficace à 100 %. Elle est d'autant plus efficace qu'elle est utilisée plus précocement après le rapport non protégé. La fraction des grossesses prévenues par progestatif seul (Norlevo®/Vikela®) varie de 95 %, lorsque la prise est réalisée avant 24 h à 58 %, et lorsqu'elle est réalisée entre 48 et 72 h. Cette efficacité doit être comparée avec les résultats bien meilleurs obtenus avec les DIU au cuivre dans le cadre d'une utilisation post-coïtale (taux d'échec de 0,1 à 0,2 %, quel que soit le moment du cycle), et avec un délai de pose possible jusqu'à 5 jours après la date estimée de l'ovulation. Le DIU au cuivre est à considérer comme la méthode la plus efficace en cas de rapport non protégé. La contraception d'urgence hormonale est néanmoins plus accessible que le DIU, puisqu'elle peut être obtenue sans ordonnance et de manière anonyme en pharmacie (où elle est gratuite pour les mineures qui en font la demande), en centre de planification familiale ou dans les infirmeries scolaires. Le DIU, quant à lui, ne peut être posé que lors d'une consultation médicale.

Prescription/Conseils

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.

Il est également recommandé de prévenir la future utilisatrice de la possibilité de saignements (pouvant faussement évoquer des règles) suite à l'utilisation d'une contraception d'urgence hormonale et, qu'en cas de doute, elle pourra prendre conseil auprès de son médecin.

Il est recommandé que lors de la prescription et de la délivrance de la contraception, la femme soit préventivement informée de ces possibilités de rattrapage en cas de rapport non protégé, de leur efficacité et des conditions à leur accès. Pareillement, lorsqu'une femme ou une adolescente se présente en vue de se renseigner sur les méthodes de contraception d'urgence ou qu'elle évoque un rapport non protégé, un défaut d'observance de sa méthode contraceptive ou la volonté de recourir à une méthode de contraception d'urgence, il est recommandé qu'elle soit informée des différentes possibilités de rattrapage, de leur efficacité et des différentes conditions d'accès à ces méthodes. Cela est notamment valable lorsque le rapport non protégé date de plus de 72 h, et que la pose d'un DIU au cuivre pourrait être envisagée. Ces 2 recommandations concernent l'ensemble des interlocuteurs possibles, notamment le pharmacien, le personnel des centres de planning familial, l'infirmier(ère) scolaire, le médecin ou la sage-femme consultés.

Il est également recommandé que la consultante soit rassurée sur le caractère généralement modéré des effets indésirables qui peuvent survenir. Pour la contraception d'urgence progestative seule (Norlevo®/Vikela®), il s'agit essentiellement de nausées (20 % des cas), vomissements (5 % des cas), fatigue (20 % des cas), douleurs abdominales (15 à 20 % des cas), céphalées (15 à

20 % des cas), vertiges (10 à 15 % des cas), tension mammaire (10 à 15 % des cas) et de *spotting* (moins de 5 % des cas).

Bien que la contraception d'urgence par progestatif seul ne présente pas de CI, il est recommandé de ne l'envisager qu'en tant que méthode passerelle. En effet, l'utilisation opportuniste et répétitive de la contraception d'urgence hormonale, en tant que seule méthode contraceptive, est nettement moins efficace qu'une méthode continue (niveau de preuve 4), et est associée à une incidence élevée d'effets indésirables, notamment de perturbations menstruelles (70 % des cas). En cas de difficultés d'observance, il est recommandé de privilégier une méthode continue non sujette aux variations d'observance (DIU, implants hormonaux, etc.). En cas de rapports espacés, il est recommandé de discuter de manière comparative des avantages des méthodes continues et discontinues.

4.2 Données réglementaires

Avis de la Commission de la transparence

1) Ellaone® (ulipristal) – avis du 13 janvier 2010 (45)

SMR important, ASMR IV.

Stratégie thérapeutique

- La contraception d'urgence est utilisée après un rapport non protégé (ex. : échec d'une méthode contraceptive comme la rupture d'un préservatif). Elle fait appel au dispositif intra-utérin (DIU) au cuivre ou à un contraceptif hormonal d'urgence : lévonorgestrel (NORLEVO dans un délai de 72 heures), et désormais ulipristal (ELLAONE dans un délai de 5 jours).
- La contraception d'urgence hormonale est d'autant plus efficace qu'elle est prise précocement après le rapport non protégé.
- La contraception d'urgence par lévonorgestrel est obtenue sans ordonnance, et de manière anonyme en pharmacie (gratuite pour les mineures qui en font la demande), en centre de planification familiale ou dans les infirmeries scolaires.
- La contraception d'urgence par DIU au cuivre, dans un délai de pose jusqu'à 5 jours après la date estimée de l'ovulation, a un taux d'échec de 0,1 à 0,2 %. Elle reste la méthode la plus efficace en cas de rapport non protégé. Elle est moins accessible (pose en consultation médicale) que la contraception d'urgence par lévonorgestrel.
- À la suite d'une contraception d'urgence hormonale, il est recommandé de conseiller à la femme :
 - 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, ou en cas de saignements anormaux à la date prévue des règles, ou en cas de signes évocateurs ;
 - de n'envisager la contraception d'urgence hormonale qu'en tant que méthode exceptionnelle.
- Place dans la stratégie thérapeutique :
 - uniquement sur prescription médicale, ELLAONE est une contraception d'urgence utilisable jusqu'à 120 heures après un rapport sexuel non protégé. Il est recommandé de prendre ELLAONE le plus tôt possible ;
 - dans la mesure où il se lie aux récepteurs à la progestérone, l'ulipristal est susceptible de réduire l'action d'une contraception hormonale régulière par contraceptif combiné ou par progestatif seul. Il est par conséquent recommandé, qu'après une contraception d'urgence, les rapports sexuels ultérieurs soient protégés par une méthode de contraception barrière fiable (telle que préservatif) jusqu'au début des règles suivantes. ELLAONE ne doit pas être utilisé plusieurs fois au cours d'un même cycle menstruel, ni être utilisé simultanément avec le lévonorgestrel dans le cadre d'une contraception d'urgence.

Données cliniques

- Une étude randomisée *versus* lévonorgestrel a conclu à la non-infériorité de l'ulipristal par rapport au lévonorgestrel pour la période 0-72 heures et pour la période 0-120 heures. Le taux de grossesse sous ulipristal a été significativement inférieur au taux de grossesse attendu et à la valeur-seuil fixée à 4 % (valeur considérée comme cliniquement pertinente pour une contraception d'urgence).
- Le taux de grossesse observé après la prise d'ulipristal pris entre 48 et 120 heures après un rapport non protégé a été de 2,1 %.
- Les événements indésirables les plus fréquemment observés au cours des études cliniques ont été des céphalées, des nausées, des douleurs abdominales, une dysménorrhée, des vertiges, de la fatigue.

2) Norlevo® (lévonorgestrel) – avis du 7 juillet 2004 et avis du 8 juillet 2009 (46,47)

SMR important.

Stratégie thérapeutique

La contraception d'urgence est une méthode occasionnelle qui ne doit en aucun cas se substituer à une contraception régulière. La prescription et/ou la délivrance d'une contraception d'urgence doivent être l'occasion d'un conseil par un professionnel de santé et de la mise sous une contraception régulière.

Le traitement doit être pris le plus rapidement, si possible dans les 12 heures et au plus tard dans les 72 heures (3 jours) après le rapport non protégé. Après utilisation de la contraception d'urgence, il est recommandé d'utiliser un moyen contraceptif local (préservatif, spermicide, cape cervicale) jusqu'au retour des règles suivantes. **Il n'est pas recommandé d'utiliser une contraception d'urgence plusieurs fois au cours d'un même cycle.**

En cas de doute, il est impératif de vérifier l'absence de grossesse.

Résumé des caractéristiques des produits

	Norlevo 1,5 mg®, Lévonorgestrel Biogaran 1 500 mcg (lévonorgestrel). Répertoire des spécialités pharmaceutiques, site de l'ANSM consulté le 8/4/2013, http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/frames.php?specid=60812935&typedoc=R&ref=R0215317.htm	Ellaone® (ulipristal acétate). Site de l'EMA consulté le 8/4/2013, http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/001027/WC500023670.pdf
Indication	Contraception d'urgence dans les 72 h après un rapport sexuel non protégé ou en cas d'échec d'une méthode contraceptive.	Contraception d'urgence dans les 120 h après un rapport sexuel non protégé ou en cas d'échec d'une méthode contraceptive.
Contre-indication	Hypersensibilité au lévonorgestrel.	Hypersensibilité, grossesse.
Posologie	1 cp. En cas de vomissements survenant dans les 3 heures suivant la prise du cp, il est recommandé de reprendre immédiatement un cp. Peut être pris à n'importe quelle période du cycle menstruel :	1 cp En cas de vomissements survenant dans les 3 heures suivant la prise du cp, il est recommandé de reprendre immédiatement un cp.

	Norlevo 1,5 mg®, Lévonorgestrel Biogaran 1 500 mcg (lévonorgestrel). Répertoire des spécialités pharmaceutiques, site de l'ANSM consulté le 8/4/2013, http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/frames.php?specid=60812935&tydoc=R&ref=R0215317.htm	Ellaone® (ulipristal acétate). Site de l'EMA consulté le 8/4/2013, http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/001027/WC500023670.pdf
	Sauf en cas de retard des règles. Après utilisation de la contraception d'urgence, il est recommandé d'utiliser un moyen contraceptif local (préservatif, diaphragme ou cape cervicale), jusqu'au retour des règles suivantes.	Peut être pris à n'importe quelle période du cycle menstruel, sauf en cas de retard des règles. Après utilisation de la contraception d'urgence, il est recommandé d'utiliser un moyen contraceptif local (préservatif, diaphragme ou cape cervicale), jusqu'au retour des règles suivantes.
Précautions d'emploi	Déconseillé chez les femmes à risque de GEU (atcd de salpingite ou de GEU). Non recommandé en cas d'atteinte hépatique sévère ou de malabsorption. Prendre en compte les facteurs de risque thromboemboliques préexistants en particulier atcd de thrombophilie. Il n'est pas recommandé d'utiliser plusieurs fois cette contraception au cours d'un même cycle menstruel, en raison de taux élevés d'hormones et de la possibilité de perturbations importantes du cycle menstruel. Ne protège pas contre les IST Prendre en compte la présence de lactose.	Non recommandé en cas d'atteinte hépatique sévère, d'asthme sévère non contrôlé. Il n'est pas recommandé d'utiliser plusieurs fois cette contraception au cours d'un même cycle menstruel. Prendre en compte la présence de lactose.
Interactions	Avec les inducteurs enzymatiques (anticonvulsivants (phénobarbital, phénytoïne, primidone, carbamazépine), rifabutine, rifampicine, griséofulvine, ritonavir, <i>Hypericum perforatum</i> (millepertuis).	Avec les inducteurs du CYP3A4 (comme la rifampicine, la phénytoïne, la carbamazépine, le millepertuis/ <i>Hypericum perforatum</i>), l'utilisation prolongée du ritonavir et la contraception d'urgence contenant du lévonorgestrel. Comme l'ulipristal acétate se lie aux récepteurs de la progestérone avec une forte affinité, il peut interférer avec l'action des médicaments qui contiennent un progestatif : l'efficacité contraceptive de contraceptifs hormonaux combinés et de la contraception par progestatif seul peut être réduite.
Grossesse, allaitement	Pas d'effet abortif. Pas de risque malformatif chez le fœtus en cas d'utilisation pendant une grossesse. Ne pas allaiter pendant les 8 h après la prise.	Données d'exposition du fœtus limitées. Ne pas allaiter pendant une semaine après la prise.

	Norlevo 1,5 mg®, Lévonorgestrel Biogaran 1 500 mcg (lévonorgestrel). Répertoire des spécialités pharmaceutiques, site de l'ANSM consulté le 8/4/2013, http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/frames.php?specid=60812935&typedoc=R&ref=R0215317.htm	Ellaone® (ulipristal acétate). Site de l'EMA consulté le 8/4/2013, http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/001027/WC500023670.pdf
	Pas d'effet sur la fertilité.	
Effets indésirables	Très fréquents : vertiges, céphalées, nausées, douleurs abdominales, tension mammaire, troubles des règles, fatigue.	Très fréquents ou fréquents : troubles de l'humeur, céphalées, vertiges, nausées, vomissements, douleurs abdominales, myalgies, douleurs dorsales, troubles des règles, douleurs pelviennes, tension mammaire, fatigue.

Modification du RCP d'EllaOne suite à une étude pharmacocinétique en cas d'allaitement (version actualisée du RCP du 04/02/2013 consultée sur le site de l'EMA (http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/001027/WC500023670.pdf)).

« L'ulipristal acétate est excrété dans le lait maternel (voir rubrique 5.2). L'effet sur le nouveau-né/le nourrisson n'a pas été étudié. Un risque pour l'enfant allaité ne peut être exclu. Après la prise d'ellaOne, l'allaitement n'est pas recommandé pendant une semaine. Pendant cette période, il est recommandé de tirer et de jeter le lait maternel afin de stimuler la lactation ».

4.3 Autres recommandations

Ont été identifiées et retenues :

- les recommandations de la HAS (en cours de validation) sur la prescription et la délivrance à l'avance d'une contraception d'urgence (48) ;
- les recommandations de la *Faculty of sexual and reproductive healthcare* sur la contraception d'urgence (recommandations 2011, actualisées en janvier 2012) (49) ;
- aide-mémoire de l'OMS sur l'innocuité de la CU au LNG (50) ;
- les recommandations pratiques de l'OMS 2005 (actualisées en 2008) sur l'utilisation des méthodes contraceptives (4,5) ;
- les critères d'éligibilité à la contraception d'urgence (lévonorgestrel et DIU au cuivre), selon l'OMS (5), le CDC (32) et le FSRH (33).

Contraception d'urgence – Prescription et délivrance à l'avance (HAS, 2013) (en cours de validation lors de la rédaction de ce document de travail) (48)

Définition

Contraception d'urgence ou post-coïtale : se définit comme les méthodes contraceptives qu'une femme peut utiliser pour prévenir la survenue d'une grossesse après un rapport sexuel non protégé ou mal protégé (échec ou usage défectueux d'une méthode contraceptive, comme l'oubli de la pilule ou la déchirure d'un préservatif), le viol ou des rapports sous la contrainte. La CU hormonale est une méthode de rattrapage qui ne vise pas à être utilisée de façon régulière en raison du risque d'échec plus élevé que les contraceptions régulières.

Produits disponibles en France

Les produits disponibles en France sont :

- contraception orale : au lévonorgestrel et à l'ulipristal acétate ;
- dispositif intra-utérin au cuivre.

Depuis les recommandations Anaes 2004 (2), la méthode œstroprogestative Yupse n'est plus commercialisée.

Modalités d'accès et remboursement

- LNG
 - adultes :
 - délivrance possible en pharmacie sans prescription médicale (non remboursé dans ce cas) ; le remboursement à 65 % n'est possible qu'après prescription du médecin ou de la sage-femme ;
 - délivrance possible anonyme et gratuite dans les centres de planning et d'éducation familiale ;
 - mineures : délivrance possible anonyme et gratuite en pharmacie, en centres de planning et d'éducation familiale ou par les infirmières scolaires ;
 - élèves des collèges et lycées (mineures ou majeures) : délivrance possible par les infirmières scolaires ;
 - étudiants : délivrance possible anonyme et gratuite dans les services universitaires et interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé.
- UPA
 - nécessite une prescription du médecin ou de la sage-femme, et est remboursé à 65 %.
- DIU au cuivre :
 - peut être prescrit et posé par un médecin ou une sage-femme, et est remboursé à 65 %.

Recommandations

- La HAS rappelle la nécessité de fournir une information sur la contraception d'urgence à l'occasion de tout contact relatif à la contraception, la sexualité ou la délivrance de préservatifs avec des professionnels de santé, des relais associatifs, les dispositifs d'éducation à la santé ou les programmes d'éducation à la sexualité en milieu scolaire.
- Considérant les freins à l'accès à la contraception d'urgence en général, la HAS souligne l'intérêt d'évaluer certains dispositifs particuliers visant à favoriser l'accès à la contraception d'urgence, notamment en direction des populations vulnérables confrontées à des problèmes d'accessibilité physique ou à une précarité socio-économique.
- La HAS ne recommande pas la prescription et la délivrance à l'avance de la pilule de contraception d'urgence en routine à titre systématique. En effet, les études disponibles indiquent qu'une telle stratégie ne réduira pas l'incidence des grossesses non prévues à l'échelle de la population.
- Elle considère néanmoins qu'une prescription à l'avance de la pilule de contraception d'urgence peut être envisagée au cas par cas dans certaines situations. Ces situations ne peuvent pas être caractérisées de manière précise et exhaustive. Elles peuvent inclure les situations suivantes : les femmes ayant des difficultés d'accès à la contraception d'urgence (ex. : difficulté d'accès à une pharmacie, difficultés financières), les femmes voyageant à l'étranger, les femmes utilisant comme méthode contraceptive le préservatif ou d'autres méthodes moins efficaces.
- La HAS souhaite mettre en avant l'intérêt d'une extension de la gratuité et de l'anonymat de la délivrance de la pilule de contraception d'urgence aux mineurs garçons, en pharmacie ainsi qu'en milieu scolaire, dans l'optique de favoriser le partage de responsabilité entre les hommes et les femmes en matière de contraception.

- La HAS rappelle que la contraception d'urgence n'est pas un dispositif isolé, mais une méthode de contraception de « rattrapage » qui s'inscrit et doit être intégrée dans le cadre général de la santé sexuelle et reproductive.

Recommandation de la FSRH sur la contraception d'urgence (recommandations 2011, actualisées en janvier 2012) (49)

- Mécanisme d'action :
 - LNG : progestatif agissant principalement par inhibition de l'ovulation ;
 - UPA : modulateur des récepteurs de la progestérone agissant principalement par inhibition ou retardement de l'ovulation ;
 - DIU au cuivre : toxicité du cuivre pour les ovules et les spermatozoïdes, efficacité immédiate du DIU agissant par inhibition de la fertilisation.
- Données d'efficacité :
 - LNG : démontrée jusqu'à 72 h après le rapport. La compilation de données OMS semble montrer que l'efficacité à J1 ne diffère pas significativement de celle de J4 suggérant une efficacité jusqu'à 96 h. En revanche, le risque de grossesse de la prise à J5 est multiplié par 6 par rapport à celui de la prise à J1 ;
 - UPA : démontrée jusqu'à 120 h après le rapport. Pas de diminution d'efficacité pendant cette période. Non-infériorité démontrée par rapport au LNG lors d'une prise dans les 72 h, mais aussi lors d'une prise dans les 120 h. La méta-analyse de ces données semble montrer un taux de grossesse significativement plus faible dans le groupe UPA lors d'une prise dans les 120 h ;
 - DIU au cuivre : taux d'échec < 1 %. Pas de données permettant de comparer l'efficacité en CU des différents DIU.
- Effets indésirables :
 - LNG et UPA : céphalées, nausées, troubles des règles (pas d'allongement de durée, mais survenue plus tôt ou plus tard). Risque de GEU non supérieur à celui de la population générale. Un antécédent de GEU ne contre-indique donc pas une CU hormonale. Autres effets indésirables : céphalées, douleurs abdominales, dysménorrhées et vertiges ;
 - il faut conseiller aux femmes de consulter si elles vomissent dans les 2 heures après prise de LNG ou 3 heures après administration d'UPA. Dans ce cas, il est possible de répéter la dose ou de poser un DIU (accord d'experts) ;
 - il faut également informer les femmes de possibles troubles des règles après prise orale de CU. Si un doute persiste sur la survenue des règles, faire un test de grossesse au minimum 3 semaines après le rapport sexuel non protégé (accord d'experts) ;
 - DIU au cuivre : douleur lors de l'insertion (proposer des antalgiques aux femmes).
- Contre-indications :
 - LNG : pas de contre-indication y compris l'allaitement ;
 - UPA : l'âge < 18 ans ne représente pas une contre-indication. L'hypersensibilité à l'UPA ou un de ses composants et la grossesse représentent une contre-indication. L'utilisation d'UPA n'est pas recommandée chez les femmes ayant un asthme sévère non contrôlée par les corticoïdes, et celles avec une insuffisance hépatique sévère. Après prise d'UPA, l'allaitement n'est pas recommandé pendant 36 h.
 - DIU au cuivre : contre-indications identiques à celles de tout DIU.
- Quelles méthodes proposer aux femmes souhaitant une CU ?
 - les professionnels de santé doivent discuter du besoin individuel de CU et informer la femme sur les différentes méthodes (efficacité, effets indésirables, interactions médicamenteuses, critères d'éligibilité, contre-indications, nécessité de méthodes contraceptives complémentaires) (accord d'experts) ;
 - le DIU au cuivre peut être inséré jusqu'à 120 h après le premier épisode de rapport sexuel non protégé ou dans les 5 j de la date attendue de l'ovulation (grade C) ;

- ▶ l'efficacité de l'UPA a été démontrée jusqu'à 120 h (grade A) ;
- ▶ l'efficacité du LNG a été démontrée jusqu'à 96 h. Entre 96 h et 120 h, l'efficacité est inconnue. L'utilisation de LNG au-delà de 72 h est hors AMM (grade A) ;
- ▶ si un service ou un professionnel de santé n'est pas en mesure de fournir une méthode de CU, il doit adresser la femme dans les meilleurs délais à un service ou à un professionnel qui peut fournir la méthode de CU préférée par la femme (accord d'experts) ;
- ▶ idéalement, un DIU devrait être mis en place lors de la 1^{re} consultation, mais si ce n'est pas possible, une CU orale peut être donnée en attendant et conseiller à la femme de revenir au moment le plus approprié (accord d'experts).
- Relais CU/contraception :
 - ▶ les femmes doivent être informées que la CU orale n'est pas efficace pour prévenir une grossesse lors d'un rapport sexuel ultérieur à sa prise ; et qu'il faut utiliser une méthode contraceptive non urgente pour éviter les grossesses (grade B) ;
 - ▶ si une femme continue à être à risque de grossesse après la prise de CU ou qu'elle souhaite démarrer une contraception après la CU, un professionnel de santé peut démarrer une contraception hormonale combinée (à l'exclusion du cocyprindiol), une pilule progestative seule ou un implant progestatif, à condition que la femme ait été informée et conseillée de faire un test de grossesse 3 semaines plus tard (accord d'experts) ;
 - ▶ les femmes qui souhaitent une injection de progestatif après contraception d'urgence devraient être conseillées de prendre une autre méthode contraceptive jusqu'à ce qu'une grossesse ait été exclue. L'injection pourra être faite immédiatement si les autres méthodes sont inappropriées ou non acceptables, et à condition que la femme ait été informée et conseillée de faire un test de grossesse 3 semaines plus tard (accord d'experts) ;
 - ▶ après prise de LNG, les femmes qui continuent une contraception hormonale doivent être conseillées d'utiliser une méthode contraceptive complémentaire pendant 7 j (2 j pour les pilules œstroprogestatives, 9 j pour Qlaira®) (grade C) ;
 - ▶ après prise d'UPA, les femmes qui continuent une contraception hormonale doivent être conseillées d'utiliser une méthode contraceptive complémentaire pendant 14 j (9 j pour les pilules œstroprogestatives, 16 j pour Qlaira®) (accord d'experts).
- Interactions médicamenteuses
 - ▶ les femmes qui prennent des inducteurs enzymatiques (ou les ont arrêté depuis moins de 28 j) doivent être informées que seul le DIU n'est pas affecté (grade A) ;
 - ▶ les femmes qui prennent des inducteurs enzymatiques, y compris une prophylaxie contre le VIH postexposition (ou les ont arrêtés depuis moins de 28j), doivent être conseillées de prendre 3 mg de LNG dès que possible dans les 120 j après le rapport non protégé (hors AMM). L'efficacité du LNG après 96 h est incertaine (grade C) ;
 - ▶ les femmes qui prennent des inducteurs enzymatiques doivent être conseillées de ne pas prendre d'UPA pendant la prise de ces inducteurs et pendant 28 j après (grade C) ;
 - ▶ les femmes doivent être conseillées de ne pas prendre d'UPA si elles prennent des médicaments qui augmentent le pH gastrique (ex. : anti-acides, anti-H2, inhibiteurs de la pompe à protons) (grade C).
- Utilisation répétée :
 - ▶ le LNG peut être utilisé plus d'une fois dans un cycle (hors AMM), même s'il y a eu un rapport sexuel non protégé en dehors de la fenêtre de traitement (> 120 h) (grade C).
Cette recommandation hors AMM est basée notamment sur les données d'une revue Cochrane datant de 2010 (51) ayant inclus toutes les études sur l'usage répété de la contraception d'urgence (LNG et autres contraceptions d'urgence hormonales, ullipristal non inclus), publiées jusqu'en octobre 2011 (bases MEDline, Popline, Lilacs, Central, Embase, Cinhal).
Au total, 21 études ont été incluses (la plupart menées dans les années 70 et 80, études comparatives prospectives non randomisées ou séries de cas), dont 14 concernant l'usage répété du LNG. Les posologies utilisées étaient inférieures à celles recommandées actuellement (1,5 mg/prise) :
 - ✓ 10 études concernaient l'usage répété de LNG à 0,75 mg (2 628 femmes incluses, 1 à 16 prises/mois, 3 à 4 prises/mois en moyenne) ;

- ✓ 6 études concernaient l'usage répété de LNG à doses variant de 0,15 à 1 mg (5 787 femmes incluses 1 à 16 prises/mois, 4,5 à 8 prises/mois en moyenne).

La durée de suivi était variable ou non renseignée. Les effets indésirables majoritairement rapportés étaient des irrégularités menstruelles parfois importantes, l'association entre ces irrégularités et la fréquence de prise était variable selon les études et ne permettait pas de conclure. Aucun effet indésirable sévère n'était rapporté. Il s'agissait le plus souvent de nausées, tension mammaire, vertiges, douleurs abdominales, fatigue, céphalées, prise de poids, irritabilité, faiblesse, perte de libido. La fréquence et la sévérité de ces effets indésirables ne semblaient pas associées à la fréquence de prise et à la dose totale absorbée.

- ▶ en revanche, l'UPA ne peut pas être utilisé plus d'une fois dans un même cycle ou s'il y a eu un autre rapport non protégé en dehors de la fenêtre de traitement (> 120 h) (accord d'experts).
- IST :
 - ▶ il faut offrir la possibilité d'un dépistage des IST/HIV aux femmes se présentant pour une CU (grade C) ;
 - ▶ Chez les femmes à risque d'IST, si les résultats des tests ne sont pas disponibles avant l'insertion du DIU, une antibiothérapie prophylactique doit être envisagée au moins contre Chlamydiae trachomatis (accord d'experts).
- Dispensation en avance :
 - ▶ les professionnels doivent informer les femmes sur les moyens d'accès à la CU, et quand elle peut être utilisée. La prescription et délivrance à l'avance peuvent être envisagées, mais il n'y a pas de données pour promouvoir la dispensation à l'avance de manière systématique (accord d'experts).

Aide mémoire sur l'innocuité de la CU par pilule au LNG (50)

- La CU par pilule au LNG n'a pas d'effet secondaire grave ou durable. Environ 20 % des femmes ressentent des effets secondaires bénins ou de courte durée, le plus souvent règles irrégulières. Autres effets secondaires : fatigue, gênes abdominales et nausées.
- La CU par pilule au LNG n'augmente pas le risque de GEU.
- La CU par pilule au LNG n'a aucun effet sur la fécondité future.
- La CU par pilule au LNG n'est pas nocive pour le fœtus en développement, quand la contraception est utilisée par erreur en début de grossesse.
- La CU par pilule au LNG n'interrompt pas une grossesse entamée, et ne présente aucun danger pour l'embryon.
- Chez les femmes ayant eu recours à la CU par LNG plusieurs fois au cours d'un même cycle, aucun effet indésirable n'a été signalé.

Recommandations pratiques de l'OMS 2005 (actualisées en 2008) sur l'utilisation des méthodes contraceptives (4,5)

- Comment se prend la pilule pour la contraception d'urgence ?
 - ▶ délai de prise : dans l'idéal, dès que possible dans les 72 h suivant un rapport non protégé (pilule au LNG ou œstroprogestative). La prise est possible entre 72 h et 120 h après un rapport non protégé (mais l'efficacité est moindre, en particulier au-delà de 96 h). Il convient alors d'avertir la femme que plus l'intervalle entre la prise de pilule et le rapport non protégé est long, plus l'efficacité de ces pilules diminue ;
 - ▶ posologie : il est préférable que la femme ingère 1,5 mg de LNG en une prise unique. Il est également possible qu'elle ingère le LNG en 2 prises de 0,75 mg espacées de 12 h.
- Peut-on fournir par avance à une femme des pilules pour la contraception d'urgence ?
 - ▶ on peut lui délivrer à l'avance une CU de sorte qu'elle puisse en disposer en cas de nécessité et qu'elle puisse les prendre dès que possible après un rapport non protégé.

Critères d'éligibilité à la contraception d'urgence (lévonorgestrel et DIU au cuivre)

Les critères d'éligibilité à la contraception d'urgence (lévonorgestrel et DIU au cuivre) selon l'OMS (5), le CDC (32) et le FSRH (33) figurent dans le tableau 11.

L'OMS et le CDC précisent les points suivants :

- DIU au LNG : son utilisation répétée est possible (catégorie 1). Si son utilisation est répétée, la femme a besoin d'être conseillée en matière de contraception. L'utilisation fréquemment répétée peut être nocive chez les femmes ayant une pathologie rangée dans la catégorie 2, 3 ou 4 pour les œstroprogestatifs ou les progestatifs.
- DIU au cuivre : il s'agit-là d'une méthode extrêmement efficace pour éviter toute grossesse. Un DIU au cuivre (DIU-Cu) peut être utilisé dans les 5 jours suivant un rapport sexuel non protégé pour la contraception d'urgence. Toutefois, lorsque l'on peut avoir une bonne estimation de la date de l'ovulation, le DIU-Cu peut être inséré au-delà de 5 jours après le rapport non protégé, le cas échéant, du moment qu'il n'est pas inséré plus de 5 jours après l'ovulation. Les critères d'acceptabilité de la pose normale d'un DIU-Cu s'appliquent également à la pose du DIU-Cu pour la contraception d'urgence.
- Rappeler que la contraception d'urgence ne protège pas contre les IST/VIH.

Tableau 11. Comparaison des critères d'éligibilité à la contraception d'urgence (lévonorgestrel et DIU au cuivre) produits par l'OMS (5), le CDC (32) et le FSRH (33)

	OMS		CDC		FSRH	
	LNG et pilule combinée	DIU cuivre	LNG et pilule combinée	DIU cuivre	Progestatif seul	DIU cuivre
Grossesse	NA	4	NA	4	NA	NA
	L'utilisation accidentelle d'une CU hormonale n'entraîne pas d'effets indésirables chez la mère, le déroulement de la grossesse ou le fœtus. Le DIU n'est pas indiqué pendant la grossesse, et ne doit pas être employé à cause du risque d'infection génitale grave et d'avortement septique spontané.		L'utilisation accidentelle d'une CU hormonale n'entraîne pas d'effets indésirables chez la mère, le déroulement de la grossesse ou le fœtus. Le DIU n'est pas indiqué pendant la grossesse, et ne doit pas être employé à cause du risque d'infection génitale grave et d'avortement septique spontané.		Ces méthodes ne sont pas abortives, et ne sont pas indiquées en cas de grossesse. L'utilisation accidentelle d'une CU progestative n'entraîne pas d'effets indésirables chez la mère, le déroulement de la grossesse ou le fœtus. Un DIU peut être inséré jusqu'à 5 j après le rapport non protégé ou si besoin jusqu'à 5 j après la date attendue d'ovulation (19 j dans un cycle régulier de 28 j).	
Allaitement	1	-	1	-	--	-
Post-partum (allaitement ou non)						

	OMS		CDC		FSRH	
< 21 j	-	-	-	-	NA	NA
≥ 21 j	-	-	-	-	1	4
≥ 4 semaines	-	1	-	1	1	1
					La CU n'est pas nécessaire avant 21 j post-partum (pas d'ovulation avant J21) ou chez la femme qui allaite exclusivement, aménorrhéique, avant 6 mois post-partum.	
Antécédent de grossesse extra-utérine	1	1	1	1	1	1
					Il ne semble pas y avoir un risque augmenté de grossesse ectopique après utilisation d'une CU.	
Tabac (quels que soient l'âge ou la consommation)	-	1	-	1	1	1
Hypertension artérielle						
- Systolique 140-159 ou diastolique 90-99	-	1	-	1	1	1
- Systolique ≥ 160 ou diastolique ≥ 100	-	1	-	1	1	1
- Pathologie vasculaire	-	1	-	1	1	1
- HTA bien contrôlée et mesurable	-	1	-	1	1	1
Antécédent de complication cardio-vasculaire sévère (cardiopathie ischémique, AVC, ou autre)	2	1	2	1	1	1
	La durée d'utilisation de la CU étant moindre que celles des contraceptions orales combinées ou des pilules progestatives, on peut s'attendre à ce qu'elle ait une incidence clinique moindre.		La durée d'utilisation de la CU étant moindre que celles des autres contraceptions hormonales, l'impact clinique attendu est moindre.		Il n'y a pas de preuve que la CU par progestatifs augmente le risque de maladie cardio-vasculaire.	

	OMS		CDC		FSRH	
Thrombose veineuse profonde (TVP)/embolie pulmonaire (EP)						
- Antécédent documenté TVP/EP	-	1	-	1	1	1
- TVP/EP actuelle	-	1	-	2	-	-
- TVP/EP actuelle sous anticoagulants	-	1	-	2	2	2
- Antécédents familiaux (1 ^{er} degré) quel que soit l'âge	-	1	-	1	1	1
- Chirurgie majeure	-		-			
- Avec immobilisation prolongée		1		1	1	1
- Sans immobilisation prolongée		1		1	1	1
- Chirurgie mineure sans immobilisation prolongée	-	1	-	1	1	1
- Immobilité sans lien avec la chirurgie (fauteuil roulant, maladie handicapante)	-	-	-	-	1	1
					<p>- TVP/EP actuelle sous anticoagulant : peu de données sur le risque de thromboembolie sous progestatifs oraux, mais les données existantes sont rassurantes.</p> <p>- Chirurgie majeure : inclut les interventions > 30 min. Les procédures avec un risque élevé de thromboembolie sont la chirurgie générale ou orthopédique, la chirurgie traumatique et la neurochirurgie.</p> <p>- Chirurgie mineure : inclut les interventions < 30 min ou des procédures comme l'arthroscopie du genou. La chirurgie de varice a un risque faible de thromboembolie.</p> <p>- Immobilité liée à une</p>	

	OMS		CDC		FSRH	
					hospitalisation pour un trauma aigu, à une maladie aiguë ou une paralysie est associée avec un risque élevé de thromboembolie.	
Hyperlipidémie connue	-	1	-	1	1	1
Céphalées						
Non migraineuses	-	1	-	1	1	1
Migraines avec ou sans aura	2	1	2	1	1	1
	La durée d'utilisation de la CU étant moindre que celles des contraceptions orales combinées ou des pilules progestatives, on peut s'attendre à ce qu'elle ait une incidence clinique moindre.		La durée d'utilisation de la CU étant moindre que celles des autres contraceptions hormonales, l'impact clinique attendu est moindre.		Il n'y a pas de preuve que la CU par progestatifs est risquée chez la femme ayant des migraines avec aura.	
Maladie trophoblastique gestationnelle						
Taux de bêta HCG en diminution ou indétectable	-	3	-	3	1	1
Taux de bêta HCG élevé ou maladie maligne	-	4	-	4	1	4
					Les maladies trophoblastiques gestationnelles incluent la mole hydatiforme, la mole invasive et les tumeurs trophoblastiques du site placentaire.	
Maladie du sein						
Masse non diagnostiquée	-	1	-	1	1	1
Tumeur bénigne	-	1	-	1	1	1
Antécédent familial de cancer ou porteur de mutations de gènes associés avec le cancer du sein (ex. : BRCA1)	-	1	-	1	1	1
Cancer du sein (antécédent ou actuel)	-	1	-	1	2	1

	OMS		CDC		FSRH	
Fibrome utérin						
Avec déformation de la cavité utérine	-	4	-	2	1	3
Sans déformation de la cavité utérine	-	1	-	2	1	1
Anomalies anatomiques						
Déformation de la cavité utérine (anomalie utérine congénitale ou acquise)	-	4	-	4	1	3
Autres anomalies (incluant sténose cervicale ou lacerations cervicales), sans déformation de la cavité utérine	-	2	-	2	1	2
Maladie inflammatoire de l'intestin	-	-	1	1	2	1
					Les méthodes orales peuvent être moins fiables en cas de malabsorption ou de résection du grêle. Ne sont pas affectées par une colectomie.	
Maladie hépatique sévère	2	1	2	1	1	1
	La durée d'utilisation de la CU étant moindre que celles des contraceptions orales combinées ou des pilules progestatives, on peut s'attendre à ce qu'elle ait une incidence clinique moindre.		La durée d'utilisation de la CU étant moindre que celles des autres contraceptions hormonales, l'impact clinique attendu est moindre.		La durée d'utilisation de la CU étant moindre que celles des autres contraceptions hormonales, l'impact clinique attendu est moindre.	
Porphyrie intermittente aiguë	-	-	-	-	2	1
					Les fluctuations naturelles d'œstrogènes et de progestérone semblent être associées avec des épisodes aigus plus souvent que les hormones exogènes. En cas de porphyrie aiguë, il faut bien évaluer le rapport bénéfice/risque avant prescription d'une CU progestative.	
Usage répété de CU progestative (dans le même cycle)	1	NA	1	NA	1	NA

	OMS		CDC		FSRH	
	En cas d'usage répété de CU hormonale, il est nécessaire de renseigner sur les autres méthodes contraceptives. L'utilisation répétée d'une CU hormonale peut être risquée chez les femmes ayant une pathologie rangée dans la catégorie 2, 3 ou 4 pour les contraceptifs combinés ou les progestatifs seuls.		En cas d'usage répété de CU hormonale, il est nécessaire de renseigner sur les autres méthodes contraceptives. L'utilisation répétée d'une CU hormonale peut être risquée chez les femmes ayant une pathologie rangée dans la catégorie 2, 3 ou 4 pour les contraceptifs combinés ou les progestatifs seuls.		En cas d'usage répété de CU progestative, il est nécessaire de renseigner sur les autres méthodes contraceptives, y compris la pose d'un DIU au cuivre. L'utilisation plus d'une fois par cycle d'une CU progestative est possible.	
Risque d'IST (en dehors du VIH)					1	1
Cervicite purulente en cours ou infection à <i>chlamydia</i> ou gonocoque en cours	-	4	-	4[2]		
Autres IST (sauf VIH et hépatite) ou vaginite	-	2	-	2		
Risque accru d'IST	-	2/3[2]	-	2/3[2]		
					Un DIU au cuivre peut être inséré pour une CU selon le résultat du prélèvement. Si le risque est élevé (femmes < 25 ans, changement de partenaire, 2 partenaires ou plus la dernière année), une antibiothérapie prophylactique (azithromycine ou doxycycline) peut être administrée pour protéger du <i>chlamydia</i> lors de l'insertion du DIU.	
Viol						
Haut risque d'IST	1	3	1	3		
Faible risque d'IST	1	1	1	1		
	Les DIU ne protègent ni contre les IST, ni contre le VIH, ni contre la MIP. Chez les femmes présentant une infection à <i>chlamydia</i> ou à gonocoques, il convient d'éviter le risque accru éventuel de MIP lié à		Les DIU ne protègent ni contre les IST, ni contre le VIH, ni contre la MIP. Chez les femmes présentant une infection à <i>chlamydia</i> ou à gonocoques, il convient d'éviter le risque accru éventuel de MIP lié à			

	OMS	CDC	FSRH	
	l'insertion d'un DIU. La crainte de cette éventualité est moindre en ce qui concerne les autres IST.	l'insertion d'un DIU. La crainte de cette éventualité est moindre en ce qui concerne les autres IST.		

CU : contraception d'urgence ; IST : infection sexuellement transmissible ; MIP : maladie inflammatoire pelvienne ;
 NA : non applicable.

5 Mises à jour

5.1 Mise à jour – Janvier 2015

5.1.1 Modification dans les fiches mémos suivantes :

- a. Contraception chez la femme adulte en âge de procréer (hors *post-partum* et post-IVG) – Juillet 2013
- b. Contraception chez la femme après une interruption volontaire de grossesse Juillet 2013
- c. Contraception chez la femme en *post-partum* – Juillet 2013
- d. Contraception chez l'adolescente – Juillet 2013

Le paragraphe :

« il est recommandé de prescrire en 1^{re} intention une pilule combinée contenant de la noréthistérone ou du lévonorgestrel contenant moins de 50 µg d'éthinylestradiol (pilules de 1^{re} ou 2^e génération). La littérature fait état d'une possible augmentation du risque thromboembolique veineux et artériel en fonction des doses d'éthinylestradiol. Les autres œstroprogestatifs (dont anneaux et patchs) ne devraient être réservés qu'aux cas d'intolérance aux pilules de 1^{re} ou 2^e génération et aux femmes pour lesquelles un autre type de contraception n'est pas possible ».

est remplacé par le paragraphe suivant :

« Les pilules de 3^e génération contenant du désogestrel ou du gestodène, et de 4^e génération contenant de la drospirénone, exposent à un risque accru d'accidents thromboemboliques par rapport aux pilules contenant du lévonorgestrel ; elles ne doivent pas être utilisées en première intention. Celles qui étaient remboursées ne le sont plus depuis le 31 mars 2013. La littérature fait état d'une possible augmentation du risque thromboembolique veineux et artériel en fonction des doses d'éthinylestradiol. Les autres œstroprogestatifs (dont anneaux et patchs) ne devraient être réservés qu'aux cas d'intolérance aux pilules de 1^{re} ou 2^e génération et aux femmes pour lesquelles un autre type de contraception n'est pas possible ».

5.1.2 Modification dans la fiche mémo : Contraception : prescription et conseils aux femmes –Juillet 2013

Le paragraphe :

« Chez les femmes utilisant une contraception œstroprogestative de 3^e ou 4^e génération, le surrisque thrombo-embolique veineux ne justifie pas un arrêt brutal de cette contraception jusque-là bien supportée. À l'issue de la prescription en cours, le prescripteur envisagera avec la femme une autre méthode contraceptive plus appropriée pour elle (autre contraceptif hormonal, dispositif intra-utérin, etc.). »

est remplacé par le paragraphe suivant :

« Chez les femmes utilisant une contraception œstroprogestative de 3^e génération contenant du désogestrel ou du gestodène, et de 4^e génération contenant de la drospirénone, le surrisque thrombo-embolique veineux ne justifie pas un arrêt brutal de cette contraception jusque-là bien supportée. À l'issue de la prescription en cours, le prescripteur envisagera avec la femme une autre méthode contraceptive plus appropriée pour elle (autre contraceptif hormonal, dispositif intra-utérin, etc.). »

5.1.3 Modification dans la fiche mémo : Contraception hormonale orale : dispensation en officine – Décembre 2013

Le paragraphe :

« Les pilules de 3e génération contenant du désogestrel ou du gestodène, et de 4e génération contenant de la drospirénone, exposent à un risque accru d'accidents thromboemboliques par rapport aux pilules contenant du lévonorgestrel ; elles ne doivent être utilisées désormais qu'en deuxième intention. Celles qui étaient remboursées ne le sont plus depuis le 31 mars 2013 »

Est remplacé par le paragraphe suivant :

« Les pilules de 3e génération contenant du désogestrel ou du gestodène, et de 4e génération contenant de la drospirénone, exposent à un risque accru d'accidents thromboemboliques par rapport aux pilules contenant du lévonorgestrel ; elles ne doivent pas être utilisées en première intention. Celles qui étaient remboursées ne le sont plus depuis le 31 mars 2013 »

5.2 Mise à jour – Juin et Juillet 2015

Des modifications concernant la contraception d'urgence ont été apportées dans les fiches mémo suivantes :

- « Contraception d'urgence » – Décembre 2013
- « Contraception d'urgence : dispensation en officine » – Décembre 2013

Le Norlevo[®] (lévonorgestrel, 1,5 mg) était jusqu'à présent le seul des deux médicaments contraceptifs d'urgence accessible avec prescription médicale facultative, donc sans ordonnance. Depuis avril 2015, EllaOne[®] est désormais également disponible selon les mêmes modalités d'accès que le lévonorgestrel (1,5 mg). La mise à disposition avec prescription médicale facultative d'EllaOne[®] permettra de faciliter l'accès à une contraception d'urgence, dans les 5 jours suivant le rapport sexuel, au lieu de 3 jours avec le lévonorgestrel (1,5 mg), même si la contraception d'urgence doit être prise le plus tôt possible. De plus, le pharmacien est souvent le premier (voire le seul) interlocuteur sollicité dans le cadre d'une demande ou d'un conseil sur la contraception d'urgence.

D'autre part, quelques modifications ont été apportées en 2014 sur les résumés caractéristiques des produits (RCP) de ces contraceptifs d'urgence. Notamment, une mise en garde concernant la perte d'efficacité supposée de la contraception d'urgence chez les femmes corpulentes a été très atténuée après un arbitrage de l'agence européenne du médicament.

De plus, la suppression de la mise en garde concernant l'utilisation répétée d'ulipristal acétate au cours d'un même cycle menstruel nous a amené à homogénéiser notre position sur cette question pour les deux contraceptifs d'urgence existants. L'utilisation répétée de la contraception d'urgence au cours d'un même cycle est possible mais n'est pas recommandée, pour des raisons de bon usage, quel que soit le contraceptif d'urgence utilisé. En effet, outre le risque d'échec supérieur de cette méthode par rapport à une contraception régulière et l'absence d'effets indésirables notoires observés, la notion d'urgence est contradictoire avec un usage répété.

Les objectifs principaux de la mise à jour de ces fiches mémo sont, concernant :

- la fiche « Contraception d'urgence » : de mettre son contenu en conformité avec les modifications apportées aux RCP d'EllaOne[®] et du lévonorgestrel (1,5 mg), et harmoniser le détail des modalités d'accès d'EllaOne[®] avec celles du lévonorgestrel (1,5 mg) ;
- la fiche « Contraception d'urgence : dispensation en officine » : de rééquilibrer cette fiche, jusqu'à présent essentiellement centrée sur la dispensation du lévonorgestrel, en apportant davantage d'informations sur l'ulipristal acétate, notamment sur les précautions d'emploi, les interactions médicamenteuses, les effets indésirables, l'allaitement, etc. ;

- ces deux fiches : d'homogénéiser, pour les deux contraceptifs d'urgence existants, le message vis-à-vis de leur utilisation répétée au cours d'un même cycle, en indiquant qu'elle est possible mais non recommandée.

5.3 Mise à jour – Octobre 2017

Le 18 septembre 2017, le fabricant de l'implant pour stérilisation tubaire Essure® a annoncé l'arrêt de sa commercialisation, dans tous les pays sauf les États-Unis. Ceci a conduit à la mise à jour des fiches mémos suivantes :

- « Stérilisation à visée contraceptive chez l'homme et chez la femme » ;
- « Contraception chez la femme adulte en âge de procréer (hors *post-partum* et post-IVG) » ;
- « Contraception chez la femme en *post-partum* » ;
- « Contraception chez la femme après une interruption volontaire de grossesse (IVG) ».

Pour la première fiche : « Stérilisation à visée contraceptive chez l'homme et chez la femme », les modifications réalisées sont :

- suppression de la mention de l'implant Essure® ;
- suppression de l'encadré « L'insertion d'un dispositif intratubaire ».

Pour les autres fiches mémo, la modification a porté sur la suppression de la mention de l'implant Essure®.

5.4 Mise à jour – Mars 2018

Des modifications concernant la prise en charge de la contraception chez l'adolescente ont été apportées dans les fiches mémo suivantes :

- Fiche mémo « Contraception chez l'adolescente » - Juillet 2013
- Fiche mémo « Contraception hormonale orale : dispensation en officine » - Janvier 2015
- Fiche mémo « Contraception estroprogestative transdermique ou vaginale : dispensation en officine » - Décembre 2013

Pour les adolescentes, une prise en charge gratuite et confidentielle est possible dans les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF). En dehors des CPEF, seuls les spécialités pharmaceutiques et dispositifs médicaux remboursables à visée contraceptive étaient pris en charge par l'assurance maladie, et donc délivrés gratuitement sur prescription pour les mineures de 15 à 18 ans en pharmacie.

Le décret n°2016-865 du 29 juin 2016 a supprimé la participation de l'assuré pour les frais liés à la contraception des mineures d'au moins 15 ans. Ces frais comprenaient les frais d'une consultation médicale annuelle, les frais d'analyse biologique relative à la prescription de la contraception, les frais d'une consultation de suivi ainsi que les frais de pose et de retrait d'un dispositif intra-utérin. Ils sont désormais pris en charge par l'assurance maladie.

L'enjeu est d'améliorer l'accès à la contraception chez les mineures d'au moins 15 ans en élargissant la prise en charge par l'assurance maladie des frais relatifs à cette contraception.

Par ailleurs, certains liens vers des sites institutionnels, placés en notes de bas de page dans les documents, sont devenus inactifs et ont été actualisés.

5.5 Mise à jour –Juillet 2019

L'ANSM a demandé que soit ajoutée dans les fiches mémo « Contraception chez l'adolescente » et « Contraception chez la femme adulte en âge de procréer (hors post-partum) », la notion de risque rare de migration pour le Nexplanon[®] (implant à l'étonogestrel, progestatif contraceptif) dans les vaisseaux sanguins et dans la paroi thoracique, suite à de nouvelles déclarations de cas de migration rapportés en pharmacovigilance. Cette notion est mentionnée dans une information de l'ANSM donnée aux professionnels de santé en 2016¹⁶, évoquant dix-huit cas de migration d'implants à l'étonogestrel. Des modifications du résumé des caractéristiques du produit de Nexplanon[®] ont été apportées afin d'inclure des informations sur le risque de migration de l'implant.

Par ailleurs, à cette occasion, une mise à jour de l'ensemble des fiches sur la contraception a été initiée par auto-saisine de la HAS et concerne les différents points ci-dessous.

L'intérêt d'avoir deux fiches distinctes pour la femme adulte en âge de procréer et pour l'adolescente a été remis en question. Bien qu'il existe des particularités chez l'adolescente, celle-ci est également en âge de procréer. Une fiche commune a donc été élaborée comportant notamment un paragraphe spécifique pour l'adolescente.

Les changements sociétaux survenus ces dernières années et la désaffection de la pilule contraceptive dite classique en faveur de la pilule dite « contraception d'urgence » incitent à davantage rappeler dans les fiches mémo que la pilule d'urgence n'est pas un moyen de contraception régulière.

Le remboursement récent de préservatifs sur prescription, suite à un avis¹⁷ rendu par la HAS en 2018, est une notion à ajouter dans les fiches mémo.

L'efficacité insuffisante des méthodes naturelles par rapport aux autres méthodes, particulièrement en cas d'irrégularité de cycle, est à souligner pour les femmes en période de périéopause et les adolescentes.

Compte tenu du taux d'échec élevé des méthodes barrières dans leur emploi courant, et notamment du risque de rupture de préservatif, il est utile d'informer les adolescentes de la nécessité de faire un test de grossesse si elles constatent un décalage d'apparition de leurs menstruations.

Enfin, certaines ressources internet citées, placées en notes de bas de page ou regroupés en fin de documents, ont été actualisées.

¹⁶ Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. [Nexplanon[®] : risque de migration dans les vaisseaux sanguins et dans la paroi thoracique. Lettre aux professionnels de santé. Saint-Denis: ANSM; 2016.](#)

¹⁷ Haute Autorité de Santé. [Avis de la Commission Nationale d'Évaluation des Dispositifs Médicaux et des Technologies de Santé \(CNEDiMTS\) – EDEN. Saint-Denis: HAS; 2018.](#)

Annexe 1. Recherche documentaire

► Méthode de recherche documentaire

La recherche documentaire a porté sur les recommandations concernant la contraception publiées en France ou à l'international entre janvier 2005 et mars 2013.

La base de données *Medline* a été interrogée avec la requête suivante :

Ont été également interrogées les sites internet des sociétés savantes et ceux publiant des recommandations, des rapports d'évaluation technologique ou économique :

- Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (France)
- *Agency for Healthcare Research and Quality/AHRQ* (États-Unis)
- *Guidelines International Network (International)*
- *Institute for Clinical System Improvement* (États-Unis)
- Institut National d'Excellence en Santé et en Services Sociaux (Canada)
- *National Health and Medical Research Council* (Australie)
- *National Institute for Health and Clinical Excellence* (Royaume-Uni)
- *National Osteoporosis Foundation* (États-Unis)
- *Singapore Ministry of Health* (Singapour)

► Critères de sélection des articles

La revue de la littérature a été limitée aux recommandations de bonne pratique (ou consensus d'experts) sur le thème de la contraception. N'ont pas été prises en compte les recommandations concernant la contraception en urgence.

► Résultats

Nombre références identifiées : 50

Nombre de références retenues : 56

Annexe 2. Efficacité des différentes méthodes contraceptives

Tableau 12. Efficacité contraceptive et taux d'abandon de la méthode après un an au États-Unis et en France, adapté de l'OMS (1)

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

Les taux publiés par l'OMS proviennent largement des États-Unis (Trussel 2011). Les taux pour la France sont issus de l'étude Cocon (Moreau 2007, Moreau 2009).

En fonction du taux de grossesse au cours de la 1^{re} année d'utilisation, la méthode est considérée par l'OMS comme : < 1 : très efficace ; 1 – 9 : efficace ; 10 – 25 : modérément efficace ; 26 – 32 : moins efficace.

* femmes uni/multipares : 26 ; femmes nullipares : 9.

† femmes uni/multipares : 32 ; femmes nullipares : 16.

‡ spermicide ou éponge.

§ méthode symptothermique : 0,4 ; méthode de l'ovulation : 3 ; méthode des 2 jours : 4 ; méthode des jours fixes : 5.

** les éponges spermicides ont été retirées du marché en mars 2013.

†† femmes uni/multipares : 20 ; femmes nullipares : 9.

‡‡ femmes uni/multipares : 24 ; femmes nullipares : 12.

§§ diaphragme avec spermicide.

*** tout type de DIU (cuivre et lévonorgestrel).

Références

Moreau C, Trussell J, Rodriguez G, Bajos N, Bouyer J. Contraceptive failure rates in France: results from a population-based survey. *Hum Reprod* 2007;22(9):2422-7.

Moreau C, Bouyer J, Bajos N, Rodriguez G, Trussell J. Frequency of discontinuation of contraceptive use: results from a French population-based cohort. *Hum Reprod* 2009;24(6):1387-92.

Organisation mondiale de la santé, École de santé publique Bloomberg, Agence des États-Unis pour le développement international. Planification familiale. Un manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier. Genève: OMS; 2011.

Annexe 3. Méthode d'élaboration des recommandations françaises ou internationales analysées

Tableau 13. Méthode d'élaboration des recommandations françaises ou internationales sur la contraception

Promoteur, pays, date de publication (année, mois), référence	Titres	Recherche méthodique de la littérature	Stratégie de recherche	Recueil de l'avis des professionnels	Recueil de l'avis des patients/usagers	Commentaires
American urological association, États-Unis, 2012 (30)	<i>Vasectomy : AUA guideline</i>	Oui	Période : 1949-août 2011 Bases : Medline, Popline Langue : anglaise	Oui GT pluridisciplinaire + GL Recueil des déclarations d'intérêt	NR	
The American College of Obstetricians and Gynecologists, États-Unis, 2012 (52)	<i>Risk of Venous Thromboembolism Among Users of Drospirenone-Containing Oral Contraceptive Pills</i>	NR	NR	NR	NR	Non retenue Modalités d'élaboration non renseignées.
Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, Royaume-Uni, 2012 (24)	<i>Barrier methods for contraception and STI prevention</i>	Oui	PubMed, MBASE Cochrane Library Période : 1996-2012	Oui GT multiprofessionnel international d'experts en planification familiale (cliniciens, épidémiologistes, décideurs, méthodologistes) Recueil des déclarations d'intérêts	NR	Recommandation sur les méthodes barrières pour la contraception et la prévention des IST : préservatif masculin, préservatif féminin, diaphragme, spermicides.
Michigan Quality Improvement Consortium, États-Unis, 2012 (53)	<i>Prevention of pregnancy in adolescents 12-17 years</i>	Oui	NR	NR	NR	Non retenue Méthode d'élaboration non renseignée.
The American College of Obstetricians and Gynecologists, États-Unis,	<i>Adolescents and long-acting reversible contraception : implants and intrauterine device</i>	NR	NR	NR	NR	Non retenue Modalités d'élaboration non renseignées.

Promoteur, pays, date de publication (année, mois), référence	Titres	Recherche méthodique de la littérature	Stratégie de recherche	Recueil de l'avis des professionnels	Recueil de l'avis des patients/usagers	Commentaires
2011 (54)						
Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, Royaume-Uni, 2011 (49)	<i>Emergency contraception</i>	Oui	Bases : MEDLINE (1996-2011), EMBASE (1996-2011), The Cochrane Library (to 2011) and the US National Guideline Clearing House	Oui GT multiprofessionnel d'experts en planification familial (gynécologues, pharmaciens, médecins généralistes, économiste, autres NR) Recueil des déclarations d'intérêts	Oui (dans le GT)	Méthodes incluses : DIU au cuivre, pilule au LNG, ulipristal acétate. Recommandation éditée en août 2011, actualisée juin-janvier 2012.
Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, Royaume-Uni, 2011 (8)	<i>Combined hormonal contraception. Clinical guidance</i>	Oui	PubMed, MBASE Cochrane Library Période : 1996-2011	Oui GT multiprofessionnel international d'experts en planification familial (cliniciens, épidémiologistes, décideurs, méthodologistes) Recueil des déclarations d'intérêts	NR	Cibles : toute contraception œstroprogestative combinée. Méthodes incluses : contraceptifs oraux, patch, anneau vaginal. 1 ^{re} version octobre 2011, actualisée août 2012.
The American College of Obstetricians and Gynecologists, États-Unis, 2011 (55)	<i>Long-acting reversible contraception : implants and intrauterine device</i>	Oui	Période : 1990-février 2011 Bases : Medline, the Cochrane Library Langue : anglaise	NR	NR	Non retenue Participation des professionnels et des usagers non renseignée Financement et conflits d'intérêt non renseignés.
Centers for disease control and prevention, États-Unis, 2010 (32)	<i>US medical eligibility criteria for contraceptive use 2010</i>	Oui	Bases : MedLine Période : NR	Oui GT (gynécologues, pédiatres, médecins généralistes, infirmières, épidémiologistes)		Méthodes incluses : contraception œstroprogestative combinée (contraceptifs oraux minidosés, patch, anneau vaginal, contraceptifs

Promoteur, pays, date de publication (année, mois), référence	Titres	Recherche méthodique de la littérature	Stratégie de recherche	Recueil de l'avis des professionnels	Recueil de l'avis des patients/usagers	Commentaires
						injectables), pilules progestatives, injections de progestatifs (acétate de médroxyprogestérone retard, énanthate de noréthistérone), implants au lévonorgestrel et à l'étonogestrel, pilules contraceptives d'urgence, stérilet au cuivre et au lévonorgestrel.
Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, Royaume-Uni, 2010 (40)	<i>Contraception for women aged over 40 years. Clinical guidance</i>	Oui	PubMed, MBASE Cochrane Library Période : 1996-2009	Oui GT multiprofessionnel international d'experts en planification familiale (cliniciens, épidémiologistes, décideurs, méthodologistes) Recueil des déclarations d'intérêts	NR	Cibles : femme en périménopause (40 ans). Méthodes incluses : contraception œstroprogestative combinée, contraceptions progestatives, méthodes non hormonales. Critères médicaux à la contraception d'éligibilité, arrêt de la contraception, hormonothérapie substitutive et contraception.
Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, Royaume-Uni, 2010 (31)	<i>Contraceptive choices for young people</i>	Oui	PubMed, MBASE Cochrane Library Période : 1996-2009	Oui GT multiprofessionnel international d'experts en planification familiale (cliniciens, épidémiologistes, décideurs, méthodologistes) Recueil des déclarations d'intérêt	NR	Avec <i>Young people</i> = cible RBP mineurs (< 18 ans) et jusqu'à 25 ans. Méthodes incluses : toutes. Points particuliers : • points légaux et éthiques spécifiques aux consultations des

Promoteur, pays, date de publication (année, mois), référence	Titres	Recherche méthodique de la littérature	Stratégie de recherche	Recueil de l'avis des professionnels	Recueil de l'avis des patients/usagers	Commentaires
						jeunes ; <ul style="list-style-type: none"> • informations des mineurs sur les avantages et effets secondaires ; • contraception et maladie IST ; • guide (suggestions de questions) pour le praticien pour l'entretien avec le mineur ; • questionnaire pour le praticien d'autoévaluation sur les RBP.
Royal college of obstetricians and gynaecologists, Royaume-Uni, 2010 (35)	<i>Venous thromboembolism and hormonal contraception</i>	Oui	Période : 1996-2009 Bases : Medline, Embase, the Cochrane Library, US National guideline clearing house Langue : anglaise	Oui GT + GL (spécialités non renseignées)	Oui (dans le groupe de lecture)	Méthodes incluses : méthodes hormonales combinées (oral, patch, anneau), méthodes progestatives (pilule, injection, implant, DIU).
Société française d'endocrinologie, France, 2010 (41)	<i>Contraception hormonale chez la femme à risque vasculaire et métabolique : recommandations de la Société française d'endocrinologie</i>	Oui	NR	Oui GT multiprofessionnel (endocrinologues, gynécologues, hématologues, épidémiologiste) Recueil des déclarations d'intérêt	NR	Méthodes incluses : toutes méthodes contraceptives hormonales, stérilets Adaptation des recommandations OMS 2009
Faculty of sexual and reproductive healthcare, Royaume-Uni, 2009 (33)	<i>UK medical eligibility criteria for contraceptive use</i>	Oui	Stratégie de recherche : NR Méthode de consensus formalisée à partir des recommandations OMS 2009	Oui (spécialités non renseignées)	NR	Méthodes incluses : contraception œstroprogestative combinée (contraceptifs oraux minidosés, patch, anneau vaginal, contraceptifs

Promoteur, pays, date de publication (année, mois), référence	Titres	Recherche méthodique de la littérature	Stratégie de recherche	Recueil de l'avis des professionnels	Recueil de l'avis des patients/usagers	Commentaires
						injectables), pilules progestatives, injections de progestatifs (acétate de médroxyprogestérone retard, énanthate de noréthistérone), implants au lévonorgestrel et à l'étonogestrel, pilules contraceptives d'urgence, stérilet au cuivre et au lévonorgestrel, méthodes mécaniques, méthodes naturelles, aménorrhée lactationnelle, coït interrompu, stérilisation féminine et masculine.
Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, Royaume-Uni, 2009 (34)	<i>Post natal sexual and reproductive health</i>	Oui	PubMed, Mbase Cochrane Library Période : 1996 à 2009	Oui GT multiprofessionnel international d'experts en planification familiale (cliniciens, épidémiologistes, décideurs, méthodologistes) Recueil des déclarations d'intérêts	NR	Cibles : femmes en post-partum (de la naissance à 24 semaines). Recommandation sur le bien-être postnatal, la contraception postnatale (choix, allaitement et contraception, etc.).
Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, Royaume-Uni, 2009 (33)	<i>UK medical eligibility criteria for contraceptive use</i>	Oui	Méthode de consensus formalisée à partir des recommandations OMS 2009	Oui (spécialités non renseignées)	NR	Méthodes incluses : contraception œstroprogestative combinée (contraceptifs oraux minidosés, patch, anneau vaginal), pilules progestatives, injections de progestatifs (acétate de médroxyprogestérone retard, énanthate de

Promoteur, pays, date de publication (année, mois), référence	Titres	Recherche méthodique de la littérature	Stratégie de recherche	Recueil de l'avis des professionnels	Recueil de l'avis des patients/usagers	Commentaires
						noréthistérone), implants au lévonorgestrel et à l'étonogestrel, pilules contraceptives d'urgence, stérilet en cuivre et au lévonorgestrel, méthodes mécaniques, méthodes naturelles, aménorrhée lactationnelle, coït interrompu, stérilisation féminine et masculine. Critères d'éligibilité aux différentes méthodes contraceptives, critères basés sur les critères UK Medical définis en 2006 et les critères de l'OMS 4 ^e édition 2008.
Groupe d'étude en hémostase et thrombose et Société française de médecine vasculaire, 2009 (42)	<i>Recommandations pour la recherche de facteurs biologiques de risque dans le cadre de la maladie thromboembolique veineuse : applications cliniques</i>	Oui	Recherche méthodique de la littérature de 1990 à 2009, bases Medline	GT + GL pluridisciplinaire (anesthésistes, biologistes, cardiologues, gynécologues-obstétriciens, hémostasiens, médecin généraliste, médecins vasculaires, méthodologiste, neurologue, pneumologue, psychologue).	Pas d'utilisateur	
OMS, 2009 (5)	<i>Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives</i>	Oui	Système d'inventaire en continu des données issues de la recherche (<i>Continuous Identification of Research Evidence – CIRE</i> ,	Oui GT multiprofessionnel international d'experts en planification familiale Recueil des déclarations d'intérêt	NR	Méthodes incluses : contraception œstroprogestative combinée (contraceptifs oraux minidosés, patch, anneau vaginal,

Promoteur, pays, date de publication (année, mois), référence	Titres	Recherche méthodique de la littérature	Stratégie de recherche	Recueil de l'avis des professionnels	Recueil de l'avis des patients/usagers	Commentaires
			www.infoforhealth.org/cire/cire_pub.pl , PubMed et Cochrane Library Période : 2004 à janvier 2008			contraceptifs injectables), pilules progestatives, injections de progestatifs (acétate de médroxyprogestérone retard, énanthate de noréthistérone), implants au lévonorgestrel et à l'étonogestrel, pilules contraceptives d'urgence, stérilet au cuivre et au lévonorgestrel, méthodes mécaniques, méthodes naturelles, aménorrhée lactationnelle, coït interrompu, stérilisation féminine et masculine. Actualisation de recommandations publiées en 2004. Document mis à jour en janvier 2010.
Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, Royaume-Uni, 2008 (15)	<i>Progesteron only implants</i>	Oui	NR dans le résumé (document, ancienne version)	Oui GT multiprofessionnel international d'experts en planification familial (cliniciens, épidémiologistes, décideurs, méthodologistes Recueil des déclarations d'intérêts	NR	Cibles : implants progestérone éditée en avril 2008, actualisée janvier 2009 (en raison de nouvelles données et changement RPC Implanon® de Sheering Plough en septembre 2008). Nouvelle actualisation

Promoteur, pays, date de publication (année, mois), référence	Titres	Recherche méthodique de la littérature	Stratégie de recherche	Recueil de l'avis des professionnels	Recueil de l'avis des patients/usagers	Commentaires
						prévue 2013.
Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, Royaume-Uni, 2008 (14)	<i>Progestogen pills only</i>	Oui	PubMed, MBASE Cochrane Library Période : 1996-2009	Oui GT multiprofessionnel international d'experts en planification familiale (cliniciens, épidémiologistes, décideurs, méthodologistes) Recueil des déclarations d'intérêts	NR	Cibles : pilule progestérone pour la femme en âge de gestation éditée en novembre 2008, actualisée juin 2009.
Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, Royaume-Uni, 2008 (18)	<i>Progestogen only injectable contraception</i>	Oui	PubMed, EMBASE Cochrane Library Période : 1996-2009	Oui GT multiprofessionnel international d'experts en planification familiale (cliniciens, épidémiologistes, décideurs, méthodologistes) Recueil des déclarations d'intérêts	NR	Méthodes contraceptives : progestatifs injectables : <ul style="list-style-type: none"> • Médroxyprogestérone acétate 1 (DMPA) ; • sauf indication contraire. énanthate de noréthistérone (NET-EN) ; recommandation éditée en novembre 2008, actualisée juin 2009.
Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, Royaume-Uni, 2007 (22)	<i>Intra uterine contraception</i>	Oui	PubMed, MBASE Cochrane Library Période : 1996-2007	Oui GT multiprofessionnel international d'experts en planification familiale (cliniciens, épidémiologistes, décideurs, méthodologistes) Recueil des déclarations d'intérêt	NR	Recommandation sur les méthodes intra-utérines : dispositif intra-utérin au cuivre (Cu-DIU), dispositif coaté ou non, dispositifs intra-utérin au lévonorgestrel (DIU-LNG).
Société des	<i>Directive clinique</i>	Oui	Période : 1977-mai 2007	Oui (spécialités non	NR	Non retenue en raison

Promoteur, pays, date de publication (année, mois), référence	Titres	Recherche méthodique de la littérature	Stratégie de recherche	Recueil de l'avis des professionnels	Recueil de l'avis des patients/usagers	Commentaires
obstétriciens et gynécologues du Canada, Canada, 2007 (56)	<i>canadienne de consensus sur la contraception hormonale continue et de longue durée 2007</i>		Bases : Medline, Cochrane Langue : anglaise	renseignées)		du financement Méthodes incluses : limité aux méthodes hormonales combinées continues ou de longue durée. Financement par Bayer, Janssen Ortho, Organon, Paladin, Pfizer, Wyeth.
NICE, Royaume-Uni, 2005 (3)	<i>Long acting reversible contraception (LARC)</i>	Oui	Période : jusqu'au 1 ^{er} février 2005 Bases : MedLine, Embase, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of systematic reviews, Database of abstracts of review of effects, Cumulative index to nursing and allied health literature, Health economic evaluations database	Oui GT multiprofessionnel (2 gynécologues, 1 urologue, 1 médecin de planning familial, 2 médecins généralistes, 2 infirmières) Recueil des déclarations d'intérêt	Oui (2 représentants de patients dans le GT)	Ne concerne que la contraception chez la femme. Méthodes incluses : stérilet au cuivre, progestatifs intra-utérins, progestatifs injectables, implants progestatifs. La recommandation a été réévaluée en 2011, pour définir les points à actualiser au regard des nouvelles données (89 études) : aucune recommandation n'a été modifiée à l'issue de l'évaluation.
OMS, 2005 (4)	<i>Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives</i>	Oui	Période : 2001-février 2004 Bases : Medline, popline	Oui GT multiprofessionnel international d'experts en planification familiale (cliniciens, épidémiologistes, décideurs, méthodologistes)	NR	Méthodes incluses : contraception œstroprogestative combinée (contraceptifs oraux contraceptifs injectables), pilules

Promoteur, pays, date de publication (année, mois), référence	Titres	Recherche méthodique de la littérature	Stratégie de recherche	Recueil de l'avis des professionnels	Recueil de l'avis des patients/usagers	Commentaires
				Recueil des déclarations d'intérêt		<p>progestatives, injections de progestatifs (acétate de médroxyprogestérone retard, énanthate de noréthistérone), implants au lévonorgestrel, pilules contraceptives d'urgence, stérilet au cuivre et au lévonorgestrel, vasectomie.</p> <p>Actualisation de recommandations publiées en 2002. Document mis à jour en 2008.</p>

MPR : médecins de médecine physique et de réadaptation ; NICE : *National Institute for Health and Clinical Excellence* ; NR : non renseigné ; OMS : Organisation mondiale de la santé.

Annexe 4. Commentaires des institutions, organismes professionnels et associations d'utilisateurs ayant lu les fiches

Liste des institutions, organismes professionnels et associations d'utilisateurs ayant lu les fiches et rendu un avis dans les délais impartis.

Institutions

- Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)
- Direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO)
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

Organismes professionnels ou autres

- Association française pour la contraception (AFC)
- Association française des urologues (AFU)
- Association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception (ANCIC)
- Association nationale des sages-femmes orthogénistes (ANSFO)
- Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française (CESPHARM)
- Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF)
- Collège national des sages-femmes (CNSF)
- Confédération nationale du mouvement français pour le planning familial
- Conseil national de diabétologie, d'endocrinologie et de maladies métabolique
- Conseil national de l'ordre des pharmaciens
- Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale
- Syndicat national des gynécologues obstétriciens français (SYNGOF)

Associations d'utilisateurs

- Association des victimes d'embolie pulmonaire (AVEP)
- Fédération nationale des familles rurales
- Union nationale des associations familiales (UNAF)

I FICHE MÉMO – CONTRACEPTION : PRESCRIPTION ET CONSEIL CHEZ LA FEMME**I. 1. COMMENTAIRES/FORME**

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires Éléments+/Éléments-</i>
<i>UNAF</i>	Lecture facile/Un peu long.
<i>Planning familial (confédération MFPP)</i>	Proposition : faire une fiche synthétique et globale qui reprenne ensuite les spécificités selon les situations, pour une plus grande lisibilité.
<i>Collège national des sages-femmes de France</i>	<p>Claire, structurée et synthétique.</p> <p>Rappel synthétique des fréquences de surveillance pour la majorité.</p> <p>Intégration des points importants à intégrer sans oublier l'aspect social & affectif.</p> <p>/</p> <p>Les grands types de signes d'appel des complications ne sont pas cités.</p> <p>Titres un peu longs – peut-être les simplifier ou les raccourcir.</p>
<i>CNPEDMM</i>	Fiche très claire.
<i>FNCGM</i>	<p>La rédaction générale est lourde avec des phrases longues.</p> <p>Les mêmes choses sont reprises sans nuances dans différentes fiches.</p> <p>Les fiches ne clarifient pas les réponses à proposer aux demandes de contraception.</p>
<i>ANCIC</i>	Insérer un chapitre « Un choix personnel et personnalisé » dans chaque fiche, en incluant la possibilité d'une information et aide au choix contraceptif par une équipe pluridisciplinaire notamment dans les CPEF.
<i>SYNGOF</i>	<p>Il est très satisfaisant de voir reconnus la complexité, le haut niveau de compétence et le temps nécessaires pour la conduite d'une consultation de contraception ; cette fiche sera très utile dans les négociations d'obtention d'un tarif revalorisé pour cette consultation, nous vous en remercions vivement.</p> <p>/</p> <p>Plusieurs points sont discutables et détaillés ci-dessous : le bilan biologique proposé, sa fréquence de renouvellement, le caractère systématique d'un bilan d'hémostase en cas d'ATCD d'ATE, la recherche de <i>chlamydia</i> qui doit être systématique pour certains, chez les jeunes de moins de 25 ans ; de telles fiches justifieraient de façon impérative que soient rediscuté largement le rapport de 2004 sur les choix contraceptifs ; il y a 9 ans. S'il y a eu rediscussion, les associations professionnelles n'en ont pas été informées.</p>
<i>ANSFO</i>	<p>Ajouter les liens internet aux différents documents évoqués.</p> <p>Manque un chapitre sur les règles de prescription des contraceptifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> – pour les médicaments contraceptifs, la délivrance peut être effectuée pour une durée de trois mois. Les renouvellements sont autorisés, à la condition qu'il en soit fait mention sur l'ordonnance et dans la limite d'un an de traitement. (décret n° 75-317 du 5 mai 1975 modifiant les articles R. 5148 et R. 5177 du Code de la santé publique art. 1). – Sont habilités à prescrire la contraception : <ul style="list-style-type: none"> – le médecin (surtout généraliste, gynécologue médical, gynécologue obstétricien) ;

Organismes	Commentaires <i>Éléments+ / Éléments-</i>
	<ul style="list-style-type: none"> - la sage-femme (loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 – art. 86 (VI)) sous réserve qu'elle adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique. Les sages-femmes peuvent prescrire tous les contraceptifs sous toutes leurs formes et voies d'administration, effectuer la pose de dispositifs intra-utérins, et la surveillance et le suivi biologique (loi du 29 décembre 2011 et arrêté du 12 octobre 2011). - L'infirmier (loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 – art. 88, loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 art. 41 III et décret n° 2012-35 du 10 janvier 2012 pris pour l'application des dispositions du quatrième alinéa de l'art. L. 4311-1 du Code de la santé publique) est autorisé à renouveler les prescriptions, datant de moins d'un an, de médicaments contraceptifs oraux qui ne figurent pas sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la Santé, sur proposition de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, pour une durée maximale de six mois, non renouvelable. « Art. D. 4311-15-1. – Lorsque l'infirmier ou l'infirmière procède au renouvellement d'une prescription de médicaments contraceptifs oraux dans les conditions prévues au quatrième alinéa de l'art. L. 4311-1 du Code de la santé publique, il ou elle inscrit sur l'original de l'ordonnance médicale les indications suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - son nom, son prénom et le numéro obtenu lors de l'enregistrement prévu à l'art. L. 4311-15 ; - la mention "Renouvellement infirmier" ; - la durée de ce renouvellement, exprimée en mois et qui ne peut excéder six mois ; - la date à laquelle ce renouvellement est effectué ». - Infirmiers surtout concernés : exerçant, notamment, dans les établissements de santé, les établissements d'enseignement du second degré, les services départementaux de protection maternelle et infantile, les centres de planification ou d'éducation familiale ou en libéral. - Le pharmacien (loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 – art. 89 et loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 art. 41 III et décret n° 2012-597 du 27 avril 2012 pour l'application des dispositions de l'art. L. 5125-23-1 du Code de la santé publique) peut dispenser les médicaments nécessaires à la poursuite du traitement de contraceptifs oraux, lorsque la durée de validité d'une ordonnance datant de moins d'un an est expirée, sauf s'ils figurent sur une liste fixée par un arrêté du ministre chargé de la Santé sur proposition de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, pour une durée supplémentaire non renouvelable de six mois. - NB : Certains moyens contraceptifs ne sont pas soumis à la prescription : les préservatifs, les spermicides, une des contraceptions d'urgence.
ANSM	<p>Suivi de la fiche mémo logique. Bonnes phrases clés en bandeau de paragraphe. / Information spécifique pas forcément évidente à trouver.</p>
CESPHARM	<ul style="list-style-type: none"> - Document très complet. - Structuration et intertitres. <p>/</p>

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires Éléments+/Éléments-</i>
	Contenu des paragraphes un peu dense : lisibilité ?
<i>Ordre national des pharmaciens</i>	Il serait nécessaire de numéroter les pages.
<i>Familles rurales Fédération nationale</i>	Dans l'intro vous faites référence aux femmes et aux hommes, dans la fiche le texte est essentiellement à destination des femmes. Pas d'info sur la remise d'informations écrites (doc, etc.) complémentaires : doc thématiques, renvoi vers des structures publiques adaptées à l'âge des femmes et des hommes en consultation (PIJ, planning familial, etc.).

I. 2. COMMENTAIRES/CONTENU

I. 2.1. Paragraphe « Un choix personnel et personnalisé »

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
<i>Planning familial (confédération MFPP)</i>	Ok. Y ajouter : la notion d'autonomie des femmes ; l'adhésion au moyen de contraception comme élément très important dans une démarche de contraception.
<i>Collège national des sages-femmes de France</i>	Notion d'information éclairée +++.
<i>FNCGM</i>	Quelle est la différence exacte entre « personnel » et « personnalisé » ?
<i>Association française pour la contraception</i>	L'implication du partenaire dans le choix de la contraception a en général des conséquences positives sur l'observance et l'acceptation de la méthode. Idée très vraie, mais la phrase semble donner le pouvoir à l'homme de décider de la contraception de sa partenaire. La femme est souveraine dans sa décision, d'autant que les partenaires peuvent changer. Aussi je propose « On peut s'enquérir sur l'avis de son partenaire sur la contraception »
<i>INPES</i>	la méthode contraceptive peut évoluer au fil de la vie et des situations rencontrées par la femme et/ou le couple.

I. 2.2. Paragraphe « Une consultation dédiée »

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
<i>Planning familial (confédération MFPP)</i>	Mais pas une consultation qui soit inquisitrice... Insister sur le fait que la personne est en bonne santé, et fait une démarche personnelle qui va nécessiter écoute, échange et dialogue, qu'il ne s'agit pas forcément de faire passer toutes les informations en une seule consultation.
<i>CNPEDMM</i>	Très bien.
<i>FNCGM</i>	C'est vraiment important.

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
<i>INPES</i>	Préciser que valable quel que soit l'âge de la femme (même pour adolescente).
<i>AVEP</i>	<ul style="list-style-type: none"> - « Une femme qui consulte pour une première demande contraceptive doit bénéficier d'une consultation uniquement dédiée à ce motif ». Rajouter : <u>Une démonstration à l'aide de supports dédiés doit accompagner les explications sur les différentes contraceptions. La patiente doit pouvoir matérialiser visuellement chaque type de contraception (DIU, plaquette de pilule, implant, anneau, etc.). Une démonstration de l'application d'un préservatif doit être présentée. Adresser le conjoint/partenaire à son médecin traitant pour que lui soit délivré les mêmes informations et lui soit proposé une démonstration de l'application d'un préservatif.</u> - « En cas d'impossibilité (en cas d'urgence par exemple), programmer à court terme une consultation entièrement dédiée ». Rajouter : <u>Proposer au conjoint de se joindre à la consultation pour l'explication sur les différentes méthodes et les démonstrations, ou l'adresser à son médecin traitant dans le même objectif.</u>
<i>Familles rurales Fédération nationale</i>	« Connaissances et la compréhension de la personne » = les connaissances de la personne et ses capacités à comprendre le sujet.

I. 2.3. Paragraphe « Une consultation essentielle dans la démarche d'aide au choix »

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
<i>UNAF</i>	Le professionnel doit aussi tenir compte du souhait de la patiente (le dire dès la première phrase).
<i>Planning familial (confédération MFPP)</i>	choix = information complète et objective sur toutes les méthodes, y compris celles qui nous paraissent moins efficaces, mais qui peuvent être choisies en raison de critères personnels. Évaluer attentes, besoins, connaissances, habitudes de vie, dont prise en charge financière et confidentialité.
<i>Collège national des sages-femmes de France</i>	Ajouter la question des changements de vie (stress et préoccupations éventuelles). Quelle est l'entente dans le couple ? Qui peut être un facteur de risque de défaut d'observance en cas de mécontentement ou, au contraire, peut ouvrir sur une consultation pré-conceptionnelle en cas de projet de grossesse dans les mois à venir, en anticipant les rattrapages de vaccination notamment.
<i>CNPEDMM</i>	Très bien.
<i>Association française pour la contraception</i>	« (et éventuellement de celles de son partenaire) », à supprimer.
<i>INPES</i>	Remplacer « choisie » « par identifiée », « préférée ».
<i>ANCIC</i>	Langage peu adapté au public médical.
<i>SYNGOF</i>	Supprimer : se fera sur le modèle d'une démarche éducative de type Bercher de l'OMS2 et, cette fiche est destinée à des professionnels de santé, et la suite est suffisamment explicite sans avoir besoin de se référer à des modèles inconnus des utilisateurs de la fiche.
<i>ANSFO</i>	« Conseiller et/ou prescrire la méthode choisie par la personne, la plus adaptée et acceptable pour elle en fonction de sa situation affective et de ses préférences (et éventuellement de

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
	<p>celles de son partenaire), de son état de santé et du rapport bénéfices/risques des différentes méthodes, et de la possibilité pour elle d'adhérer à la méthode en fonction de sa situation ».</p> <p>La précision « sur les préférences éventuelles de son partenaire » ne respecte pas le respect du principe d'indisponibilité du corps humain et de la non-marchandisation du corps des femme ».</p>
<i>CESPHARM</i>	<p>La démarche éducative de type Bercher de l'OMS est essentielle lors de la consultation médicale, mais peut être plus largement promue lors de tout entretien entre la femme et un professionnel de santé en matière de contraception.</p> <p>Une formation des professionnels à cette démarche éducative et au « savoir être » en contraception est nécessaire. Ceci s'intègre dans les orientations nationales du DPC des professionnels de santé pour 2013 : « Contribuer à l'amélioration de la relation entre professionnels de santé et patients » : « Développement de l'information et de l'autonomie du patient ».</p>
<i>Ordre national des pharmaciens</i>	<p>On pourrait ajouter un 3^e point :</p> <p>« Le professionnel de santé devra sensibiliser la patiente à anticiper ses renouvellements d'ordonnance pour ne pas interrompre son traitement contraceptif s'il s'agit d'une méthode hormonale ».</p>

I. 2.4. Paragraphe « Un premier entretien clinique dont le champ est large tant au plan médical qu'au plan du vécu de la femme au moment où elle souhaite utiliser une contraception »

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
<i>Planning familial (confédération MFPP)</i>	<p>Attention à ne pas être intrusif : par exemple, il est important de savoir si une femme a déjà eu des enfants ou fait une IVG. N'est-il pas obligé de demander lors d'une première consultation combien a-t-elle subi d'IVG ? Combien d'enfants ? etc. Laisser le choix.</p>
<i>CNPEDMM</i>	Très bien
<i>SYNGOF</i>	<p>Ajouter dans : antécédents familiaux d'accidents thromboemboliques veineux ou artériels au 1^{er} degré (et âge de survenue et si possible circonstances de survenue) : migraine avec ou sans aura.</p> <p>Cancer du sein : à remplacer par « cancers (hormonaux-dépendants [sein] ou augmentant le risque thromboembolique) ».</p>
<i>ANSFO</i>	<p>- Évaluer avec la femme le degré d'efficacité souhaitée de la contraception : si une grossesse survient, sera-t-elle non souhaitée d'emblée ? Sera-t-elle acceptée (espacement des naissances) ?</p> <p>« Âge, profession, habitudes de vie (tabac, pratiques addictives, pratiques sexuelles [risque infectieux]), éventuelle méthode de contraception utilisée jusque-là (Incidents ? Échecs contraceptifs ? Vécu ? Problèmes d'observance ?), date des dernières règles ».</p> <p>« Nombre d'enfants, de fausses couches et d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) ».</p> <p>+ Interruption Médicale de Grossesse (IMG), Mort Fœtale In Utero (MFIU) :</p> <p>« antécédents familiaux d'accidents thromboemboliques veineux ou artériels (et circonstances de survenue), hypertension artérielle (HTA), diabète, dyslipidémie AVANT 60 ans ».</p> <ul style="list-style-type: none"> • S'ASSURER de : <ul style="list-style-type: none"> • L'ABSENCE DE GROSSESSE en cours ;

Organismes	Commentaires		
	<ul style="list-style-type: none"> • L'ABSENCE d'ALLAITEMENT MATERNEL en cours ; • L'ABSENCE d'ALLERGIE(S) ; • L'ABSENCE de violences subies physiques, psychologiques, sexuelles (actuelles et passées). <p>Voici la grille d'éligibilité aux œstroprogestatifs qui permet avec le professionnel de santé ou par auto-évaluation de rechercher une contre-indication éventuelle aux œstroprogestatifs.</p> <p>Document réalisé par le D^r F. TOURMEN</p>		
	<p>Pour faciliter la recherche des contre-indications éventuelles aux œstroprogestatifs,</p> <p><i>Une seule réponse positive en contre-indique la prescription.</i></p>	OUI	NON
	<p>Avez-vous plus de 35 ans <u>et</u> fumez-vous ?</p>		
	<p>Êtes-vous régulièrement suivie pour un problème important de santé ? (diabète, problème de rein, maladie inflammatoire intestinale, greffe d'organe, cancer du sein).</p>		
	<p>Vous a-t-on déjà trouvé au moins 1 fois la tension artérielle trop élevée ? (supérieure à 14/9).</p>		
	<p>Avez-vous ou avez-vous eu de graves problèmes de cœur ou de vaisseaux sanguins ?</p> <p>(infarctus, paralysie, phlébite, embolie pulmonaire, malformation)</p>		
	<p>Y a-t-il de graves problèmes de cœur ou de vaisseaux sanguins dans votre famille proche et avant 60 ans ?</p> <p>(infarctus, paralysies, phlébites, embolies pulmonaires).</p>		
	<p>Avez-vous ou avez-vous eu un problème de foie ?</p> <p>(jaunisse, hépatite, cirrhose, tumeur).</p>		
	<p>Avez-vous souvent des migraines ? (fort maux de tête, souvent d'un seul côté, augmentée par la lumière ou le bruit, parfois accompagnés de nausées ou de picotements, troubles de la vue).</p>		
	<p>Allaitiez-vous ?</p>		
	<p>Avez-vous eu des problèmes de diabète, foie, tension artérielle trop élevée pendant une grossesse récente ?</p>		
	<p>Prenez-vous des médicaments pour l'épilepsie ? La tuberculose ?</p>		
	<p>Prenez-vous des médicaments pour le SIDA ou un traitement qui diminue la défense du corps ?</p>		
	<p>Pensez-vous être enceinte ? Répondre OUI si vous avez :</p> <ul style="list-style-type: none"> • des signes de grossesses ; • des règles qui remontent à plus de 4 semaines ; • eu des rapports sexuels sans préservatif, un préservatif qui a glissé ou craqué depuis les dernières sans prendre de contraception d'urgence. 		

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
	+ Tableau récapitulatif du coût et des taux de remboursement des différents contraceptifs.
<i>ANSM</i>	Harmoniser la forme : [IST] et [GEU] alors que (HTA) et (IVG).

I. 2.5. Paragraphe « Un examen clinique et biologique visant à rechercher des contre-indications mais également à faire de la prévention »

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
<i>UNAF</i>	Dire ce qu'est un DIU ?
<i>Planning familial (confédération MFPP)</i>	Même si la notion de cholestérolémie est remise en cause.
<i>Collège national des sages-femmes de France</i>	Préciser notamment pour les femmes de moins de 25 ans dans le paragraphe recherche d'IST avant pose d'un DIU.
<i>CNPEDMM</i>	Très bien.
<i>ANCIC</i>	Commencer par : en cas d'antécédent familial, etc., puis dosage glycémie, cholestérolémie, triglycémie 3 à 6 mois après le début de la contraception orale, etc.
<i>SYNGOF</i>	<p>Inverser et modifier le premier paragraphe :</p> <p>L'examen gynécologique n'est pas obligatoire lors de la première consultation, et peut être expliqué puis programmé pour une consultation ultérieure, notamment lorsqu'il s'agit d'une adolescente.</p> <p>L'examen des seins et l'examen gynécologique (avec frottis du col utérin à partir de 25 ans) visent à dépister des cancers ou leurs précurseurs chez les femmes plus âgées (désolé, mais on ne prévient pas le cancer du sein, on le dépiste...).</p> <p>Le bilan biologique proposé est illogique, il doit comprendre les fractions LDL et calcul HDL, puisque les recommandations de non-prescriptions des COC sont basées sur le taux de LDL ; il doit être prescrit plus souvent que tous les 5 ans, en cas de facteurs de risque de diabète ou d'hyperlipidémie tels des antécédents familiaux ou l'obésité.</p> <p>Le bilan d'hémostase n'est pas nécessaire, et sera à discuter au cas par cas si antécédents personnels ou familiaux thromboemboliques.</p>
<i>AVEP</i>	<ul style="list-style-type: none"> - « Bilan biologique » : Bilan biologique avant toute prescription avec ou sans antécédent, car les antécédents ne sont pas toujours connus. - « un bilan d'hémostase n'est pas nécessaire sauf en cas d'antécédent personnel ou familial de maladie thromboembolique » : Parler obligatoirement de cette possibilité à la patiente. Elle doit avoir le choix de le faire ou non, avant toute prescription. Ne pas communiquer sur cette possibilité est de la rétention d'information, quand on sait que 10 % de la population est concernée. Cela serait utile pour toute la vie en cas d'opérations chirurgicales, d'immobilisations, de grossesses, de vols aériens, et pas uniquement pour une indication contraceptive. On parle bien de proposer un médicament à des femmes en bonne santé, toutes les précautions doivent être prises. - Préciser quels tests sont à faire pour un bilan d'hémostase. Le bilan biologique est insuffisant : il ne concerne que les problèmes de diabète (glycémie) et les dyslipidémies (cholestérol – triglycérides) qui sont des tueurs lents. Ne sont pas

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
	<p>considérés les problèmes de coagulation qui sont des tueurs rapides.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il manque en amont de la prescription une proposition (au minimum) de bilan de thrombophilie. Même si les parents n'expriment pas de phlébite d'origine biologique, chaque individu est unique par définition, et va exprimer une réaction qui lui est propre. En pratique au premier degré, c'est la personne qui va recevoir la pilule qu'il faut dépister. Le risque familial ne fait que confirmer le risque de l'individu. - Dans tous les cas, si on se réfère à la fiche Vidal, les anomalies génétiques de la coagulation sont une contre-indication, le prescripteur reste légalement responsable s'il ne les a pas recherchées, et que cela se passe mal. Le bilan d'hémostase est légalement obligatoire. - En aval de la première prescription, il manque le dosage des D-dimères à 1, 3, 6, 9 et 12 mois et devant toute altération de l'état général. - Le bilan à 5 ans n'est justifié que si tout va bien. - Attendre 3 à 6 mois pour le premier bilan nous semble très insuffisant et dangereux, aux vues des nombreux cas que nous avons pu recenser dès le 1^{er} mois d'utilisation.
<i>ANSM</i>	<i>C.Trachomatis et N. Gonorrhoea.</i>

I. 2.6. Paragraphe « Des informations à donner à la femme sur les méthodes existantes et sur la façon d'utiliser la méthode choisie »

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
<i>Planning familial (confédération MFPP)</i>	Paragraphe « Des informations à donner à la femme sur toutes les méthodes existantes et sur la façon d'utiliser la méthode choisie ».
<i>Collège national des sages-femmes de France</i>	<p>En préambule, il faut évoquer avec elle sa connaissance de la physiologie, des différentes méthodes contraceptives, les risques de grossesse non désirée, etc. (« recadrage cognitif »).</p> <p>Paragraphe sur la méthode de rattrapage : Ajouter que la prescription concomitante d'une contraception d'urgence lors de toute consultation de contraception, particulièrement en cas de prescription d'une contraception orale ou d'utilisation d'une méthode soumise à une observance stricte (puisque participe au rattrapage des oublis).</p>
<i>CNPEDMM</i>	Très bien.
<i>FNCGM</i>	Il n'est pas fait mention de l'information à recueillir sur les contraceptions antérieures qui peuvent baliser la route vers un autre choix.
<i>Association française pour la contraception</i>	Nécessité de signaler à son médecin la prise d'une contraception hormonale en cas de traitement intercurrent (risque d'interaction médicamenteuse Les femmes doivent savoir qu'elles doivent prévenir leurs médecins, chirurgiens, anesthésistes en cas d'intervention chirurgicale, immobilisation prolongée et de longs voyages en avion.
<i>INPES</i>	Comment se prend la pilule ? Comment se posent le patch ou l'anneau ?, etc.
<i>ANCIC</i>	Ajouter conseillère conjugale et familiale aux professionnels ; informer sur les prix et le remboursement des produits.
<i>AVEP</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Faire un tableau synthèse sur l'efficacité réelle des méthodes, les contre-indications, les effets secondaires, le coût. - Rappeler les symptômes des TVP et AVC.

Organismes	Commentaires
	<ul style="list-style-type: none"> - Il manque un rappel sur les phlébites symptomatiques (œdème, douleur de jambes, etc.), mais aussi sur les localisations atypiques avec expression spécifique (membres supérieurs, pelviennes, céphaliques) d'expression symptomatique ou asymptomatique initial. - Il manque un distinguo entre thromboses veineuses et thromboses artérielles (AVC). - Présenter les méthodes par ordre d'efficacité contraceptive (DIU avant pilule), préciser toutes les méthodes qui sont hormonales, y compris le DIU au LNG et leur génération. - « Information sur les méthodes contraceptives : [...] effets indésirables possibles » : Rajouter entre parenthèses : <u>(de confort et les plus graves)</u>. - « En fonction de la méthode choisie, information sur les symptômes [...] » : Rajouter entre parenthèses : <u>(d'inconfort et de complications graves en particulier les risques thromboemboliques qui doivent conduire à consulter d'urgence)</u>. - « Nécessité de signaler à son médecin la prise d'une contraception hormonale en cas de traitement intercurrent (risque d'interaction médicamenteuse) » : Préciser les cas les plus courants (antibiotique par exemple) : attention à l'automédication ! <p>« Information sur les méthodes contraceptives [...] Conseiller à la femme de consulter un professionnel de santé [...] » compte tenu du peu de formation sur la contraception de certains professionnels de santé (infirmières, sages femmes, par exemple) et que la majorité des informations acquises proviennent d'informations tronquées et orientées des visiteurs des laboratoires pharmaceutiques, ne faut-il pas restreindre les catégories?</p>
ANSFO	<p>+ Risques en cas de diarrhées, vomissements, possibles <i>spottings</i> les premiers mois.</p> <p>+ Information en cas de chirurgie programmée, d'immobilisation prolongée ou voyage en avion long.</p> <p>L'utilisation de support(s) écrit(s) à remettre à la femme ou au couple sur les différentes méthodes contraceptives (+ liens utiles internet pertinents) et la démonstration des différents moyens (placebo) à faire toucher/appréhender peuvent être utile pour l'élaboration du choix contraceptif.</p> <p>« Comment se prend la pilule choisie » + comment utiliser le patch et l'anneau vaginal œstroprogestatif ?</p> <p>« Efficacité (optimale et en utilisation courante), contre-indications, risques et effets indésirables possibles, procédure pour l'instauration et l'arrêt (ou le retrait), coût, remboursement [...] ».</p> <p>mécanismes d'action (si on comprend comment ça marche, on accepte mieux les effets secondaires indésirables, on gère mieux les oublis, etc.).</p> <p>« Information sur les IST/SIDA »</p> <p>+ comment et où réaliser un dépistage (possibilité d'anonymat et de gratuité) ?</p> <p>« La prévention par les préservatifs (masculin et féminin) ».</p> <p>+ Carré de latex ;</p> <p>+ Intérêt de l'utilisation de gel lubrifiant à base d'eau.</p> <p>« Si la femme ou le couple évoquent des idées reçues fausses sur la contraception ou la sexualité », savoir démentir et expliquer le pourquoi.</p> <p>Le consentement mutuel, principe de base de toute sexualité épanouie, non traumatique, peut être rappelé lors de l'évocation des pratiques sexuelles.</p>
ANSM	Coût.

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
<i>CESPHARM</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Il paraît en effet important d'informer la femme des ressources possibles en matière d'information sur la contraception notamment pharmacien, sage-femme, infirmière, centre de planification et d'éducation familiale. - Informer la femme de la possibilité d'un renouvellement de contraceptifs oraux pour 6 mois par le pharmacien ou l'infirmier(ère), sur présentation d'une ordonnance expirée mais datant de moins d'un an (décret n° 2012-883 du 17 juillet 2012, décret n° 2012-35 du 10 janvier 2012). - Rappeler qu'une contraception hormonale, <u>quelle qu'en soit la forme</u> (pilule, patch, anneau, implant, etc.) <u>est un médicament</u> : <ul style="list-style-type: none"> - qu'il faut signaler aux professionnels de santé si prise d'un autre traitement (risque d'interactions médicamenteuses), en cas d'immobilisation prolongée, intervention chirurgicale, etc. ; - qui présente, comme tout médicament des bénéfices, mais également des risques et que ce risque est individuel, spécifique à chaque utilisatrice et susceptible d'évoluer dans le temps. - Informer sur les effets indésirables potentiels et la conduite à tenir en cas d'apparition de ces effets indésirables, afin d'éviter des arrêts intempestifs de traitement.

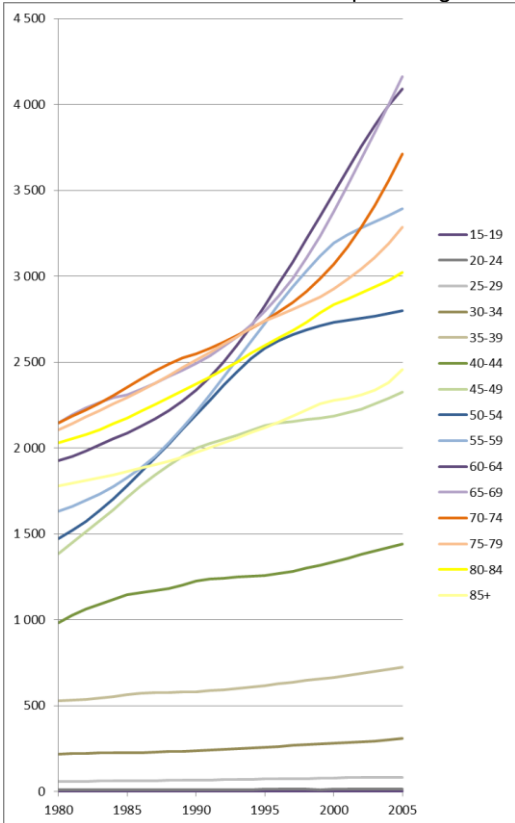
I. 2.7. Paragraphe « Un suivi visant à évaluer adéquation de la méthode choisie, observance, tolérance et satisfaction de la femme »

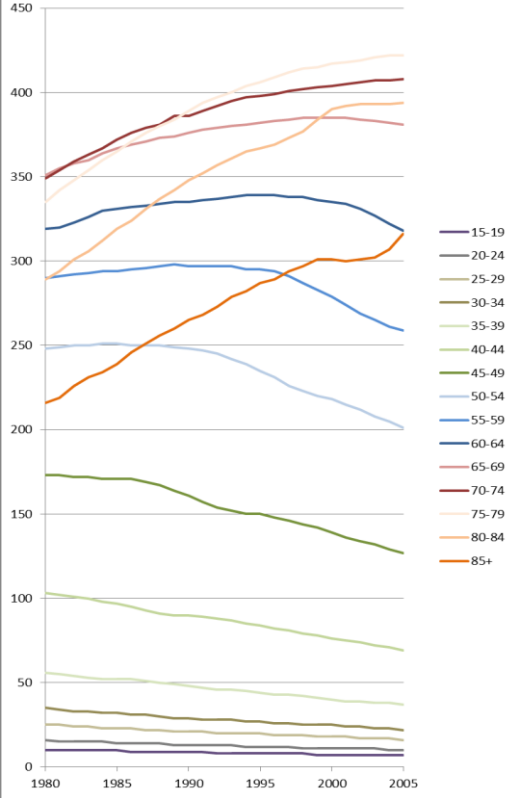
<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
<i>UNAF</i>	Il manque un « p » à la dernière phrase du 3 ^e §.
<i>Collège national des sages-femmes de France</i>	<p>Paragraphe « Modifications de situation personnelle » : Rechercher les changements de vie et l'entente dans le couple.</p> <p>Toujours rappeler pour les femmes tabagiques la possibilité d'une aide thérapeutique au sevrage.</p> <p>Relever que le premier bilan biologique, hors facteur de risque, est à réaliser entre 3 et 6 mois après le début d'une COP, puis si normal, tous les 5 ans.</p> <p>Penser au rattrapage éventuel des vaccinations.</p>
<i>CNPEDMM</i>	Très bien.
<i>INPES</i>	Parler de dépistage du VIH plutôt que du Sida.
<i>ANCIC</i>	Contraception d'urgence le plus rapidement ; supprimer « si besoin » pour l'examen gynécologique ; au sujet du frottis « le plus souvent à partir de 25 ans ».
<i>SYNGOF</i>	Il est impossible de programmer une consultation systématique à 3 mois, vu la démographie médicale (ou de sages-femmes) actuelle dans plusieurs régions ; si le but est de faire prendre la tension artérielle à 3 mois, préconiser plutôt la prescription d'une prise de TA par une IDE.
<i>AVEP</i>	<ul style="list-style-type: none"> - « Prendre en compte les modifications de situation personnelle, médicale, affective et sociale qui pourraient modifier l'adéquation de la méthode » : Rajouter : <u>Inciter la femme à consulter en dehors de la visite annuelle en cas de changement de situation.</u> - « Suivi médical : interroger sur les problèmes de santé survenus depuis la dernière consultation et sur la prise de médicaments » : Rajouter un point : <u>Rechercher les symptômes évocateurs de complications thromboemboliques et test</u>

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
	<p>du D-Dimères si doute.</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Programmer la consultation suivante » : Rajouter : <u>Réévaluer chaque année, l'adéquation entre la situation personnelle de la patiente et son mode de contraception, et lui rappeler les autres méthodes possibles dans sa situation. La période de surveillance rapprochée d'un an vaut pour chaque changement ou reprise après un arrêt de contraception hormonale.</u>
<i>ANSFO</i>	<p>« Suivi médical » :</p> <p>+ interroger sur la survenue éventuelle d'effets secondaires indésirables et sur le degré d'acceptabilité de la femme.</p> <p>« Évaluer l'observance (si contraception orale) » :</p> <p>+ observance des patchs, des anneaux vaginaux.</p> <p>« Frottis cervico-utérin : 2 frottis à 1 an d'intervalle puis tous les 3 ans à partir de 25 ans » :</p> <p>+ SI NORMAL.</p>
<i>ANSM</i>	Le p lus rapidement possible.
<i>Ordre national des pharmaciens</i>	3 ^e point « utilisation de la contraception le plus rapidement possible ». Il manque le « p » à plus.
<i>Familles rurales Fédération nationale</i>	D'urgence le plus rapidement possible.

I. 3. AUTRES COMMENTAIRES

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
<i>Planning familial (confédération MFPP)</i>	Intégrer dans la notion d'efficacité a bonne observance qui dépend de l'adhésion de la personne à la méthode choisie et qu'il peut y avoir des périodes d'essai et de doute !
<i>FNCGM</i>	Aucune place pour une décision « en couple », il semble toujours s'agir d'un choix individuel.
<i>ANCIC</i>	Possibilité d'une coprescription de contraception d'urgence avec les contraceptions orales et les contraceptions barrières. Informer de la possibilité de démarrer une contraception orale sans attendre le début des règles (modalités du <i>Quick-Start</i>)
<i>SYNGOF</i>	De façon générale, on a l'impression en corrigeant ces fiches que l'on nous demande de mettre la charrue avant les bœufs. Les organisations professionnelles sont surprises d'apprendre qu'un document de recommandations est en cours de réalisation. La dernière datant de 9 ans, avait été largement discutée. Les études disponibles actuellement demanderaient que soient repesés les bénéfices risques des contraceptions de façon large. Un nouveau rapport avec un groupe de discussion large semble donc indispensable, afin que soient intégrées les données récentes. La relecture des fiches aurait du être un complément, une fois ce rapport réalisé. Nous ne pouvons que déplorer la méthode, qui nous oblige à mettre ici des commentaires qui n'ont rien à faire dans la discussion de ces fiches.

Organismes	Commentaires
	<p>Quatre exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les recommandations sur les 1^{res} générations sont illogiques, puisqu'elles augmentent statistiquement le risque d'IDM par rapport aux 2^e générations, mais ce n'est que le risque veineux qui a été pris en compte. - Plusieurs recommandations sont discutables, en particulier pour des méthodes peu efficaces, et entrent en conflit avec le but affiché de diminuer les taux d'IVG en France. - Enfin, le rapport bénéfices-risques des contraceptifs oraux combinés et des progestatives pures n'est pas abordé dans ces recommandations. Pourtant, il demande une réévaluation, du fait : <ul style="list-style-type: none"> - de la méta-analyse de la <i>Collaborative group</i> en 2008 (diminution de 50 % de l'incidence et de 70 % de la mortalité par cancer de l'ovaire jusqu'à 20 ans après l'arrêt des COC et progestatives pures) ; - des méta-analyses sur l'association de l'utilisation des COC et progestatives pures et du cancer du sein (augmentation de l'incidence sans augmentation de mortalité, en utilisatrices en cours pour les COC pas d'augmentation pour les progestatifs purs, pas d'augmentation retrouvée après 40 ans (<i>Collaborative Group, Marchbanks 2004</i>)). <p>Pour rappel, la diminution de l'incidence actuelle des cas de cancers de l'ovaire pour les cohortes d'âge de moins de 65 ans a été attribuée en grande partie à l'utilisation de contraceptifs oraux par la <i>Collaborative Group</i>, (pour info : les données INVS sur l'évolution de l'incidence du cancer du sein par catégories d'âge).</p>  <p>K ovaire.</p>

Organismes	Commentaires
	 <p data-bbox="408 1061 488 1088">K sein.</p> <p data-bbox="408 1122 1407 1352">- la HAS, dans sa branche évaluation des médicaments pour remboursement ne peut-elle pas se rapprocher des laboratoires qui commercialisent la micropilule au désogestrel pour mettre en place une procédure de remboursement ? Cette pilule semble apporter un bénéfice suffisant par rapport aux autres (efficacité supérieure à la micropilule au lévonorgestrel, absence de risque de thrombose et artérielle ou d'augmentation du risque de cancer du sein, mais protection au moins équivalente contre le risque de cancer de l'ovaire par rapport aux contraceptifs combinés, afin que soit rediscuté un ASMR élevé et un remboursement sur demande des laboratoires de génériques.</p> <p data-bbox="408 1386 1407 1442">Par ailleurs, sur la forme, faut-il autant de fiches, forcément redondantes, ou plus simplement trois fiches : méthodes, stérilisation et particularités selon le terrain ?</p>
AVEP	<ul data-bbox="456 1509 1407 1688" style="list-style-type: none"> - Interdire la présence de <i>goodies</i> pharmaceutiques sur les méthodes de contraception dans le cabinet médical (pot à crayons, stylos, post-it, poster, cartes, dépliants, etc.), pour éviter d'influencer le choix des patientes par des pratiques purement marketing. Il s'agit également d'une question d'éthique et d'indépendance. - Concernant les chiffres avancés sur la fiabilité des méthodes de contraception, sur quelles études sont-ils basés ? <p data-bbox="408 1704 1407 1800">Il faudrait un encart contenant « L'association pilule et tabac peut être mortelle ! ». Dans l'ensemble des fiches, il ressort très peu l'importance d'informer les patientes de l'effet très délétère de l'association contraception hormonale et tabac.</p>
ANSFO	<p data-bbox="408 1823 638 1850">Ressources internet :</p> <ul data-bbox="456 1877 1407 2042" style="list-style-type: none"> • Association française pour la contraception (AFC) • Ministère de la Santé www.contraception.gouv.fr • Association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception (ANCIC) • Association nationale des sages-femmes orthogénistes (ANSFO) www.sages-femmes-orthogenistes.fr

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
	<ul style="list-style-type: none">• Planning familial• Où trouver un CDAG ? Sida Info service ?
<i>ANSM</i>	Beaucoup de répétitions au sein du memo, certaines infos se retrouvent noyées ou pas claires. Signification des abréviations pas évidente à retrouver → Lexique des abréviations à la fin ? D'une manière générale : différence de signification entre () et [] ?

II FICHE MEMO – CONTRACEPTION CHEZ L'ADOLESCENTE

II. 1. COMMENTAIRES FORME

Organismes	Commentaires Éléments +/Éléments -
UNAF	Lecture facile/Un peu long.
Planning familial (confédération MFPP)	Importance d'informer sur toutes les méthodes/Paragraphe sur les particularités
Collège national des sages-femmes de France	<p>Précise, détaillée/Quid des antécédents familiaux qui seront +/- complets. Quelle conduite adopter dans la prescription ?</p> <p>Notamment chez l'adolescente qui se présente en consultation sans en avertir ses parents.</p> <p>L'ensemble du mémo repose sur la contraception féminine, et il n'y est pas fait mention de l'éducation des garçons à participer au choix, mais surtout à l'observance des moyens de contraception.</p> <p>→ Ajouter ainsi dans l'introduction sur les méthodes utilisables que « la participation de l'homme est favorable ».</p> <p>Les modalités de prise des pilules ne sont pas détaillées (idem pour anneau/patch) alors que dans la fiche « hommes », il y a un encart sur l'utilisation correcte des préservatifs, etc.</p>
CNPEDMM	<p>Messages clairs.</p> <p>Très bonne synthèse des messages à donner lors de la consultation/La contraception d'urgence devrait apparaître séparément.</p>
FNCGM	Parler de « voies » d'administration et non pas de « formes ».
ANCIC	Insérer un chapitre « Un choix personnel et personnalisé » dans chaque fiche en incluant la possibilité d'une information et aide au choix contraceptif par une équipe pluridisciplinaire notamment dans les CPEF.
SYNGOF	<p>La recommandation de prescription en première intention d'une première génération n'est pas validée par les méta-analyses qui montrent un risque artériel significativement plus élevé avec les 1^{res} que les 2^{es} générations (cf. Plu-Bureau, Best Pract Res Clin End Met, 2013, 27, 35-45) ; il serait souhaitable que l'ANSM n'attende pas le dépôt d'une plainte après IDM sous 1^{re} génération pour prendre en compte le risque artériel et pas seulement veineux dans ses recommandations.</p> <p>L'absence de recommandation de dépistage systématique de <i>chlamydia</i> chez l'adolescente avant pose de DIU est en contradiction avec les recommandations d'autres pays (cf. infra) ; il existe un risque médico-légal et de plainte contre l'ANSM/HAS en cas de salpingite post-pose DIU survenant chez une adolescente chez qui ce dépistage n'aurait pas été réalisé du fait de l'imprécision de la fiche sur les modalités d'évaluation du risque infectieux.</p>
AVEP	Hiérarchiser les méthodes par ordre d'efficacité contraceptive (DIU avant pilule), préciser toutes les méthodes qui sont hormonales, y compris le DIU au LNG et leur génération.
ANSM	Idem que pour les femmes. /

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires Éléments +/Éléments -</i>
	Idem que pour les femmes.
<i>CESPHARM</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Document très complet. - Structuration et intertitres. / Contenu des paragraphes un peu dense : lisibilité ?
<i>Ordre national des pharmaciens</i>	Il serait nécessaire de numérotter les pages. Il faudrait une légende des pictogrammes.
<i>Familles rurales Fédération nationale</i>	On parle de contraception chez l'adolescente et dans le 1 ^{er} paragraphe on peut lire « Femmes/hommes ».

II. 2. COMMENTAIRES METHODES UTILISABLES

II. 2.1. Paragraphe « Œstroprogestatifs »

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
<i>UNAF</i>	Le préservatif devrait être systématiquement conseillé aux adolescentes en plus d'une autre méthode contraceptive.
<i>Planning familial (confédération MFPP)</i>	Notion d' « intolérance » ou « effets secondaires » ? En cas d'oubli de pilule, anneau ou patch. Possibles inconvénients : parler de l'acné et de la prise de poids, qui sont une préoccupation importante chez les ados.
<i>Collège national des sages-femmes de France</i>	Fin du second paragraphe : plutôt que « refus d'une autre méthode contraceptive » en lien avec une demande d'anneau ou du patch, privilégier une syntaxe du type « si une autre voie d'administration n'est pas souhaitée ». En cas de prescription d'une COP, le schéma continu en 28 comprimés est préférable (puisqu'il est désormais disponible aussi en seconde génération) pour faciliter l'observance. En précisant les risques liés au tabac, il est souhaitable de préciser également qu'une aide thérapeutique au sevrage est possible au cours d'une consultation. Plutôt que « associer au préservatif [...] », privilégier une syntaxe du type « seule l'utilisation conjointe du préservatif (masculin ou féminin) assure une protection contre les IST ».
<i>CNPEDMM</i>	Il serait bien d'ajouter d'emblée hypertension, car le risque avec chez les femmes hypertendues est à souligner d'emblée. Dans les messages à donner, seuls les risques sont donnés, il existe des avantages à la prise d'une contraception œstroprogestative : diminution des douleurs, diminution du flux.
<i>FNCGM</i>	Anneau et patch peuvent être utiles en cas de mauvaise observance et, même en dehors de cela, préférés aux voies orales par convenance personnelle (applicables à toutes les fiches, rubrique œstroprogestatifs). Aucune mention de la recherche biologique des contre-indications métaboliques.

Organismes	Commentaires
<p><i>Association française pour la contraception</i></p>	<p>Les adolescentes doivent être informées qu'elles doivent prévenir leurs médecins, chirurgiens, anesthésistes en cas d'intervention chirurgicale, immobilisation prolongée et de longs voyages en avion.</p> <p>Risque thromboembolique surtout pendant les premiers mois après le début de la prise et aussi : LES PREMIERS MOIS QUI SUIVENT LA REPRISE DE LA PILULE APRÈS UN ARRÊT DE PLUS DE 4 SEMAINES.</p>
<p><i>INPES</i></p>	<p>La carte oubli de pilule peut être commandée sur le site de l'Inpes et reçue gratuitement.</p>
<p><i>ANCIC</i></p>	<p>La seule notion d'une consommation de tabac ne contre-indique pas l'usage d'une contraception œstroprogestative ; supprimer « 3 h et 12 h » pour les oublis de pilule (cela dépend de la façon dont les comprimés sont pris habituellement) ; avantages : règles à des dates prévisibles souvent moins abondantes et moins ou pas douloureuses ; possibilité de prise continue pour certains produits ; fermer la parenthèse sur IST/SIDA.</p>
<p><i>SYNGOF</i></p>	<p>La recommandation ne peut pas être de prescrire en première intention une pilule de 1^{re} génération, dont le risque artériel est plus élevé que celui des pilules de 2^e génération (cf. Plu-Bureau, Best Pract Res Clin End Met, 2013, 27, 35-45).</p> <p>Rajouter les modalités d'utilisation des œstroprogestatifs par voie orale (prise quotidienne).</p> <p>La nécessité d'informer les médecins de la prise d'une contraception œstroprogestative en cas de plâtre, d'immobilisation, d'hospitalisation ou d'intervention programmée.</p> <p>La conduite à tenir en cas de diarrhée ou vomissement.</p> <p>Après les complications, ajouter :</p> <p>Les bénéfices de la contraception œstroprogestative en termes de diminution de l'acné (méta-analyse Cochrane), de la dysménorrhée (idem), et de l'abondance des règles (entre 35 et 65 %, idem) ; si on ne parle pas des bénéfices, je ne vois pas où est l'information loyale permettant de faire un choix éclairé.</p>
<p><i>AVEP</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - « Les autres œstroprogestatifs (dont anneaux et patches) ne devraient être réservés qu'aux cas d'intolérance aux pilules de 1^{re} ou 2^e génération et au refus d'une autre méthode contraceptive ». <p>Rajouter entre parenthèses après « cas d'intolérance » : <u>(intolérances invalidantes)</u>.</p> <p>Différencier les types et les degrés d'intolérance (ex. : de la douleur abdominale modérée réduite par un antalgique, à la douleur abdominale intense qui entraîne des syncopes nécessitant un changement de génération).</p> <p>Le refus de commencer par une 1^{re} ou 2^e génération ne doit pas être considéré comme le « refus d'une autre méthode contraceptive ».</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Les adolescentes doivent être informées sur : [...] pendant les premiers mois [...] » Supprimer « pendant les premiers mois » et remplacer par : <u>la première année</u>. - Rajouter : Les adolescentes doivent toujours rester vigilantes ensuite. - Ce passage sur les risques thromboembolique devrait être mis en gras ou souligné, sachant que le risque thromboembolique est très sous-évalué puisque les accidents mortels à domicile ne sont pas répertoriés, et sont simplement classés dans les certificats de décès comme « arrêt cardio-respiratoire ». <ul style="list-style-type: none"> - « Associer au préservatif (masculin, féminin) si une protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST/SIDA) est recherchée » <p>Supprimer « si une protection est recherchée ».</p> <p>Rajouter : <u>expliquer l'utilisation et faire une démonstration de l'application sur un support dédié. Proposer une consultation au partenaire ou le renvoyer vers son médecin traitant dans cet objectif. Proposer un dépistage des IST avant tout arrêt d'utilisation du préservatif lors de</u></p>

Organismes	Commentaires
	<u>la stabilisation de la relation.</u>
ANSFO	La pilule peut être débutée de deux façons : soit le 1^{er} jour des prochaines règles soit immédiatement (<i>quick-start</i>), la 1^{re} pilule étant prise sur le champ avec efficacité au bout de 7 jours et donc nécessité de se protéger pendant ce temps.
ANSM	Mettre en exergue (gras) « informer sur les symptômes évoquant ces complications » avec un renvoi vers le point d'information de l'ANSM.
CESPHARM	<p>- Rappeler qu'une contraception hormonale, <u>quelle qu'en soit la forme</u> (pilule, patch, anneau, implant, etc.) est un médicament :</p> <ul style="list-style-type: none"> - qu'il faut signaler aux professionnels de santé si prise d'un autre traitement (risque d'interactions médicamenteuses), en cas d'immobilisation prolongée, intervention chirurgicale, etc. ; - qui présente, comme tout médicament, des bénéfices, mais également des risques, et que ce risque est individuel, spécifique à chaque utilisatrice et susceptible d'évoluer dans le temps. <p>- Informer sur les effets indésirables potentiels et la conduite à tenir en cas d'apparition de ces effets indésirables, afin d'éviter des arrêts intempestifs de traitement.</p>
Ordre national des pharmaciens	En précautions d'emploi, on pourrait ajouter en clair « cannabis ». Au dernier petit carré bleu, il faut écrire (IST/SIDA) et non (IST/SIDA).

II. 2.2. Paragraphe « Progestatifs seuls »

Organismes	Commentaires
UNAF	Le préservatif devrait être systématiquement conseillé aux adolescentes en plus d'une autre méthode contraceptive.
Planning familial (confédération MFPP)	<p>Intéressant chez les jeunes filles ayant des problèmes d'observance : ajouter « ou qui le choisissent » pour des raisons de discrétion par exemple.</p> <p>Pour les injections : cette méthode peut être une méthode transitoire intéressante dans certaines situations, notamment en termes de discrétion. en ce qui concerne la question de la diminution de la densité minérale osseuse : des dernières publications en montrent la réversibilité.</p> <p>Pour les pilules : insister sur la souplesse d'utilisation, l'autonomie.</p>
Collège national des sages-femmes de France	<p>L'injection d'acétate de médroxyprogestérone peut être proposée en relais pour laisser le choix à l'adolescente de se positionner sur une autre méthode contraceptive.</p> <p>Avertir également sur les perturbations menstruelles (type <i>spottings</i>).</p> <p>La prescription d'une contraception d'urgence au lévonorgestrel est recommandée lors de la prescription d'une contraception orale ou d'utilisation d'une méthode soumise à une observance stricte (puisque participant au rattrapage).</p> <p>Le schéma 28 comprimés facilitent l'observance.</p> <p>Plutôt que « associer au préservatif ... », privilégier une syntaxe du type « seule l'utilisation conjointe du préservatif (masculin ou féminin) assure une protection contre les IST.</p>
FNCGM	En voies orales, il y a une très grosse différence d'efficacité entre lévonorgestrel : indice de Pearl 1 et désogestrel indice de Pearl 0,52.

Organismes	Commentaires
	<p>Il s'agit d'étonogestrel et non d'étonogestrel pour l'implant qui est un produit remboursé.</p> <p>L'implant peut être proposé à toutes les patientes qui peuvent préférer cette voie d'administration, sans nécessairement avoir de problèmes d'observance (applicable à toutes les fiches, rubrique progestatifs).</p> <p>La diminution de la densité osseuse avec la médorxyprogestérone est réversible, ce n'est pas le seul produit susceptible d'entraîner une prise de poids, le produit est remboursé.</p>
INPES	<p>« intéressant chez les adolescentes [...] » Préciser : particulièrement adapté ?</p> <p>Idem pour les injections d'acétate : « [...] peut être intéressant [...] ». Un peu vague ?</p>
ANCIC	<p>Pour l'implant ajouter : possibilité de prise de poids et de majoration de l'acné ; supprimer 3 h et 12 h.</p>
SYNGOF	<p>DMPA : Ajouter : Le risque de diminution de la densité minérale osseuse doit être pris en considération, réversible après l'arrêt, ainsi qu'une possible prise de poids de perturbations du métabolisme glycémique (Lopez 2012-Cochrane) et de l'augmentation du risque thromboembolique veineux (Plu-Bureau, Best Pract 2013).</p> <p>L'efficacité contraceptive de la micropilule au lévonorgestrel n'est pas de 0,3 % mais de 1 % dans l'AMM, et probablement moindre que celle au désogestrel (RR de grossesse 0,27 (95 %CI 0,06-1,19) rapporté dans la méta-analyse de Grimes 2011 Cochrane), les chiffres donnés pour les pilules microprogestatives de 0,3 % est donc faux ; cette présentation risque de favoriser la prescription de lévonorgestrel seul, augmentant probablement le risque de grossesse non désirées chez les adolescentes.</p>
AVEP	<ul style="list-style-type: none"> - Rajouter : Les adolescentes doivent être informées sur les risques thromboemboliques pouvant survenir surtout la première année après le début de la prise, et doivent toujours rester vigilantes ensuite. - Les pilules microprogestatives : pilule au lévonorgestrel (remboursée) et pilule au désogestrel (non remboursée) contiennent du désogestrel qui est un progestatif de 3^e génération, et ne devraient donc pas être proposées au même titre que le lévonorgestrel. - Corriger : « implant à l'étonogestrel » par « <u>étonogestrel</u> », il y a un « r » en trop. <p>Dans ce paragraphe, concernant le problème d'observance, il faudrait ajouter « la bonne tolérance est variable selon les patientes ». La tolérance des 12 h pour le désogestrel est un argument avancé par les laboratoires, mais non établi par des professionnels neutres.</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Associer au préservatif (masculin, féminin) si une protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST/SIDA) est recherchée » <p>Supprimer « si une protection est recherchée ».</p> <p>Rajouter : <u>Expliquer l'utilisation, et faire une démonstration de l'application sur un support dédié. Proposer une consultation au partenaire ou le renvoyer vers son médecin traitant dans cet objectif. Proposer un dépistage des IST avant tout arrêt d'utilisation du préservatif lors de la stabilisation de la relation.</u></p>
ANSFO	<p>« implant à l'étonogestrel : méthode de longue durée d'action, est laissé en place et efficace pendant 3 ans » (à retirer « plus tôt en cas de surpoids ») : non vérifié scientifiquement, n'existe dans aucune recommandation internationale.</p> <p>+ Informer sur les effets secondaires (prise de poids, acné, irrégularité du cycle) à l'origine des retraits trop précoces du dispositif.</p>
ANSM	<p>Logo d'une seringue à ajouter, puisque les injections d'acétate de médorxyprogestérone est la seule méthode injectable, il serait peut être bon de le signaler visuellement.</p>

Organismes	Commentaires
CESPHARM	<ul style="list-style-type: none"> - Rappeler qu'une contraception hormonale, <u>quelle qu'en soit la forme</u> (pilule, patch, anneau, implant, etc.) est un <u>médicament</u> : <ul style="list-style-type: none"> - qu'il faut signaler aux professionnels de santé si prise d'un autre traitement (risque d'interactions médicamenteuses), en cas d'immobilisation prolongée, intervention chirurgicale, etc. ; - qui présente, comme tout médicament, des bénéfices mais également des risques, et que ce risque est individuel, spécifique à chaque utilisatrice et susceptible d'évoluer dans le temps. - Informer sur les effets indésirables potentiels et la conduite à tenir en cas d'apparition de ces effets indésirables, afin d'éviter des arrêts intempestifs de traitement.

II. 2.3. Paragraphe « Dispositifs intra-utérins »

Organismes	Commentaires
UNAF	Le préservatif devrait être systématiquement conseillé aux adolescentes en plus d'une autre méthode contraceptive.
Collège national des sages-femmes de France	<p>Une recherche d'une infection à C. trachomatis et à N. gonorrhée peut être envisagée avant la pose chez l'adolescente.</p> <p>Plutôt que « associer au préservatif ... », privilégier une syntaxe du type « seule l'utilisation conjointe du préservatif (masculin ou féminin) assure une protection contre les IST.</p>
CNPEDMM	Il existe une parenthèse en trop dans la phrase. D'autre part, le paragraphe sur le DIU au lévonorgestrel est à modifier, car chez l'adolescente, l'insertion de ce type de stérilet est souvent délicat, vu la taille du stérilet.
FNCGM	<p>La recherche de <i>chlamydia</i> devrait être systématique chez toutes les femmes définies à risque selon l'enquête Rénachla (BEH du 5/04/2011) : femme de moins de 30 ans sans diplôme, ou femme de moins de 30 ans ayant eu au moins 2 partenaires dans l'année, ou un partenaire occasionnel, ou bisexuelle. Avant pose d'un DIU, la recherche de <i>chlamydia</i> devrait être systématique chez l'adolescente et la jeune femme nullipare, quel que soit leur profil (applicable aussi pour la fiche femme jeune).</p> <p>Le DIU au LNG n'est pas très adapté à l'adolescente, car le tube à insérer est gros, entraîne une induction fréquente d'acné et, de plus, il favorise les dystrophies ovariennes déjà fréquentes à cette période de la vie.</p> <p>D'autres symptômes doivent faire consulter en plus des douleurs pelviennes = saignements, leucorrhées, absence de règles (toute une liste dans la notice) (applicable à toutes les fiches).</p>
Association française pour la contraception	Alors que la pilule peut être prescrite sans examen gynécologique, la pose d'un stérilet est tout autre chose et doit être expliquée ; s'il peut être posé quelle que soit la parité, il ne me semble pas raisonnable de le proposer quel que soit l'âge.
ANCIC	<p>Remplacer : multipares ou nullipares par nulligestes ;</p> <p>l'existence de DIU au cuivre de petite taille peut faciliter leur insertion et leur acceptabilité ultérieure chez les adolescentes nulligeste,</p> <p><i>a contrario</i>, le DIU au LNG est le plus souvent trop gros pour ces jeunes femmes, et rend la pose plus difficile et douloureuse.</p> <p>Proposer systématiquement un dépistage des <i>chlamydiae</i> aux femmes.</p>

Organismes	Commentaires
SYNGOF	<p>Le terme contraception intra-utérine serait plus adapté, pour correspondre à la fois à IUD (dispositif) et SIU (<i>system</i>) dans la nomenclature anglo-saxonne.</p> <p>Conseiller aux femmes de consulter annuellement ainsi qu'en cas de douleurs pelviennes, retard de règles, saignements inexplicables, fièvre sans cause.</p> <p>Ajouter : Les DIU sont utilisables chez l'adolescente ne présentant pas de contre-indications (en particulier malformations utérines, infections en cours ou saignements inexplicables), après avoir évalué et écarté un risque infectieux. Le dépistage <i>chlamydia</i> avant la pose doit être systématique :</p> <p>car : Recommandations de l'ACOG : 10/2012 Women aged 15–19 years have the second highest rates of chlamydia and the highest rates of gonorrhoea of any age group (29). Thus, all adolescents should be screened for STIs at the time of or before IUD insertion.</p>
AVEP	<ul style="list-style-type: none"> - Bien distinguer les deux types de DIU existant hormonal et non hormonal sous forme de deux catégories. - Rajouter : <u>Les contre-indications pour le DIU au LNG sont les mêmes que pour les progestatifs seuls.</u> - Préciser à la patiente que le DIU au LNG est un contraceptif de type hormonal. - Préciser qu'il existe des risques thromboemboliques avec le DIU au LNG. Les adolescentes doivent être informées sur les risques thromboemboliques pouvant survenir surtout la première année après la pose, et doivent toujours rester vigilantes ensuite. - Préciser qu'il existe des stérilets au cuivre plus petits pour les nullipares. - Les DIU au lévonorgestrel sont bien trop gros pour des utérus d'adolescentes, et peuvent entraîner des effets secondaires (acné, prise de poids, chute de la libido, migraines, troubles dépressifs, etc.). - Ne pas indiquer que l'on peut laisser un DIU au cuivre jusqu'à dix ans en place, car c'est la porte ouverte aux problèmes, et une incitation à une moindre surveillance. - Préciser ce qu'est l'utilisation optimale du DIU : contrôle échographique annuel ou régulier en l'absence de quoi le Vidal rapporte 6 % de déplacements, dont la moitié aboutit à une grossesse sur stérilet. - « [...] leurs risques potentiels [...] ». Ajouter à la suite des risques, le risque déplacement, il y a en effet beaucoup plus de déplacements que d'expulsions. - Rajouter : « Conseiller aux femmes de consulter [...] ». <u>et de fièvre inexplicquée ou saignements anormaux.</u> - « Associer au préservatif (masculin, féminin) si une protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST/SIDA) est recherchée » <p>Supprimer « si une protection est recherchée ».</p> <p>Rajouter : <u>Expliquer l'utilisation et faire une démonstration de l'application sur un support dédié. Proposer une consultation au partenaire ou le renvoyer vers son médecin traitant dans cet objectif. Proposer un dépistage des IST, avant tout arrêt d'utilisation du préservatif lors de la stabilisation de la relation.</u></p>
ANSFO	<p>leur longue durée d'action (4 à 10 ans pour les DIU au cuivre [...]) tous les DIU ont l'AMM pour 5 ans, sauf le TT380 qui l'a pour 10 ans.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nécessite un contrôle médical après la pose du DIU. • Anticiper la douleur de la pose (ibuprofène sauf si allergie 1 heure avant le geste). • La pose d'un DIU ne nécessite pas de précaution matérielle particulière (pas de nécessité de dispositif délivrant de l'oxygène en particulier).

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
	Fournir une carte de traçabilité du DIU à la patiente.
<i>ANSM</i>	Pourquoi [LNG] ? Leurs risques potentiels : supprimer une parenthèse ()
<i>Ordre national des pharmaciens</i>	Au § DIU « leurs risques » il est écrit (), risque d'expulsion, [...]. Il doit manquer quelque chose ou alors la parenthèse est fermée trop tôt.
<i>Familles rurales Fédération nationale</i>	« Conseiller aux adolescentes de consulter annuellement ainsi qu'en cas de douleurs pelviennes. □ Associer au préservatif (masculin, féminin) si une protection contre... » • Le professionnel de santé conseillera aux adolescentes... Le DIU sera associé au préservatif...

II. 2.4. Paragraphe « Méthodes barrières »

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
<i>UNAF</i>	Le préservatif devrait être systématiquement conseillé aux adolescentes en plus d'une autre méthode contraceptive.
<i>Collège national des sages-femmes de France</i>	ATTENTION ! Les éponges spermicides ne sont plus disponibles en France depuis 2008. Concernant le diaphragme, un nouveau modèle à taille unique arrive sur le marché français, et se substituera progressivement aux anciens modèles. Ajouter une phrase sur les capes et diaphragmes : L'apprentissage de la pose doit se faire en consultation auprès du médecin ou de la sage-femme.
<i>CNPEDMM</i>	Ce paragraphe ne comporte pas de chiffres de grossesse, et la phrase indiquant que l'efficacité peut être bonne lors d'une utilisation idéale est trop optimiste surtout chez les adolescentes. Le message n'est pas le bon. Il serait souhaitable d'indiquer que pour avoir une bonne contraception, il faut associer une autre méthode au préservatif. Dans toutes les fiches, les chiffres indiqués de l'efficacité des méthodes sont les mêmes, alors que selon l'âge, ces chiffres varient.
<i>Association française pour la contraception</i>	Compte tenu du taux élevé d'échec, l'éventualité d'une grossesse doit être acceptable sinon préférer une autre méthode.
<i>ANCIC</i>	Méthodes non remboursées ; médecin ou sage-femme et non une sf. Le préservatif doit être posé avant tout contact entre les sexes et vérifié par les deux partenaires après le retrait du PM.
<i>SYNGOF</i>	Préservatifs masculins ou féminins Paragraphe 1 : Ces méthodes ont une efficacité contraceptive moindre que la pilule ou le DIU, mais qui peut être acceptable pour une courte durée pour le préservatif si les partenaires ont bien compris son utilisation, sont motivés et si la méthode est utilisée lors de tous les rapports sexuels, quelle que soit la date du cycle. Commentaire la formulation qui peut être bonne est inacceptable chez des adolescents : 2 à 5 % n'est pas un bon taux lorsqu'on souhaite diminuer le taux d'IVG. Diaphragme, cape cervicale, spermicides (crème, ovule, éponge) : Rajouter : Méthodes peu adaptées aux adolescentes, en raison du risque élevé de grossesse non désirées, en contra-

Organismes	Commentaires
	diction avec la volonté de diminuer le taux d'IVG chez l'adolescente.
AVEP	<ul style="list-style-type: none"> - « Ces méthodes ont une efficacité contraceptive moindre que la pilule ou le DIU mais qui peut être bonne si les partenaires ont bien compris leur utilisation, sont motivés et si la méthode est utilisée lors de tous les rapports sexuels, quelle que soit la date du cycle. Néanmoins, le risque d'échec est plus élevé chez les jeunes. » : D'où l'importance d'une explication sur l'utilisation et la démonstration à l'adolescent fille et garçon (gynéco ou médecin traitant). <p>« Préservatifs » Rajouter : <u>Si besoin, expliquer l'utilisation et faire une démonstration de l'application sur un support dédié. Proposer une consultation au partenaire ou le renvoyer vers son médecin traitant dans cet objectif. Proposer un dépistage des IST avant tout arrêt d'utilisation du préservatif lors de la stabilisation de la relation.</u></p>
ANSFO	<p>« Ces méthodes ont une efficacité contraceptive moindre que la pilule ou le DIU mais qui peut être bonne si les partenaires ont bien compris leur utilisation, sont motivés et si la méthode est utilisée lors de tous les rapports sexuels, quelle que soit la date du cycle. »</p> <p>À remplacer par : « que les contraceptifs de longue durée d'action (DIU, implant), car ils nécessitent un apprentissage d'utilisation, une utilisation lors de tous les rapports sexuels, quelle que soit la date du cycle, et un consentement des partenaires sexuels pour une utilisation optimale ».</p> <p>Préservatifs (masculins, féminins) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - préciser que le préservatif masculin ou féminin doit être mis en place avant tout contact entre les sexes, une IST ou une grossesse sont possibles lors de rapports sexuels même sans pénétration : le liquide séminal (avant éjaculation) peut déjà contenir des spermatozoïdes ; - jamais les deux préservatifs (masculins et/ou féminins) à la fois. <p>Tout comme la fiche « Contraception pour l'homme », rappeler <u>Les règles d'utilisation d'un préservatif féminin</u> et ses différents avantages :</p> <ul style="list-style-type: none"> - protection contre le HIV/IST ; - pas de délai pour l'homme pour se retirer après l'éjaculation ; - peut être mis en place avant le début du rapport sexuel.
ANSM	Un tableau serait clair pour présenter les chiffres d'efficacité.
Ordre national des pharmaciens	<p>Au paragraphe « diaphragme » : 1^{er} point ; on ferme la parenthèse sans l'avoir ouverte.</p> <p>Dernier point du paragraphe « diaphragme » : écrire ; (médecin, sage-femme) ou bien (un médecin, une sage-femme).</p>

II. 2.5. Paragraphe « Méthodes naturelles »

Organismes	Commentaires
Collège national des sages-femmes de France	Plutôt que « associer au préservatif [...] », privilégier une syntaxe du type « seule l'utilisation conjointe du préservatif (masculin ou féminin) assure une protection contre les IST.
CNPEDMM	Il est un peu absurde d'associer la phrase sur le préservatif dans ce paragraphe ; quel est le symbole indiqué dans la marge ?
AVEP	<ul style="list-style-type: none"> - « Associer au préservatif (masculin, féminin) si une protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST/SIDA) est recherchée ». <p>Supprimer « si une protection est recherchée »</p> <p>Rajouter : <u>Expliquer l'utilisation et faire une démonstration de l'application sur un support</u></p>

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
	<u>dédié. Proposer une consultation au partenaire ou le renvoyer vers son médecin traitant dans cet objectif. Proposer un dépistage des IST, avant tout arrêt d'utilisation du préservatif lors de la stabilisation de la relation.</u>
<i>ANSFO</i>	Méthodes peu adaptées aux adolescentes en raison de l'irrégularité de leur cycle et de leur indice de fertilité élevé. Mais surtout en raison du risque d'échec élevé (25-30 %). À n'utiliser que dans le cas où une grossesse non prévue pourrait être acceptée. + Rappeler que l'ovulation peut avoir lieu à n'importe quel moment du cycle menstruel.
<i>ANSM</i>	Le terme « peu adapté » est trop faible. il faut indiquer que l'efficacité de ces méthodes est insuffisante, et qu'elles ne doivent pas être utilisées chez les adolescentes.
<i>Familles rurales Fédération nationale</i>	Méthodes associées au préservatif.

II. 2.6. Paragraphe « Stérilisation »

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
<i>ANSFO</i>	(loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception).

II. 3. COMMENTAIRES « PARTICULARITES DE LA PRESCRIPTION ET DU CONSEIL CHEZ L'ADOLESCENTE »

II.3.1. Paragraphe « L'adolescente sera reçue sans ses parents, en toute confidentialité »

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
<i>Planning familial (confédération MFPF)</i>	En 1 : expliquer le caractère confidentiel et rassurer sur l'obligation de secret médical si médecin, SF, infirmière, ou pharmacien. En 2 : informer sur la prise en charge anonyme, gratuite et confidentielle dans les centres de planification familiale. AJOUTER la délivrance gratuite possible, mais pas la consultation à partir du 31 mars 2013 pour les 15-18 ans de pilules, DIU et implant. En cas de présence des parents : toujours prévoir un temps où l'adolescente sera reçue sans ses parents.
<i>Collège national des sages-femmes de France</i>	Ajouter qu'à compter de mars 2013, une prise en charge par l'Assurance maladie des contraceptifs remboursables est instaurée.
<i>CNPEDMM</i>	Très bien.
<i>FNCGM</i>	Il faut toujours un moment de la consultation où l'adolescente est seule.
<i>Association française pour la con-</i>	CENTRE DE PLANIFICATION ET D'ÉDUCATION FAMILIALE.

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
<i>contraception</i>	
<i>INPES</i>	Rappeler également les conditions de levée du secret professionnel.
<i>ANCIC</i>	En présence de son partenaire si elle le souhaite ; remplacer planning familial par Centre de planification et d'éducation familiale (CPEF).
<i>ANSFO</i>	Une prise en charge anonyme CONFIDENTIELLE et gratuite est possible en centre de planning familial. en Centre de planification et d'éducation familiale (CPEF). (les CPEF ne fonctionnent pas de manière anonyme comme un CDAG avec des numéros attribués aux patients, mais la confidentialité est toujours respectée).
<i>CESPHARM</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Rassurer sur le fait que les professionnels de santé sont tenus au secret professionnel (art. R. 4235-5 CSP pour les pharmaciens). - Proposer, en référence, le lien vers les adresses des centres de planification ou d'éducation familiale sur le site du ministère en charge de la Santé : http://www.sante.gouv.fr/les-centres-de-planification-ou-d-education-familiale.html - La loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 (LFSS pour 2013) prévoit, outre l'exonération du ticket modérateur sur la contraception pour les mineures, que « la délivrance et la prise en charge des contraceptifs soient protégées par le secret pour les personnes mineures ». Le décret d'application est annoncé pour le 31 mars 2013. - Faut-il mentionner et expliquer le dispositif existant dans les cas où un « Pass Contraception » est mis en place dans la région ?
<i>Familles rurales Fédération nationale</i>	L'adolescente est informée du caractère confidentiel de l'entretien.

II.3.2. Paragraphe « La démarche de conseil/accompagnement doit être adaptée à l'âge et aux besoins »

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
<i>UNAF</i>	Le tabac est aussi un facteur de risque.
<i>Planning familial (confédération MFPF)</i>	<p>Rassurer l'adolescente non pas sur sa « normalité », terme à éviter++++, mais sur le caractère fréquent ou courant des changements physiques désir craintes, etc.</p> <p>Éviter le terme « rechercher » des comportements et facteurs à risque [...] qui induit une certaine attitude.</p> <p>Proposition : à travers cet entretien, « prendre en compte ».</p> <p>Insister sur l'attitude d'ouverture et de non-jugement, sur l'importance de rassurer et mettre en confiance, d'amener à une prise en charge et à l'autonomie.</p>
<i>Collège national des sages-femmes de France</i>	<p>Supprimer « si elle est d'accord » dans le second paragraphe, puisque le recadrage cognitif <i>a minima</i> est nécessaire.</p> <p>Expliquer qu'un risque de grossesse existe quelle que soit la période du cycle !</p>

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
	Insister sur l'association des hommes dans la prise en charge de la contraception.
<i>FNCGM</i>	Il est fondamental de vérifier que l'adolescente n'est pas sous contrainte (partenaire ou parents).
<i>DGESCO</i>	Problème de communication avec les parents.
<i>INPES</i>	Ne pas porter de jugement sur la sexualité adolescente (travail du professionnel sur ses propres représentations).
<i>ANCIC</i>	Proposer un espace de dialogue d'aide au choix contraceptif différencié de la rencontre médicale. Cet espace peut permettre, dans le respect de l'adolescente, d'évoquer, entre autre, les représentations des contraceptifs, l'histoire contraceptive des femmes de la famille et de l'entourage ; les conseillères conjugales et familiales sont habilitées à pratiquer ce type d'entretien.
<i>ANSFO</i>	Expliquer que le risque de grossesse existe AVANT l'apparition des premières règles même si elles sont irrégulières. (étant donné que l'ovulation peut précéder l'apparition des règles), Rappeler que le risque de grossesse est présent dès le premier rapport ou contact sexuel.
<i>ANSM</i>	Ajouter : « Recueillir des informations sur les antécédents familiaux en utilisant des termes compréhensibles ». Dernier paragraphe : « Rechercher des comportements et facteurs à risque ». Expliciter ce qu'on entend par facteurs à risque.
<i>CESPHARM</i>	Un entretien éducatif avec une adolescente sur la contraception ne s'improvise pas. Nécessité d'une formation des professionnels à la démarche éducative auprès des jeunes et au « savoir être » en contraception. Des outils élaborés par l'INPES (Classeur « Entre nous ») peuvent également être utiles aux professionnels.

II.3.3. Paragraphe « L'examen gynécologique peut être différé »

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
<i>Planning familial (confédération MFPP)</i>	Insister sur le fait qu'on ne fait pas d'examen gynéco à la première consultation, sauf problème particulier.
<i>Collège national des sages-femmes de France</i>	L'examen gynécologique comprend l'ANAMNESE la plus complète possible. Le report de l'examen clinique permet d'accorder le temps nécessaire à ces questionnements. Rappeler que le premier FCU n'est recommandé qu'à partir de 25 ans, hors signe clinique lors de l'examen sous spéculum.
<i>CNPEDMM</i>	Très bien, tension artérielle doit être indiquée en gras pour souligner son importance.
<i>FNCGM</i>	Il n'est réalisé que sur demande ou en cas de symptôme.
<i>INPES</i>	Rappeler l'existence de la brochure « La première consultation gynécologique » http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1400
<i>ANCIC</i>	Si l'examen gynéco peut être différé, l'examen général aussi (à part la TA, le poids, la taille).
<i>SYNGOF</i>	Rajouter : L'examen gynécologique n'est pas nécessaire lors de la 1 ^{re} consultation, sauf

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
	symptômes, antécédents le justifiant ou discussion de la pose d'un DIU. L'examen gynécologique peut être expliqué lors du 1 ^{er} entretien, et programmé pour une consultation ultérieure. L'examen général (prise de tension artérielle, poids) et des seins reste utile.

II.3.4. Paragraphe « L'information à délivrer »

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
<i>Collège national des sages-femmes de France</i>	<p>Refaire un bilan des vaccinations et envisager un rattrapage si nécessaire.</p> <p>Il est souhaitable de préciser également qu'une aide thérapeutique au sevrage tabagique est possible au cours d'une consultation.</p> <p>Compléter le dernier point en rappelant à l'adolescente que d'autres formes de contraceptions d'urgence sont disponibles (Ulipristal & DIU au cuivre), si une consultation médicale dédiée est accessible auprès d'un médecin ou d'une sage-femme.</p> <p>La prescription d'une contraception d'urgence au lévonorgestrel est recommandée, en association de toute méthode contraceptive soumise à une observance stricte.</p>
<i>CNPEDMM</i>	<p>Ce paragraphe est très utile, en particulier sur les messages qui doivent rassurer.</p> <p>La contraception d'urgence devrait apparaître bien avant dans la fiche. Il est conseillé de la prescrire même avec une prescription de contraception œstroprogestative ou progestative. Ce point mérite d'être souligné.</p>
<i>FNCGM</i>	Il est important de profiter de cette consultation pour une information sur le vaccin HPV.
<i>Association française pour la contraception</i>	Dire possibilité de pertes de sang en dehors des règles surtout si oubli de pilule, diarrhée, prise d'antibiotiques. Ne pas arrêter la prise des pilules, prendre conseil auprès d'un prescripteur.
<i>INPES</i>	<p>coût/coût</p> <p>- prise de poids : ok pour discours médical sur la non-prise de poids, mais attention cohérence, c'est un effet secondaire qui apparaît sur toutes les notices. Le PS devrait rester assez ouvert pour que sa parole ne soit pas rejetée.</p> <p>Informers sur la gratuité pour les mineures.</p>
<i>ANCIC</i>	<p>Présenter les effets bénéfiques associés de la contraception hormonale sur la régularisation menstruelle, sur l'atténuation de la dysménorrhée et de l'abondance des règles et, comme il est noté, parler des autres avantages non contraceptifs des différentes contraceptions ; encore planification familiale (non : centre de planification et d'éducation familiale).</p> <p>Informers de la possibilité de modifier sa contraception orale si elle ne convient après conseil du professionnel.</p> <p>La contraception doit être adaptée aux différents moments de vie adolescente et donc se modifier en fonction des besoins.</p> <p>Contraception d'urgence : avoir à disposition un écrit d'information, à remettre à la patiente.</p>
<i>AVEP</i>	- « Informers sur les différentes méthodes contraceptives : mode d'emploi, efficacité (optimale et en utilisation courante), contre-indications, risques et

Organismes	Commentaires
	<p>effets indésirables possibles (notamment sur le poids, l'acné, les règles, etc.), autres avantages non contraceptifs, procédure pour l'instauration et l'arrêt (ou le retrait), coût, remboursement [...] » : Rajouter : <u>Sans omettre les effets graves, dont les risques thromboemboliques.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - « Rassurer sur les éventuelles craintes des adolescents concernant : [...] la prise de poids [...], l'acné : effets variables selon la femme et le type de contraception hormonale » : Rajouter : <u>La pilule n'est pas un traitement spécifique contre l'acné ou les douleurs menstruelles, des solutions dermatologiques et antalgiques existent. Renvoyer vers un dermatologue si nécessaire. Prévenir que l'acné ne se guérit pas et qu'elle peut revenir à l'arrêt de la pilule.</u> - On ne peut pas dire à une adolescente qu'elle ne prendra pas de poids avec des OP ; en moyenne il faut compter 1 à 2 kg en pratique. - « Rassurer sur les éventuelles craintes des adolescents concernant [...] » : Rajouter un point : <u>risques thromboemboliques : peu fréquents et en cas de survenance, la vigilance sur les symptômes permet une prise en charge et un traitement qui vont permettre de limiter les séquelles éventuelles.</u>
ANSFO	<p>« Informer sur les préservatifs, les IST y compris SIDA : encourager l'utilisation des préservatifs et expliquer concrètement leur utilisation. Évaluer la capacité d'utilisation des préservatifs et la possibilité d'une crainte à leur utilisation ».</p> <p>Une démonstration peut permettre d'appuyer les explications concrètes.</p> <p>« Contraception d'urgence » : informer sur :</p> <p>la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule, de non-utilisation ou de rupture d'un préservatif et sur les méthodes de rattrapage possibles ; La prise importante d'alcool peut altérer l'assimilation de tous médicaments, dont la pilule, surtout si leurs absorptions (alcool et pilule) sont rapprochées.</p> <p>« la gratuité et la confidentialité en pharmacie, dans les infirmeries scolaires, les services universitaires et interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé ou en centre de planning familial en Centre de planification et d'éducation familial (CPEF) de la contraception d'urgence hormonale ».</p>
ANSM	<p>« risques (notamment de thrombose avec les contraceptifs œstroprogestatifs) et effets indésirables possibles ».</p> <p>Coût.</p> <p>Éventuelles craintes.</p>
CESPHARM	<ul style="list-style-type: none"> - Là encore, il paraît important d'informer l'adolescente sur les ressources disponibles en matière d'accès, d'information et de conseil en contraception (médecin, pharmacien, infirmière, sage-femme, centre de planification et d'éducation familiale). Les sites internet de l'INPES peuvent être des outils intéressants pour fournir les contacts utiles (www.choisirsacontraception.fr). Le site du ministère en charge de la Santé propose les coordonnées des CPEF : http://www.sante.gouv.fr/les-centres-de-planification-ou-d-education-familiale.html - Informer l'adolescente de la possibilité d'un renouvellement de contraceptifs oraux pour 6 mois par le pharmacien ou l'infirmier(ère), sur présentation d'une ordonnance expirée, mais datant de moins d'un an (décret n° 2012-883 du 17 juillet 2012, décret n° 2012-35 du 10 janvier 2012). - Évoquer le dispositif prévu pour les 15-18 ans dans le cadre de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 (LFSS pour 2013) (exonération du ticket modérateur, secret), décret d'application annoncé pour le 31 mars 2013.

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
	- Faut-il mentionner et expliquer le dispositif existant dans les cas où un « Pass Contraception » est mis en place dans la région ?
<i>Familles rurales Fédération nationale</i>	<p>« L'information à délivrer sur »</p> <p>Coût</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les différentes méthodes contraceptives. • Les préservatifs. • La contraception d'urgence. • Les éventuelles craintes, etc.

II. 4. AUTRES COMMENTAIRES

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
<i>CNPEDMM</i>	<p>Il est indiqué que l'âge ne doit pas limiter le choix de la méthode contraceptive, mais il est important d'indiquer d'emblée que la fertilité est élevée chez les adolescentes.</p> <p>Pour cette raison, les paragraphes sur les méthodes barrières et les méthodes naturelles ne sont pas appropriés chez des adolescentes.</p> <p>Il faudrait insister plus sur la contraception d'urgence, car la France se distingue des autres pays d'Europe par une faible utilisation de ce type de contraception. « Méthodes de rattrapage » n'est pas un message assez clair. Il serait important de souligner qu'elle ne doit pas être une contraception au long cours.</p> <p>La notion de remboursement est donnée pour les progestatifs, mais n'est pas abordée pour la contraception œstroprogestative. Ce point est cependant important à aborder avec une adolescente.</p>
<i>INPES</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Préciser ce que l'on entend par adolescente, car il est sous-entendu que l'adolescente est mineure. Soit le dire en introduction, soit mentionner les particularités chez les mineures quand nécessaire. Du coup quid de la fiche contraception chez la femme jeune. - CU : oubli de pilule, problème de pose avec un patch ou un anneau. - Gratuité en pharmacie pour les <u>mineures</u>. Préciser ce qu'il en est pour les garçons.
<i>ANCIC</i>	Idem que sur fiche précédente par rapport à CU et Quick Start.
<i>AVEP</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Hiérarchiser les méthodes par ordre d'efficacité contraceptive (DIU avant pilule). - Préciser toutes les méthodes qui sont hormonales, y compris le DIU au LNG et leur génération. - Rajouter un point « Programmer la consultation suivante » : Réévaluer chaque année, l'adéquation entre la situation personnelle de la patiente et son mode de contraception, et lui rappeler les autres méthodes possibles dans sa situation.
<i>ANSFO</i>	<p><u>Pas de fiche mémo sur la contraception d'urgence !</u></p> <p>Ressources internet :</p> <p>+</p> <ul style="list-style-type: none"> • Association française pour la contraception (AFC). • Ministère de la Santé www.contraception.gouv.fr.

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
	<ul style="list-style-type: none">• Association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception (ANCIC).• Association nationale des sages-femmes orthogénistes (ANSFO) www.sages-femmes-orthogenistes.fr.• Planning familial. <p>Où trouver un CDAG ? Sida Info service ?</p>
<i>ANSM</i>	Proposer une organisation à l'intérieur des paragraphes : renforcer la lisibilité pour que le praticien puisse trouver l'info sans difficultés (ex. : cellules « Efficacité », « Populations concernées », « Inconvénients », etc.).

III FICHE MÉMO – CONTRACEPTION CHEZ LA FEMME JEUNE**Nb envois (hors institutions) :****Nb réponses :****III. 1. COMMENTAIRES FORME**

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires Éléments +/Éléments -</i>
<i>UNAF</i>	Lecture facile/Un peu long.
<i>Planning familial (confédération MFPP)</i>	Comment définit-on la femme jeune ? Quelle tranche d'âge ?
<i>Collège national des sages-femmes de France</i>	<p>Claire, détaillée/Information éclairée +++ pour la stérilisation et notée dans le dossier médical.</p> <p>Quid d'un formulaire à remplir ?</p> <p>Quid d'une réorientation vers un praticien pouvant répondre à la demande de la femme (si hors champ de compétence ou clause de conscience) ?</p> <p>Il serait utile d'ajouter un cadre sur la contraception d'urgence : modalités d'accès, etc. Ainsi qu'une consultation rapide dédiée permet une adaptation de celle-ci, un accès à une offre de choix élargie (Ulipristal & DIU au cuivre).</p> <p>Une prescription d'une CU au lévonorgestrel peut être recommandée lors de toute prescription de CO ou d'utilisation d'une méthode soumise à une observance stricte.</p>
<i>CNPEDMM</i>	Il est nécessaire de mentionner dans cette fiche que la baisse de la fertilité avec l'âge doit être mentionnée à la patiente ou prise en compte à chaque renouvellement de la contraception.
<i>Association française pour la contraception</i>	<p>Les femmes doivent être informées de la possibilité de métrorragies en cas d'oubli de pilule, de diarrhée, de prise d'antibiotiques. Cela ne doit pas les amener à arrêter leur pilule, mais à prendre conseil auprès du prescripteur.</p> <p>Les femmes doivent savoir qu'elles doivent prévenir leurs médecins, chirurgiens, anesthésistes en cas d'intervention chirurgicale, immobilisation prolongée et DE LONG VOYAGE EN AVION.</p> <p>Risque thromboembolique surtout pendant les premiers mois après le début de la prise et aussi : LES PREMIERS MOIS QUI SUIVENT LA REPRISE DE LA PILULE APRÈS UN ARRÊT DE PLUS DE 4 SEMAINES.</p>
<i>SYNGOF</i>	<p>La recommandation de prescription en première intention d'une première génération n'est pas validée par les méta-analyses qui montrent un risque artériel significativement plus élevé avec les 1^{res} que les 2^{es} générations (cf. Plu-Bureau, Best Pract Res Clin End Met, 2013, 27, 35-45) ; il serait souhaitable que l'ANSM n'attende pas le dépôt d'une plainte après IDM sous 1^{re} génération, pour prendre en compte le risque artériel et pas seulement veineux dans ses recommandations.</p> <p>Les recommandations doivent nettement déconseiller les méthodes barrières ou naturelles (sauf préservatifs bien utilisés) dans le cas de femmes envisageant une IVG si grossesse non désirée ; dans leur formulation actuelle, elles sont en contradiction avec la volonté affichée de diminuer le taux d'IVG en France.</p>

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires Éléments +/Éléments -</i>
<i>AVEP</i>	Hiérarchiser les méthodes par ordre d'efficacité contraceptive (DIU avant pilule), préciser toutes les méthodes qui sont hormonales, y compris le DIU au LNG et leur génération.
<i>CESPHARM</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Document très complet. - Structuration et intertitres. / Contenu des paragraphes un peu dense : lisibilité ?
<i>Ordre national des pharmaciens</i>	Il serait nécessaire de numéroter les pages. Il faudrait une légende des pictogrammes.

III. 2. COMMENTAIRES METHODES UTILISABLES

III. 2.1. Paragraphe « Œstroprogestatifs »

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
<i>UNAF</i>	Le préservatif doit être conseillé chez la jeune femme de façon systématique en plus d'une autre méthode contraceptive.
<i>Collège national des sages-femmes de France</i>	En précisant les risques liés au tabac, il est souhaitable de préciser également qu'une aide thérapeutique au sevrage est possible au cours d'une consultation. Plutôt que « associer au préservatif [...] », privilégier une syntaxe du type « seule l'utilisation conjointe du préservatif (masculin ou féminin) assure une protection contre les IST.
<i>FNCGM</i>	Après 35 ans, les œstroprogestatifs sont contre-indiqués si tabac ou migraines.
<i>ANCIC</i>	Avant 35 ans, la seule notion d'une consommation de tabac ne contre-indique pas l'usage d'une contraception œstroprogestative ; anneaux et patch en cas d'oublis fréquents ; n'importe quel moment de la journée mais ensuite régulièrement ; supprimer 12 h.
<i>SYNGOF</i>	La recommandation ne peut pas être de prescrire en première intention une pilule de 1 ^{re} génération, dont le risque artériel est plus élevé que celui des pilules de 2 ^e génération (cf. Plu-Bureau, Best Pract Res Clin End Met, 2013, 27, 35-45). Informées sur : La nécessité d'informer les médecins de la prise d'une contraception œstroprogestative en cas de plâtre, d'immobilisation, d'hospitalisation ou d'intervention programmée. La conduite à tenir en cas de diarrhée ou vomissement. Les bénéfices de la contraception œstroprogestative en termes de diminution de l'acné (méta-analyse Cochrane), de la dysménorrhée (idem), et de l'abondance des règles (entre 35 et 65 %, idem).
<i>AVEP</i>	<ul style="list-style-type: none"> - « Les autres œstroprogestatifs (dont anneaux et patches) ne devraient être réservés qu'aux cas d'intolérance aux pilules de 1^{re} ou 2^e génération et au refus d'une autre méthode contraceptive ». Rajouter entre parenthèses après « cas d'intolérance » : (<u>intolérances invalidantes</u>). Différencier les types et les degrés d'intolérance (ex. : de la douleur abdominale modérée réduite par un antalgique, à la douleur abdominale intense qui entraîne des syncopes nécessitant un changement de génération). Le refus de commencer par une 1 ^{re} ou 2 ^e génération ne doit pas être considéré comme le « refus d'une autre méthode contraceptive ».

Organismes	Commentaires
	<ul style="list-style-type: none"> - « Les femmes doivent être informées sur : [...] pendant les premiers mois... » : Supprimer « pendant les premiers mois » et remplacer par : <u>la première année</u>. - Rajouter : Les femmes doivent toujours rester vigilantes ensuite. - Ce passage sur les risques thromboembolique devrait être mis en gras ou souligné, sachant que le risque thromboembolique est très sous-évalué, puisque les accidents mortels à domicile ne sont pas répertoriés et sont simplement classés dans les certificats de décès comme « arrêt cardio-respiratoire ». <p>- « Associer au préservatif (masculin, féminin) si une protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST/SIDA) est recherchée » :</p> <p>Supprimer « si une protection est recherchée ».</p> <p>Rajouter : <u>Si besoin, expliquer l'utilisation, et faire une démonstration de l'application sur un support dédié. Proposer une consultation au partenaire ou le renvoyer vers son médecin traitant dans cet objectif. Proposer un dépistage des IST avant tout arrêt d'utilisation du pré-servatif lors de la stabilisation de la relation.</u></p>
ANSFO	<p>Informersur le moment pour démarrer la contraception, soit le premier jour des règles = efficacité immédiate mais problématique si cycles longs ou irréguliers.</p> <p>Soit démarrer en <i>quick-start</i> = n'importe quel jour du cycle, mais nécessite une protection complémentaire pendant 7 jours (préservatifs), permet un démarrage immédiat.</p>
CESPHARM	<ul style="list-style-type: none"> - Rappeler qu'une contraception hormonale, <u>quelle qu'en soit la forme</u> (pilule, patch, anneau, implant, etc.) est <u>un médicament</u> : <ul style="list-style-type: none"> - qu'il faut signaler aux professionnels de santé si prise d'un autre traitement (risque d'interactions médicamenteuses), en cas d'immobilisation prolongée, intervention chirurgicale, etc. ; - qui présente, comme tout médicament, des bénéfices, mais également des risques, et que ce risque est individuel, spécifique à chaque utilisatrice et susceptible d'évoluer dans le temps. - Informer sur les effets indésirables potentiels et la conduite à tenir en cas d'apparition de ces effets indésirables, afin d'éviter des arrêts intempestifs de traitement. - Informer la femme de la possibilité d'un renouvellement de contraceptifs oraux pour 6 mois par le pharmacien ou l'infirmier(ère) sur présentation d'une ordonnance expirée, mais datant de moins d'un an (décret n° 2012-883 du 17 juillet 2012, décret n° 2012-35 du 10 janvier 2012).
Ordre national des pharmaciens	<p>Au 4^e point du 3^e carré on pourrait peut-être rajouter «... surtout pendant les premiers mois après le début de la prise ou après une interruption et reprise de traitement (informer...) ».</p> <p>Au 4^e carré (IST/SIDA) au lieu de (IST/SIDA).</p>

III. 2.2. Paragraphe « Progestatifs seuls »

Organismes	Commentaires
UNAF	Le préservatif doit être conseillé chez la jeune femme de façon systématique en plus d'une autre méthode contraceptive.
Collège national des sages-femmes de France	<p>L'injection d'acétate de médroxyprogestérone peut être proposée en relais pour laisser le choix à l'adolescente de se positionner sur une autre méthode contraceptive.</p> <p>Avertir également sur les perturbations menstruelles (type <i>spottings</i>).</p> <p>La prescription d'une contraception d'urgence au lévonorgestrel est recommandée lors de la</p>

Organismes	Commentaires
	<p>prescription d'une contraception orale ou d'utilisation d'une méthode soumise à une observance stricte (puisque participant au rattrapage).</p> <p>Plutôt que « associer au préservatif [...] », privilégier une syntaxe du type « seule l'utilisation conjointe du préservatif (masculin ou féminin) assure une protection contre les IST.</p>
SYNGOF	<p>DMPA : Ajouter : Le risque de diminution de la densité minérale osseuse doit être pris en considération ainsi qu'une possible prise de poids et de perturbations du métabolisme glycémique et de l'augmentation du risque thromboembolique veineux (cf. supra).</p> <p>L'efficacité contraceptive de la micropilule au lévonorgestrel n'est pas de 0,3 %, mais de 1 % dans l'AMM et probablement moindre que celle au désogestrel (RR de grossesse 0,27 (95 %CI 0,06–1,19) rapporté dans la méta-analyse de Grimes 2011 Cochrane) ; les chiffres donnés pour les pilules microprogestatives de 0,3 % est donc faux ; cette présentation risque de favoriser la prescription de lévonorgestrel seul, augmentant probablement le risque de grossesse non désirées.</p>
AVEP	<ul style="list-style-type: none"> - Rajouter : Les femmes doivent être informées sur les risques thromboemboliques pouvant survenir surtout la première année après le début de la prise, et doivent toujours rester vigilantes ensuite. - Les pilules microprogestatives : pilule au lévonorgestrel (remboursée) et pilule au désogestrel (non remboursée) contiennent du désogestrel qui est un progestatif de 3^e génération, et ne devraient donc pas être proposées au même titre que le lévonorgestrel. - Corriger : « implant à l'étonogestrel » par « <u>étonogestrel</u> », il y a un « r » en trop. Dans ce paragraphe, concernant le problème d'observance, il faudrait ajouter « la bonne tolérance est variable selon les patientes ». La tolérance des 12 h pour le désogestrel est un argument avancé par les laboratoires, mais non établi par des professionnels neutres. - « Associer au préservatif (masculin, féminin) si une protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST/SIDA) est recherchée » : Supprimer « si une protection est recherchée ». <p>Rajouter : <u>Si besoin, expliquer l'utilisation et faire une démonstration de l'application sur un support dédié. Proposer une consultation au partenaire ou le renvoyer vers son médecin traitant dans cet objectif. Proposer un dépistage des IST, avant tout arrêt d'utilisation du préservatif lors de la stabilisation de la relation.</u></p>
ANSFO	<p>« implant à l'étonogestrel : méthode de longue durée d'action, est laissé en place et efficace pendant 3 ans (à retirer plus tôt en cas de surpoids) » : non vérifié scientifiquement, il n'existe dans aucune recommandation internationale.</p> <p>+ Informer sur les effets secondaires (prise de poids, acné, irrégularité du cycle) à l'origine des retraits trop précoces du dispositif.</p>
CESPHARM	<p>Rappeler qu'une contraception hormonale, <u>quelle qu'en soit la forme</u> (pilule, patch, anneau, implant, etc.) est <u>un médicament</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - qu'il faut signaler aux professionnels de santé si prise d'un autre traitement (risque d'interactions médicamenteuses), en cas d'immobilisation prolongée, intervention chirurgicale, etc. ; - qui présente, comme tout médicament, des bénéfices mais également des risques et que ce risque est individuel, spécifique à chaque utilisatrice et susceptible d'évoluer dans le temps. <p>- Informer sur les effets indésirables potentiels et la conduite à tenir en cas d'apparition de ces effets indésirables, afin d'éviter des arrêts intempestifs de traitement.</p> <p>- Informer la femme de la possibilité d'un renouvellement de contraceptifs oraux pour 6 mois</p>

Organismes	Commentaires
	par le pharmacien ou l'infirmier(ère), sur présentation d'une ordonnance expirée, mais datant de moins d'un an (décret n° 2012-883 du 17 juillet 2012, décret n° 2012-35 du 10 janvier 2012).

III. 2.3. Paragraphe « Dispositifs intra-utérins »

Organismes	Commentaires
UNAF	Le préservatif doit être conseillé chez la jeune femme de façon systématique en plus d'une autre méthode contraceptive.
Planning familial (confédération MFPP)	« écarté un risque infectieux » : ajouter : « au moment de la pose ». Informé sur longue durée et « réversibilité ».
Collège national des sages-femmes de France	Plutôt que « associer au préservatif [...] », privilégier une syntaxe du type « seule l'utilisation conjointe du préservatif (masculin ou féminin) assure une protection contre les IST.
ANCIC	L'existence de DIU au cuivre de petite taille peut faciliter leur insertion et leur acceptabilité ultérieure chez les nullipares ; le DIU LNG est plus difficile à poser, y compris les nulligestes au lieu de multi ou nullipares.
SYNGOF	Le terme contraception intra-utérine serait plus adapté, pour correspondre à la fois à IUD (dispositif) et SIU (<i>system</i>) dans la nomenclature anglo-saxonne. Conseiller aux femmes de consulter annuellement ainsi qu'en cas de douleurs pelviennes, retard de règles, saignements inexpliqués, fièvre sans cause.
AVEP	<ul style="list-style-type: none"> - Bien distinguer les deux types de DIU existant hormonal et non hormonal sous forme de deux catégories. - Rajouter : <u>Les contre-indications pour le DIU au LNG sont les mêmes que pour les progestatifs seuls.</u> - Préciser à la patiente que le DIU au LNG est un contraceptif de type hormonal. - Préciser qu'il existe des risques thromboemboliques avec le DIU au LNG. Les femmes doivent être informées sur les risques thromboemboliques pouvant survenir surtout la première année après la pose, et doivent toujours rester vigilantes ensuite. - Préciser qu'il existe des stérilets au cuivre plus petits pour les nullipares. - Ne pas indiquer que l'on peut laisser un DIU au cuivre jusqu'à dix ans en place, car c'est la porte ouverte aux problèmes, et une incitation à une moindre surveillance. - Préciser ce qu'est l'utilisation optimale du DIU : contrôle échographique annuel ou régulier en l'absence de quoi le Vidal rapporte 6 % de déplacements, dont la moitié aboutit à une grossesse sur stérilet. - « leurs risques potentiels [...] ». Ajouter à la suite des risques, le risque déplacement ; il y a en effet beaucoup plus de déplacements que d'expulsions. - Rajouter : « Conseiller aux femmes de consulter [...] » : <u>et de fièvre inexpliquée ou saignements anormaux.</u> - « Associer au préservatif (masculin, féminin) si une protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST/SIDA) est recherchée »

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
	Supprimer « si une protection est recherchée ». Rajouter : <u>Si besoin, expliquer l'utilisation et faire une démonstration de l'application sur un support dédié. Proposer une consultation au partenaire ou le renvoyer vers son médecin traitant dans cet objectif. Proposer un dépistage des IST avant tout arrêt d'utilisation du préservatif lors de la stabilisation de la relation.</u>
<i>ANSFO</i>	Leur longue durée d'action (4 à 10 ans pour les DIU au cuivre [...] tous les DIU ont l'AMM pour 5 ans, sauf le TT380 qui l'a pour 10 ans. <ul style="list-style-type: none"> • Nécessite un contrôle médical après la pose du DIU. • Anticiper la douleur de la pose (ibuprofène, sauf si allergie 1 heure avant le geste). • La pose d'un DIU ne nécessite pas de précaution matérielle particulière (pas de nécessité de dispositif délivrant de l'oxygène en particulier). Fournir une carte de traçabilité du DIU à la patiente.
<i>Ordre national des pharmaciens</i>	Au 3 ^e point « les femmes doivent être informées sur » : Doit-on rappeler un point avec le risque de diminution d'efficacité avec les AINS ?

III. 2.4. Paragraphe « Méthodes barrières »

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
<i>Planning familial (confédération MFPP)</i>	Supprimer éponge. Ajouter le nouveau modèle de diaphragme en silicone taille unique, qui va bientôt être mis sur le marché ?
<i>Collège national des sages-femmes de France</i>	ATTENTION ! Les éponges spermicides ne sont plus disponibles en France depuis 2008. Concernant le diaphragme, un nouveau modèle à taille unique arrive sur le marché français, et se substituera progressivement aux anciens modèles. Ajouter une phrase sur les capes et diaphragmes : L'apprentissage de la pose doit se faire en consultation auprès du médecin ou de la sage-femme. Plutôt que « associer au préservatif [...] », privilégier une syntaxe du type « seule l'utilisation conjointe du préservatif (masculin ou féminin) assure une protection contre les IST.
<i>Association française pour la contraception</i>	Compte tenu du taux élevé d'échec, l'éventualité d'une grossesse doit être acceptable, sinon préférer une autre méthode.
<i>SYNGOF</i>	Préservatifs masculins ou féminins.
<i>AVEP</i>	Rajouter : <u>Si besoin, expliquer l'utilisation et faire une démonstration de l'application sur un support dédié. Proposer une consultation au partenaire ou le renvoyer vers son médecin traitant dans cet objectif. Proposer un dépistage des IST, avant tout arrêt d'utilisation du préservatif lors de la stabilisation de la relation.</u>
<i>ANSFO</i>	« Ces méthodes ont une efficacité contraceptive moindre que la pilule ou le DIU mais qui

Organismes	Commentaires
	<p>peut être bonne si les partenaires ont bien compris leur utilisation, sont motivés et si la méthode est utilisée lors de tous les rapports sexuels, quelle que soit la date du cycle. ».</p> <p>À remplacer par : « que les contraceptifs de longue durée d'action (DIU, implant), car ils nécessitent un apprentissage d'utilisation, une utilisation lors de tous les rapports sexuels, quelle que soit la date du cycle, et un consentement des partenaires sexuels pour une utilisation optimale ».</p> <p>Préservatifs (masculins, féminins) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - préciser que le préservatif masculin ou féminin doit être mis en place avant tout contact entre les sexes ; une IST ou une grossesse sont possibles lors de rapports sexuels même sans pénétration : le liquide séminal (avant éjaculation) peut déjà contenir des spermatozoïdes ; - jamais les deux préservatifs (masculins et/ou féminins) à la fois. <p>Tout comme la fiche « Contraception pour l'homme », rappeler <u>les règles d'utilisation d'un préservatif féminin</u> et ses différents avantages :</p> <ul style="list-style-type: none"> - protection contre le HIV/IST ; - pas de délai pour l'homme pour se retirer après l'éjaculation ; - peut être mis en place avant le début du rapport sexuel.

III. 2.5. Paragraphe « Méthodes naturelles »

Organismes	Commentaires
UNAF	Le préservatif doit être conseillé chez la jeune femme de façon systématique en plus d'une autre méthode contraceptive.
Collège national des sages-femmes de France	Ajouter qu'« Elle nécessite impérativement un apprentissage et qu'une formation spécifique est NÉCESSAIRE » (et non juste préférable).
CNPEDMM	Quel est le symbole indiqué ?
FNCGM	On peut se poser la question de savoir s'il est du ressort du médecin gynécologue d'informer sur ces méthodes, dont la fiabilité est beaucoup moins bonne que celle des autres méthodes.
SYNGOF	<p>Diaphragme, cape cervicale, spermicides (crème, ovule, éponge) : Ajouter : envisageable uniquement dans le cadre d'espacement des naissances et non de contraception, du fait de leur efficacité restreinte, ou à ne pas prescrire si la femme dit envisager une IVG en cas de grossesse non désirée.</p> <p>Ajouter : Peuvent convenir à des femmes connaissant bien leur cycle, ayant des règles régulières, maîtrisant bien l'utilisation de la méthode et surtout acceptant un risque de grossesse sans envisager d'IVG, ou pouvant médicalement s'exposer à un risque de grossesse.</p>
AVEP	<ul style="list-style-type: none"> - « Associer au préservatif (masculin, féminin) si une protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST/SIDA) est recherchée » <p>Supprimer « si une protection est recherchée ».</p> <p>Rajouter : <u>Si besoin, expliquer l'utilisation et faire une démonstration de l'application sur un support dédié. Proposer une consultation au partenaire ou le renvoyer vers son médecin traitant dans cet objectif. Proposer un dépistage des IST avant tout arrêt d'utilisation du préservatif lors de la stabilisation de la relation.</u></p>
ANSFO	<p>À n'utiliser que dans le cas où une grossesse non prévue pourrait être acceptée.</p> <p>+ Rappeler que l'ovulation peut avoir lieu à n'importe quel moment du cycle menstruel.</p>

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
<i>Familles rurales Fédération nationale</i>	<p>« Leur efficacité en usage courant est moins bonne que celle des méthodes hormonales, mécaniques ou barrières (taux de grossesses non souhaitées : 3 à 5 % en utilisation optimale, 25 à 27 % en utilisation courante) 4.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Peuvent convenir à des femmes connaissant bien leur cycle, ayant des règles régulières, maîtrisant bien l'utilisation de la méthode, et acceptant ou pouvant médicalement s'exposer à un risque de grossesse.</p> <p><input type="checkbox"/> Une formation spécifique de la femme et/ou du couple est préférable.</p> <p><input type="checkbox"/> Associer au préservatif masculin si une protection contre les IST/SIDA est recherchée ».</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Celles-ci nécessitent une formation spécifique de la femme. 2- Une présentation des résultats : « Leur efficacité en usage courant est moins bonne que celle des méthodes hormonales, mécaniques ou barrières. 3- Elle peut convenir. 4- Elle peut être associée.

III. 2.6. Paragraphe « Stérilisation »

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
<i>UNAF</i>	Ne préserve pas contre les IST/SIDA.
<i>Planning familial (confédération MFPP)</i>	Insertion de dispositif intratubaire (et non intra-utérin) et efficace après 3 mois. Ajouter aussi qu'il existe une méthode de stérilisation masculine.
<i>Collège national des sages-femmes de France</i>	<p>Quid d'un formulaire à remplir ?</p> <p>Envisager une notion de traçabilité du choix de la patiente et de son information.</p> <p>Réfléchir à un score de risque de demande de reperméabilisation ?</p> <p>Supprimer le « généralement » dans l'avant dernier point : C'est irréversible (de principe) point !</p> <p>Quid d'une réorientation vers un praticien pouvant répondre à la demande de la femme (si hors champ de compétence ou clause de conscience) ?</p>
<i>FNCGM</i>	Insertion de dispositif « intratubaire » et non « intra-utérin » par hystérocopie. Le « dispositif intratubaire » n'est efficace qu'au bout de 3 mois (les 2 remarques s'appliquent à toutes les fiches).
<i>INPES</i>	Dispositif intratubaire (plutôt qu'intra-utérin) ?
<i>AVEP</i>	<p>- Dans méthodes de stérilisation pour la méthode Essure, il s'agit d'un dispositif intratubaire et non intra-utérin par hystérocopie.</p> <p>-Délai de 4 mois pour la stérilisation tubaire, le délai cours à partir de l'information faite (remise du dossier guide sur la stérilisation volontaire).</p>
<i>ANSFO</i>	<p>« Plusieurs méthodes disponibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • insertion de dispositif intra-utérin dispositif intratubaire par hystérocopie (l'obstruction est obtenue définitivement au bout de 3 mois par fibrose) ;

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • ligature des trompes et autres méthodes (électrocoagulation, pose d'anneaux ou de clips) ».
<i>ANSM</i>	<p>Corrections :</p> <p>« Insertion de dispositif intratubaire par hystérocopie ».</p> <p>« Un délai de réflexion de 4 mois doit être respecté après la demande de stérilisation ».</p>
<i>Ordre national des pharmaciens</i>	Méthodes qui se pratiquent généralement sous anesthésie générale, il faut peut-être le préciser ?

III. 3. COMMENTAIRES « PARTICULARITES DE LA PRESCRIPTION ET DU CONSEIL CHEZ LA FEMME JEUNE »

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
<i>INPES</i>	Voir fiche mémo « Prescription et conseil chez l'adolescente » ?

III. 4. AUTRES COMMENTAIRES

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
<i>CNPEDMM</i>	Insister là aussi sur la contraception du lendemain ; cette information doit être donnée systématiquement
<i>INPES</i>	Intérêt de cette fiche ? Peu différente de l'adolescente. Différence concerne la stérilisation et donc la question des mineures.
<i>AVEP</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Hiérarchiser les méthodes par ordre d'efficacité contraceptive (DIU avant pilule). - Préciser toutes les méthodes qui sont hormonales, y compris le DIU au LNG et leur génération. - Rajouter un point « Programmer la consultation suivante » : Réévaluer chaque année, l'adéquation entre la situation personnelle de la patiente et son mode de contraception, et lui rappeler les autres méthodes possibles dans sa situation.
<i>ANSM</i>	Il serait utile de remplacer le terme « femme jeune » par « femmes de moins de 35 ans », ce qui est plus explicite. <i>A priori</i> il s'agit bien des femmes de moins de 35 ans puisque la question du tabagisme n'est pas spécifiquement évoquée (par rapport à la fiche « femme en périméno-pause »).

IV FICHE MÉMO – CONTRACEPTION CHEZ LA FEMME EN PÉRIMÉNOPAUSE**IV. 1. COMMENTAIRES FORME**

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires Éléments +/Éléments -</i>
<i>UNAF</i>	Lecture facile/Un peu long.
<i>Planning familial (confédération MFPP)</i>	Femme en périménopause ou femme de plus de 40 ans ?????
<i>Collège national des sages-femmes de France</i>	<p>Claire, synthétique/Pas de lien vers les fiches concernant le suivi clinique et le dépistage oncologique (FCU, mammo, ostéo-densitométrie).</p> <p>Il est dommageable de suivre le même plan pour toutes les fiches. Ainsi pour celle-ci, il pourrait être compris que les COP sont une première intention envisageable chez la femme en périménopause, alors que ce n'est pas le cas !</p> <p>Il serait utile d'ajouter un cadre sur la contraception d'urgence : modalités d'accès, etc. Ainsi qu'une consultation rapide dédiée permet une adaptation de celle-ci, un accès à une offre de choix élargie (Ulipristal & DIU au cuivre).</p> <p>Une prescription d'une CU au lévonorgestrel peut être recommandée lors de toute prescription de CO ou d'utilisation d'une méthode soumise à une observance stricte.</p>
<i>CNPEDMM</i>	Le terme périménopause n'est pas défini, est-ce après 40 ans, 45 ans ?
<i>ANCIC</i>	Rajouter dans la présentation : le médecin peut demander l'avis complémentaire d'un conseiller conjugal et familial sur cet aide au choix contraceptif.
<i>SYNGOF</i>	<p>La recommandation de prescription en première intention d'une première génération n'est pas validée par les méta-analyses qui montrent un risque artériel significativement plus élevé avec les 1^{res} que les 2^e générations (cf. Plu-Bureau, Best Pract Res Clin End Met, 2013, 27, 35-45) ; il serait souhaitable que l'ANSM n'attende pas le dépôt d'une plainte après IDM sous 1^{re} génération pour prendre en compte le risque artériel et pas seulement veineux dans ses recommandations.</p> <p>Je trouve étonnant qu'on puisse qualifier de bonne une efficacité contraceptive de 10 à 20 % d'échec par an en utilisation courante, les recommandations doivent intégrer plus nettement la nécessité, en cas de conseil de ces méthodes, de demander si une IVG est envisagé en cas de grossesse non désirée. Si oui, 20 % d'échec ne semble pas acceptable.</p>
<i>AVEP</i>	Hiérarchiser les méthodes par ordre d'efficacité contraceptive (DIU avant pilule), préciser toutes les méthodes qui sont hormonales, y compris le DIU au LNG et leur génération.
<i>CESPHARM</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Document très complet. - Structuration et intertitres. <p>/</p> <p>Contenu des paragraphes un peu dense : lisibilité ?</p>
<i>Ordre national des pharm-</i>	<p>Il serait nécessaire de numéroter les pages.</p> <p>Il faudrait une légende des pictogrammes.</p>

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires Éléments +/Éléments -</i>
<i>ciens</i>	

IV. 2. COMMENTAIRES METHODES UTILISABLES

IV. 2.1. Paragraphe « Œstroprogestatifs »

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
<i>Collège national des sages-femmes de France</i>	<p>En précisant les risques liés au tabac, il est souhaitable de préciser également qu'une aide thérapeutique au sevrage est possible au cours d'une consultation.</p> <p>Plutôt que « associer au préservatif [...] », privilégier une syntaxe du type « seule l'utilisation conjointe du préservatif (masculin ou féminin) assure une protection contre les IST ».</p>
<i>CNPEDMM</i>	Commentaires : je pense qu'il faut indiquer utilisable, mais non en première intention, vu le risque élevé thromboembolique en particulier. Les accidents veineux et artériels arrivent dans cette tranche d'âge s'ils ne sont pas arrivés lors de la première année d'utilisation.
<i>FNCGM</i>	Les œstroprogestatifs « masquent » mais « traitent » aussi les signes de préménopause.
<i>Association française pour la contraception</i>	<p>Les œstroprogestatifs sont contre-indiqués à remplacer par « ne sont pas recommandés », car utiles chez femmes ayant des pathologies gynécologiques par exemple endométriose, ménorragies.</p> <p>Les femmes doivent être informées de la possibilité de métrorragies en cas d'oubli de pilule, de diarrhée, de prise d'antibiotiques. Cela ne doit pas les amener à arrêter leur pilule, mais à prendre conseil auprès du prescripteur.</p> <p>Les femmes doivent savoir qu'elles doivent prévenir leurs médecins, chirurgiens, anesthésistes en cas d'intervention chirurgicale, immobilisation prolongée et de longs voyages en avion.</p> <p>Risque thromboembolique surtout pendant les premiers mois après le début de la prise et aussi : LES PREMIERS MOIS QUI SUIVENT LA REPRISE DE LA PILULE APRÈS UN ARRÊT DE PLUS DE 4 SEMAINES.</p>
<i>ANCIC</i>	Supprimer avec ou sans aura ; supprimer 12 h.
<i>SYNGOF</i>	<p>Modifier : Après 35 ans, les œstroprogestatifs sont formellement contre-indiqués, notamment chez la femme fumeuse ou avec des migraines avec aura, et à utiliser avec précaution chez les femmes ayant des migraines sans aura.</p> <p>Commentaire : Les deux méta-analyses sur le sujet concordent sur le risque accru d'AVC chez les migraineux avec aura, mais divergent sur le rôle de la migraine sans aura (RR AVC augmenté pour Etmna2005 BMJ, non augmenté pour Schürkz2009 BMJ). Par ailleurs, l'association COC migraines augmente le risque dans les études cas-contrôle ne différenciant pas les deux types de migraine, mais pour celles différenciant avec et sans aura, l'augmentation de risque d'AVC n'a été montrée que pour migraine avec aura+ COC.</p> <p>De nouveau, problème sur la recommandation de pilule 1^{re} génération, surtout chez des femmes de plus de 35 ans, où le risque artériel est plus important ; il est montré que les pilules de 1^{re} génération augmente plus le risque d'IDM que celles de 2^e génération, il y a donc un risque médico-légal potentiel avec cette recommandation (PluBureau2013).</p>
<i>AVEP</i>	<ul style="list-style-type: none"> « Les autres œstroprogestatifs (dont anneaux et patches) ne devraient être réservés qu'aux cas d'intolérance aux pilules de 1^{re} ou 2^e génération et au refus d'une autre méthode contraceptive ».

Organismes	Commentaires
	<p>Rajouter entre parenthèses après « cas d'intolérance » : (intolérances invalidantes). Différencier les types et les degrés d'intolérance (ex. : De la douleur abdominale modérée réduite par un antalgique, à la douleur abdominale intense qui entraîne des syncopes nécessitant un changement de génération).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en gras et souligner la phrase « Après 35 ans, les OP sont contre-indiqués [...] ». En effet les risques thromboemboliques et surtout les complications mortelles sont sous-évaluées. - « Les femmes doivent être informées sur : [...] pendant les premiers mois [...] » : Supprimer « pendant les premiers mois » et remplacer par : <u>la première année</u>. - Rajouter : Les femmes doivent toujours rester vigilantes ensuite. - Ce passage sur les risques thromboembolique devrait être mis en gras ou souligné, sachant que le risque thromboembolique est très sous-évalué puisque les accidents mortels à domicile ne sont pas répertoriés, et sont simplement classés dans les certificats de décès comme « arrêt cardio-respiratoire ». - « Associer au préservatif (masculin, féminin) si une protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST/SIDA) est recherchée ». <p>Supprimer « si une protection est recherchée ».</p> <p>Rajouter : <u>Si besoin, expliquer l'utilisation et faire une démonstration de l'application sur un support dédié. Proposer un dépistage des IST avant tout arrêt d'utilisation du préservatif lors de la stabilisation de la relation.</u></p>
ANSFO	<p>La pilule peut être débutée de deux façons : soit le 1^{er} jour des prochaines règles, soit immédiatement (quick-start), la 1^{re} pilule étant prise sur le champ avec efficacité au bout de 7 jours, et donc nécessité de se protéger pendant ce temps.</p>
CESPHARM	<ul style="list-style-type: none"> - Rappeler qu'une contraception hormonale, <u>quelle qu'en soit la forme</u> (pilule, patch, anneau, implant, etc.) est <u>un médicament</u> : <ul style="list-style-type: none"> - qu'il faut signaler aux professionnels de santé si prise d'un autre traitement (risque d'interactions médicamenteuses), en cas d'immobilisation prolongée, intervention chirurgicale, etc. ; - qui présente, comme tout médicament, des bénéfices mais également des risques, et que ce risque est individuel, spécifique à chaque utilisatrice et susceptible d'évoluer dans le temps. - Informer sur les effets indésirables potentiels et la conduite à tenir en cas d'apparition de ces effets indésirables, afin d'éviter des arrêts intempestifs de traitement. - Informer la femme de la possibilité d'un renouvellement de contraceptifs oraux pour 6 mois par le pharmacien ou l'infirmier(ère) sur présentation d'une ordonnance expirée, mais datant de moins d'un an (décret n° 2012-883 du 17 juillet 2012, décret n° 2012-35 du 10 janvier 2012).
Ordre national des pharmaciens	<p>(IST/SIDA) au lieu de (IST/SIDA).</p>

IV. 2.2. Paragraphe « Progestatifs seuls »

Organismes	Commentaires
Collège national des	<p>L'injection d'acétate de médroxyprogestérone peut-être proposée en relais pour laisser le choix à l'adolescente de se positionner sur une autre méthode contraceptive.</p>

Organismes	Commentaires
sages-femmes de France	<p>Avertir également sur les perturbations menstruelles (type <i>spottings</i>).</p> <p>Faire le lien avec le risque de diminution de la densité minérale osseuse – Complément vitamine D ? Œstéodensitométrie ?</p> <p>La prescription d'une contraception d'urgence au lévonorgestrel est recommandée lors de la prescription d'une contraception orale ou d'utilisation d'une méthode soumise à une observance stricte (puisque participant au rattrapage).</p> <p>Plutôt que « associer au préservatif [...] », privilégier une syntaxe du type « seule l'utilisation conjointe du préservatif (masculin ou féminin) assure une protection contre les IST ».</p>
FNCGM	Les injections d'acétate de médroxyprogestérone ne sont pas indiquées à cet âge, compte tenu de leurs effets métaboliques.
ANCIC	Qui proposera à une femme proche de la ménopause un implant ou des injections de médroxyprogestérone ? Donc les supprimer de cette fiche.
SYNGOF	<p>Mêmes commentaires que supra sur les risques de grossesse sous lévonorgestrel et désogestrel seuls, qui ne sont pas équivalents, en et aucun cas avec un Pearl à 0,3.</p> <p>Implant à l'étonogestrel : Ajouter : La sécurité et l'efficacité ont été établies chez les femmes entre 18 et 40 ans.</p>
AVEP	<ul style="list-style-type: none"> - Rajouter : Les femmes doivent être informées sur les risques thromboemboliques pouvant survenir surtout la première année après le début de la prise et doivent toujours rester vigilantes ensuite. - Les pilules microprogestatives : pilule au lévonorgestrel (remboursée) et pilule au désogestrel (non remboursée) ; contiennent du désogestrel qui est un progestatif de 3^e génération, et ne devraient donc pas être proposées au même titre que le lévonorgestrel. - Corriger : « implant à l'étonogestrel » par « <u>étonogestrel</u> », il y a un « r » en trop. <p>Dans ce paragraphe, concernant le problème d'observance, il faudrait ajouter « la bonne tolérance est variable selon les patientes ». La tolérance des 12 h pour le désogestrel est un argument avancé par les laboratoires mais non établi par des professionnels neutres.</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Associer au préservatif (masculin, féminin) si une protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST/SIDA) est recherchée » <p>Supprimer « si une protection est recherchée ».</p> <p>Rajouter : <u>Si besoin, expliquer l'utilisation et faire une démonstration de l'application sur un support dédié. Proposer un dépistage des IST avant tout arrêt d'utilisation du préservatif lors de la stabilisation de la relation.</u></p>
ANSFO	<p>« Implant à l'étonogestrel : méthode de longue durée d'action, est laissé en place et efficace pendant 3 ans (à retirer plus tôt en cas de surpoids). » non vérifié scientifiquement, n'existe dans aucune recommandation internationale.</p> <p>+ Informer sur les effets secondaires (prise de poids, acné, irrégularité du cycle) à l'origine des retrait trop précoce du dispositif.</p>
CESPHARM	<ul style="list-style-type: none"> - Rappeler qu'une contraception hormonale, <u>quelle qu'en soit la forme</u> (pilule, patch, anneau, implant, etc.) est <u>un médicament</u> : - qu'il faut signaler aux professionnels de santé si prise d'un autre traitement (risque d'interactions médicamenteuses), en cas d'immobilisation prolongée, intervention chirurgicale, etc. ; - qui présente, comme tout médicament, des bénéfices mais également des risques et

Organismes	Commentaires
	<p>que ce risque est individuel, spécifique à chaque utilisatrice et susceptible d'évoluer dans le temps.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informer sur les effets indésirables potentiels et la conduite à tenir en cas d'apparition de ces effets indésirables, afin d'éviter des arrêts intempestifs de traitement. - Informer la femme de la possibilité d'un renouvellement de contraceptifs oraux pour 6 mois par le pharmacien ou l'infirmier(ère) sur présentation d'une ordonnance expirée, mais datant de moins d'un an (décret n° 2012-883 du 17 juillet 2012, décret n° 2012-35 du 10 janvier 2012).

IV. 2.3. Paragraphe « Dispositifs intra-utérins »

Organismes	Commentaires
<i>Collège national des sages-femmes de France</i>	<p>ATTENTION ! Faute de frappe au 4^e □ sur les DIU : « mais les pas » au lieu de « mais pas les ».</p> <p>Plutôt que « associer au préservatif [...] », privilégier une syntaxe du type « seule l'utilisation conjointe du préservatif (masculin ou féminin) assure une protection contre les IST ».</p>
<i>CNPEDMM</i>	Il existe une inversion de frappe dans « pas les autres troubles ».
<i>FNCGM</i>	<p>Dire plutôt que le DIU au LNG masque les modifications « du cycle » que « des règles ».</p> <p>Sur quelles recommandations s'appuyer pour laisser en place un DIU « au-delà de la durée prévue jusqu'à confirmation de la ménopause » alors que ce n'est pas écrit sur la notice du produit</p> <p>Que se passera-t-il par exemple s'il survient un abcès pelvien dû à une actinomycose ?</p>
<i>ANCIC</i>	correction à faire dans le quatrième paragraphe « [...] liées à la périménopause, mais pas les autres [...] ».
<i>SYNGOF</i>	<p>Le terme contraception intra-utérine serait plus adapté, pour correspondre à la fois à IUD (dispositif) et SIU (<i>system</i>) dans la nomenclature anglo-saxonne.</p> <p>Commentaire : Les femmes de 40 ans ou plus lors de la mise en place d'un DIU au cuivre peuvent le garder au-delà de la durée prévue jusqu'à confirmation de la ménopause : des études ouvertes assez anciennes à ma connaissance semblent le montrer ; ceci dit, c'est hors AMM, et cette ligne sur une simple fiche ne protégerait pas le médecin en cas de procès pour actinomycose.</p> <p>Conseiller aux femmes de consulter annuellement ainsi qu'en cas de douleurs pelviennes, retard de règles, saignements inexpliqués, fièvre sans cause.</p>
<i>AVEP</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Bien distinguer les deux types de DIU existant hormonal et non hormonal sous forme de 2 catégories. - Rajouter : <u>Les contre-indications pour le DIU au LNG sont les mêmes que pour les progestatifs seuls.</u> - Préciser à la patiente que le DIU au LNG est un contraceptif de type hormonal. - Préciser qu'il existe des risques thromboemboliques avec le DIU au LNG. Les femmes doivent être informées sur les risques thromboemboliques pouvant survenir surtout la première année après la pose, et doivent toujours rester vigilantes ensuite. - Ne pas indiquer que l'on peut laisser un DIU au cuivre au-delà de la durée prévue, car c'est la porte ouverte aux problèmes et une incitation à une moindre surveillance. - Préciser ce qu'est l'utilisation optimale du DIU : contrôle échographique annuel ou régulier en l'absence de quoi le Vidal rapporte 6 % de déplacements, dont la moitié aboutit à une grossesse sur stérilet.

Organismes	Commentaires
	<ul style="list-style-type: none"> - « leurs risques potentiels [...] » : Ajouter à la suite des risques, le risque déplacement, il y a en effet beaucoup plus de déplacements que d'expulsions. - Rajouter : « Conseiller aux femmes de consulter [...] » : <u>et de fièvre inexplicquée ou saignements anormaux.</u> - « Associer au préservatif (masculin, féminin) si une protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST/SIDA) est recherchée » : Supprimer « si une protection est recherchée ». Rajouter : <u>Si besoin, expliquer l'utilisation et faire une démonstration de l'application sur un support dédié. Proposer un dépistage des IST avant tout arrêt d'utilisation du préservatif lors de la stabilisation de la relation.</u>
ANSFO	<p>Leur longue durée d'action (4 à 10 ans pour les DIU au cuivre [...]) tous les DIU ont l'AMM pour 5 ans, sauf le TT380 qui l'a pour 10 ans.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nécessite un contrôle médical après la pose du DIU. • Anticiper la douleur de la pose (ibuprofène sauf si allergie 1 heure avant le geste). • La pose d'un DIU ne nécessite pas de précaution matérielle particulière (pas de nécessité de dispositif délivrant de l'oxygène en particulier). <p>Fournir une carte de traçabilité du DIU à la patiente.</p>
ANSM	mais- les pas les autres troubles.
Familles rurales Fédération nationale	<p>En période de périménopause :</p> <ul style="list-style-type: none"> • sous DIU au cuivre, les signes de ménopause (troubles des règles, bouffées de chaleur, etc.) ne sont pas masqués (quand ils existent) ; • <input type="checkbox"/> le DIU au lévonorgestrel masque les modifications des règles liées à la périménopause, mais pas les pas autres troubles (bouffées de chaleur, etc.). Le DIU au LNG est à privilégier en cas de ménorragies.

IV. 2.4. Paragraphe « Méthodes barrières »

Organismes	Commentaires
Planning familial (confédération MFPF)	<p>Efficacité contraceptive moindre [...] après : quelle que soit la date du cycle, ajouter : ou accepte le risque d'une grossesse.</p> <p>Supprimer l'éponge.</p>
Collège national des sages-femmes de France	<p>ATTENTION ! Les éponges spermicides ne sont plus disponibles en France depuis 2008.</p> <p>Concernant le diaphragme, un nouveau modèle à taille unique arrive sur le marché français, et se substituera progressivement aux anciens modèles.</p> <p>Ajouter une phrase sur les capes et diaphragmes : L'apprentissage de la pose doit se faire en consultation auprès du médecin ou de la sage-femme.</p> <p>Plutôt que « associer au préservatif [...] », privilégier une syntaxe du type « seule l'utilisation conjointe du préservatif (masculin ou féminin) assure une protection contre les IST ».</p>
Association française pour	Compte tenu du taux élevé d'échec, l'éventualité d'une grossesse doit être acceptable sinon préférer une autre méthode.

Organismes	Commentaires
la contraception	
ANCIC	Le préservatif masculin est toujours recommandé si nouveau partenaire.
SYNGOF	Préservatifs masculins ou féminins. Ces méthodes ont une efficacité contraceptive moindre que la pilule ou le DIU, mais qui peut être bonne si les partenaires ont bien compris leur utilisation, sont motivés et si la méthode est utilisée lors de tous les rapports sexuels, quelle que soit la date du cycle. Rajouter : La femme doit être informée du risque de grossesse, surtout pour les méthodes autres que préservatifs qui ne sont pas conseillées. La femme doit envisager une IVG en cas de grossesse non désirée.
AVEP	Rajouter : <u>Si besoin, expliquer l'utilisation et faire une démonstration de l'application sur un support dédié. Proposer un dépistage des IST avant tout arrêt d'utilisation du préservatif lors de la stabilisation de la relation.</u>
ANSFO	« Ces méthodes ont une efficacité contraceptive moindre que la pilule ou le DIU mais qui peut être bonne si les partenaires ont bien compris leur utilisation, sont motivés et si la méthode est utilisée lors de tous les rapports sexuels, quelle que soit la date du cycle. » À remplacer par : « que les contraceptifs de longue durée d'action (DIU, implant), car il nécessite un apprentissage d'utilisation, une utilisation lors de tous les rapports sexuels, quelle que soit la date du cycle. et un consentement des partenaires sexuels pour une utilisation optimale ». Préservatifs (masculins, féminins) : <ul style="list-style-type: none"> - préciser que le préservatif masculin ou féminin doit être mis en place avant tout contact entre les sexes ; une IST ou une grossesse sont possibles lors de rapports sexuels même sans pénétration : le liquide séminal (avant éjaculation) peut déjà contenir des spermatozoïdes ; - jamais les deux préservatifs (masculins et/ou féminins) à la fois. Tout comme la fiche « Contraception pour l'homme », rappeler <u>les règles d'utilisation d'un préservatif féminin</u> et ses différents avantages : <ul style="list-style-type: none"> - protection contre le HIV/IST ; - pas de délai pour l'homme pour se retirer après l'éjaculation ; - peut être mis en place avant le début du rapport sexuel.

IV. 2.5. Paragraphe « Méthodes naturelles »

Organismes	Commentaires
Collège national des sages-femmes de France	Ajouter qu'« Elle nécessite impérativement un apprentissage et qu'une [...] » formation spécifique est NÉCESSAIRE (et non juste préférable). Plutôt que « associer au préservatif [...] », privilégier une syntaxe du type « seule l'utilisation conjointe du préservatif (masculin ou féminin) assure une protection contre les IST ».
CNPEDMM	Quel est le symbole indiqué ?
FNCGM	Ces méthodes ne sont pas du tout adaptées en cas de troubles du cycle.
ANCIC	Supprimer le 2 ^e paragraphe : par définition les femmes en « périménopause » ne connaissent pas bien leur cycle.
SYNGOF	Peuvent convenir à des femmes connaissant bien leur cycle, ayant des règles régulières, maîtrisant bien l'utilisation de la méthode et acceptant ou pouvant médicalement accepter

Organismes	Commentaires
	l'éventualité d'une grossesse menée à terme. Commentaire : le problème n'est pas d'accepter le risque de grossesse, mais d'être certaine qu'on ne fera pas d'IVG dans ce cas.
AVEP	<p>- « Associer au préservatif (masculin, féminin) si une protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST/SIDA) est recherchée »</p> <p>Supprimer « si une protection est recherchée ».</p> <p>Rajouter : <u>Si besoin, expliquer l'utilisation et faire une démonstration de l'application sur un support dédié. Proposer un dépistage des IST avant tout arrêt d'utilisation du préservatif lors de la stabilisation de la relation.</u></p>
ANSFO	<p>À n'utiliser que dans le cas où une grossesse non prévue pourrait être acceptée.</p> <p>+ Rappeler que l'ovulation peut avoir lieu à n'importe quel moment du cycle menstruel.</p>

IV. 2.6. Paragraphe « Stérilisation »

Organismes	Commentaires
UNAF	Ne préserve pas contre les IST/SIDA.
Planning familial (confédération MFPP)	<p>On pas dispositif intra-utérin mais intratubaire.</p> <p>Les présenter comme généralement irréversibles, mais comme une alternative intéressante pour les personnes qui ont fait le choix de ne pas avoir ou plus avoir d'enfant.</p> <p>Parler de stérilisation possible chez l'homme.</p>
Collège national des sages-femmes de France	<p>Envisager une notion de traçabilité du choix de la patiente et de son information.</p> <p>Réfléchir à un score de risque de demande de reperméabilisation ?</p> <p>Supprimer le « généralement » dans l'avant dernier point : C'est irréversible (de principe) point !</p> <p>Quid d'une réorientation vers un praticien pouvant répondre à la demande de la femme (si hors champ de compétence ou clause de conscience) ?</p>
INPES	DIT : dispositif intratubaire.
ANCIC	insertion « de dispositif intra-utérin » par hystérocopie porte à confusion. Mettre : dispositif intratubaire par voie hystérocopique.
AVEP	<p>- Dans méthodes de stérilisation pour la méthode Essure, il s'agit d'un dispositif intratubaire et non intra-utérin par hystérocopie.</p> <p>- Délai de 4 mois pour la stérilisation tubaire, le délai cours à partir de l'information faite (remise du dossier guide sur la stérilisation volontaire).</p>
ANSFO	<p>« Plusieurs méthodes disponibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • insertion de dispositif intra-utérin dispositif intratubaire par hystérocopie (l'obstruction est obtenue définitivement au bout de 3 mois par fibrose) ; • ligature des trompes et autres méthodes (électrocoagulation, pose d'anneaux ou de clips) ».
ANSM	Idem « fiche femme jeune ».
Ordre national	Ces méthodes ont-elles un réel intérêt en période de périménopause ?

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
<i>des pharmaciens</i>	Elles se pratiquent généralement sous anesthésie générale, il faut peut-être le préciser ?

IV. 3. COMMENTAIRES « PARTICULARITES DE LA PRESCRIPTION ET DU CONSEIL CHEZ LA FEMME EN PÉRIMÉNOPAUSE »

IV.3.1. Paragraphe « Réévaluer l'intérêt de la contraception et le choix de la méthode contraceptive »

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
<i>Collège national des sages-femmes de France</i>	<p>Ajouter une phrase sur les suivis biologiques spécifiques à cette période de la vie.</p> <p>Questionner sur la situation familiale et de couple.</p> <p>Quelle entente ? etc.</p> <p>Il est souhaitable de préciser également qu'une aide thérapeutique au sevrage tabagique est possible au cours d'une consultation.</p>
<i>ANSFO</i>	<p>Garder en mémoire et informer sur la possibilité de grossesses non prévues possibles jusqu'à l'arrêt complet de l'ovulation 47-49 ans ? environ. Si la survenue d'une grossesse non prévue ne serait pas acceptable par la femme, maintenir une contraception efficace. En effet, en France, <u>le nombre d'IVG des plus de 40 ans (14 563 en 2010, soit 6,9 % des IVG en France) est supérieur à celui des femmes de moins de 18 ans (11 612 en 2010, soit 5,5 % des IVG en France) ! (ÉTUDES et RÉSULTATS n° 804 - juin 2012, « Les interruptions volontaires de grossesse en 2010 », DREES).</u></p>

IV.3.2. Paragraphe « Informer sur la survenue de signes de ménopause »

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
<i>Planning familial (confédération MFPP)</i>	Attention à l'interruption de contraception hormonale : parler de méthodes barrières <u>et contraception d'urgence</u> dans ce cas (les cas de grossesses non prévues chez des femmes de près de 50 ans, ça existe !!).
<i>Familles rurales Fédération nationale</i>	Informer la femme sur la nécessité d'être attentive .

IV. 4. AUTRES COMMENTAIRES

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
<i>AVEP</i>	<p>- Hiérarchiser les méthodes par ordre d'efficacité contraceptive (DIU avant pilule).</p> <p>Préciser toutes les méthodes qui sont hormonales, y compris le DIU au LNG et leur généra-</p>

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
	tion.
<i>ANSM</i>	Il serait plus explicite de remplacer le terme « périménopause » par « femmes de plus de 35 ans » (cf. commentaires fiche « femme jeune »).

V FICHE MÉMO – CONTRACEPTION CHEZ LA FEMME EN POST-PARTUM**V. 1. COMMENTAIRES FORME**

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires Éléments+/Éléments-</i>
<i>UNAF</i>	Lecture facile/Un peu long.
<i>Collège national des sages-femmes de France</i>	<p>Complet et clair/Il est dommageable de suivre le même plan pour toutes les fiches. Ainsi, pour celle-ci, il pourrait être compris que les COP sont une première intention envisageable chez la femme en post-partum, alors que ce n'est pas le cas notamment chez la femme allaitante (pas avant 6 mois) !</p> <p>Il serait utile d'ajouter un cadre sur la contraception d'urgence : modalités d'accès, etc. Ainsi qu'une consultation rapide dédiée permet une adaptation de celle-ci, un accès à une offre de choix élargie (Ulipristal & DIU au cuivre).</p> <p>Une prescription d'une CU au lévonorgestrel peut être recommandée lors de toute prescription de CO ou d'utilisation d'une méthode soumise à une observance stricte.</p>
<i>CNPEDMM</i>	Très clair.
<i>SYNGOF</i>	<p>La recommandation de prescription en première intention d'une première génération n'est pas validée par les méta-analyses qui montrent un risque artériel significativement plus élevé avec les 1^{res} que les 2^e générations (cf. Plu-Bureau, Best Pract Res Clin End Met, 2013, 27, 35-45) ; il serait souhaitable que l'ANSM n'attende pas le dépôt d'une plainte après IDM sous 1^e génération pour prendre en compte le risque artériel, et pas seulement veineux dans ses recommandations.</p> <p>Voir remarque sur les DIU, les méthodes barrières et naturelles.</p> <p>L'aménorrhée lactationnelle a été promue dans le rapport de 2004 en faussant les conclusions du rapport de 2002 sur l'allaitement qui concluait à 2 % au plus de grossesses entre 3 à 6 mois post-partum pour les femmes utilisant bien la méthode, ce qui n'est pas un critère de contraception efficace.</p>
<i>AVEP</i>	Hiérarchiser les méthodes par ordre d'efficacité contraceptive (DIU avant pilule), préciser toutes les méthodes qui sont hormonales, y compris le DIU au LNG et leur génération.
<i>ANSM</i>	<p>Idem que pour les femmes.</p> <p>/</p> <p>Idem que pour les femmes.</p>
<i>CESPHARM</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Document très complet. - Structuration et intertitres. <p>/</p> <p>Contenu des paragraphes un peu dense : lisibilité ?</p>
<i>Ordre national des pharmaciens</i>	<p>Il serait nécessaire de numéroter les pages.</p> <p>Il faudrait une légende des pictogrammes.</p>

V. 2. COMMENTAIRES METHODES UTILISABLES**V. 2.1. Paragraphe « Œstroprogestatifs »**

Organismes	Commentaires
Collège national des sages-femmes de France	<p>En précisant les risques liés au tabac, il est souhaitable de préciser également qu'une aide thérapeutique au sevrage est possible au cours d'une consultation.</p> <p>Plutôt que « associer au préservatif [...] », privilégier une syntaxe du type « seule l'utilisation conjointe du préservatif (masculin ou féminin) assure une protection contre les IST ».</p>
CNPEDMM	<p>Je pense qu'il faut indiquer que le délai de 21 jours est proposé par l'OMS. Il faut être prudent, car il est indiqué plus loin et fort judicieusement que la coagulation est perturbée jusqu'à 6 semaines en post-partum. Il faudrait ajouter une phrase indiquant que ce type de méthode n'est pas à conseiller en première intention.</p>
FNCGM	<p>Les œstroprogestatifs ne sont pas contre-indiqués en cas de césarienne.</p> <p>les œstroprogestatifs ne sont plus contre-indiqués en cas d'allaitement (méta-analyse de Truitt et Cochrane 2003), bien qu'ils le soient toujours par l'ANAES en 2004 qui n'a pas fait de mise à jour.</p> <p>Pour l'OMS, la contraception EP en cas d'allaitement est à éviter les 6 premières semaines du post-partum et d'une manière générale les 6 premiers mois, arguant d'une diminution de la durée de la lactation et d'un passage hormonal dans le lait maternel qui pourrait avoir des effets indésirables sur la croissance du nouveau-né, ce qui est contesté par d'autres.</p> <p>Les pilules EP peuvent être prescrites en France à partir de 6 mois d'allaitement.</p> <p style="text-align: right;">ANAES, mai 2002 « Allaitement maternel ».</p> <p>N'est-il pas plus raisonnable d'attendre que la fin de la période à haut risque thromboembolique (4 à 6 semaines après accouchement (cf. fin de la fiche « particularités [...] ») soit terminée pour prescrire des œstroprogestatifs.</p>
Association française pour la contraception	<p>Les femmes doivent savoir qu'elles doivent prévenir leurs médecins, chirurgiens, anesthésistes en cas d'intervention chirurgicale, immobilisation prolongée et de longs voyages en avion.</p> <p>Risque thromboembolique surtout pendant les premiers mois après le début de la prise et aussi : LES PREMIERS MOIS QUI SUIVENT LA REPRISE DE LA PILULE APRÈS UN ARRÊT DE PLUS DE 4 SEMAINES.</p>
ANCIC	Supprimer 12 h.
SYNGOF	<p>Le tabagisme n'est pas reconnu comme facteur de risque veineux, mais artériel (Ageno, Cardiovascular Risk Factors and Venous Thromboembolism. A Meta-Analysis Circulation. 2008;117:93-102.). La prééclampsie semblerait plus facteur de risque artériel (Thromboembolism in Pregnancy, ACOG 2011, Ob Gyn). On aimerait savoir pourquoi des recommandations différentes sur les facteurs de risque de thrombose apparaissent ici, les références biblio manquent ; vu la normalisation des risques après 6 semaines (Paul E. Marik, M.D., and Lauren A. Plante Venous Thromboembolic Disease and Pregnancy, NEJM 2008), et bien que je n'ai rien trouvé de si net, on peut proposer : Ils sont utilisables à partir de 21 j après l'accouchement : en l'absence de facteur de risque thromboembolique veineux (antécédent thromboembolique veineux, thrombophilie, immobilisation, transfusion lors de l'accouchement, IMC > 30 kg/m², hémorragie du post-partum, accouchement par césarienne.), où ils ne pourront être envisagés qu'après 6 semaines.</p> <p>Même remarque sur la recommandation des 1^{re} générations, préciser OP oraux avant prise quotidienne, indiquer les bénéfices qui balancent les inconvénients.</p>

Organismes	Commentaires
AVEP	<ul style="list-style-type: none"> - « Les autres œstrogestatifs (dont anneaux et patchs) ne devraient être réservés qu'aux cas d'intolérance aux pilules de 1^{re} ou 2^e génération et au refus d'une autre méthode contraceptive ». <p>Rajouter entre parenthèses après « cas d'intolérance » : <u>(intolérances invalidantes)</u>. Préciser les types d'intolérance. Le refus de commencer par une 1^{re} ou 2^e génération ne doit pas être considéré comme le « refus d'une autre méthode contraceptive ».</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Les femmes doivent être informées sur : [...] pendant les premiers mois [...] » : Supprimer « pendant les premiers mois » et remplacer par : <u>la première année</u>. - Rajouter : Les femmes doivent toujours rester vigilantes ensuite. - Ce passage sur les risques thromboembolique devrait être mis en gras ou souligné, sachant que le risque thromboembolique est très sous-évalué, puisque les accidents mortels à domicile ne sont pas répertoriés et sont simplement classés dans les certificats de décès comme « arrêt cardio-respiratoire ». <ul style="list-style-type: none"> - « Associer au préservatif (masculin, féminin) si une protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST/SIDA) est recherchée » <p>Supprimer « si une protection est recherchée ».</p> <p>Rajouter : <u>Si besoin, expliquer l'utilisation et faire une démonstration de l'application sur un support dédié. Proposer un dépistage sanguin avant tout arrêt d'utilisation du préservatif lors de la stabilisation de la relation.</u></p>
CESPHARM	<p>- Rappeler qu'une contraception hormonale, <u>quelle qu'en soit la forme</u> (pilule, patch, anneau, implant, etc.) est <u>un médicament</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - qu'il faut signaler aux professionnels de santé si prise d'un autre traitement (risque d'interactions médicamenteuses), en cas d'immobilisation prolongée, intervention chirurgicale, etc. ; - qui présente, comme tout médicament, des bénéfices mais également des risques et que ce risque est individuel, spécifique à chaque utilisatrice et susceptible d'évoluer dans le temps. <p>- Informer sur les effets indésirables potentiels et la conduite à tenir en cas d'apparition de ces effets indésirables afin d'éviter des arrêts intempestifs de traitement.</p> <p>- Informer la femme de la possibilité d'un renouvellement de contraceptifs oraux pour 6 mois par le pharmacien ou l'infirmier(ère), sur présentation d'une ordonnance expirée mais datant de moins d'un an (décret n° 2012-883 du 17 juillet 2012, décret n° 2012-35 du 10 janvier 2012).</p>
Ordre national des pharmaciens	(IST/SIDA) au lieu de (IST/SIDA).

V. 2.2. Paragraphe « Progestatifs seuls »

Organismes	Commentaires
Collège national des sages-femmes de France	<p>Injection d'acétate de médroxyprogestérone peut être proposée en relais pour laisser le choix à l'adolescente de se positionner sur une autre méthode contraceptive.</p> <p>Avertir également sur les perturbations menstruelles (type <i>spottings</i>).</p> <p>La prescription d'une contraception d'urgence au lévonorgestrel est recommandée lors de la prescription d'une contraception orale ou d'utilisation d'une méthode soumise à une</p>

Organismes	Commentaires
	<p>observance stricte (puisque participant au rattrapage).</p> <p>Plutôt que « associer au préservatif [...] », privilégier une syntaxe du type « seule l'utilisation conjointe du préservatif (masculin ou féminin) assure une protection contre les IST ».</p>
FNCGM	Les progestatifs sont utilisables dès J21 après l'accouchement en cas d'allaitement.
Association française pour la contraception	Notamment prééclampsie et cholestase.
INPES	Pourquoi n'y a-t-il des indications de notion de remboursement que sur les pilules microprogestatives ?
ANCIC	<p>En cas de situation psycho-sociale difficile rendant aléatoire la consultation du post-partum, un implant contraceptif peut être posé 48 heures après l'accouchement avant la sortie de maternité.</p> <p>Supprimer 3 h et 12 h.</p> <p>En cas d'allaitement : les progestatifs seuls sont à commencer au 25^e jour après l'accouchement (sauf si allaitement toutes les 4 heures).</p>
SYNGOF	Même remarque sur le manque d'efficacité de la pilule au lévonorgestrel ; j'ai eu (ce n'est pas une cohorte, mais on ne fait pas les déclarations de pharmacovigilance) 3 cas de femmes allaitant à 6 ou 8 tétées par jour, en aménorrhée lactationnelle, sous Microval bien pris, qui ont débuté une grossesse à 5 mois post-partum, non diagnostiquée avant 5 mois de grossesse du fait de l'aménorrhée, et qui n'ont donc pas pu interrompre leur grossesse. Cette grossesse a été très mal acceptée par l'une, avec des répercussions sur les soins à l'enfant. Si vous ne voulez pas écouter les professionnels, il faudrait initier une étude épidémiologique de grande ampleur.
AVEP	<ul style="list-style-type: none"> - Rajouter : Les femmes doivent être informées sur les risques thromboemboliques pouvant survenir surtout la première année après le début de la prise, et doivent toujours rester vigilantes ensuite. - Les pilules microprogestatives : pilule au lévonorgestrel (remboursée) et pilule au désogestrel (non remboursée) ; contiennent du désogestrel qui est un progestatif de 3^e génération, et ne devraient donc pas être proposées au même titre que le lévonorgestrel. Nous avons des cas de femmes ayant vécu des embolies pulmonaires pour certaines avec une issue fatale et ce, après la prise de la Cérazette post-partum. - Corriger : « implant à l'étonogestrel » par « <u>étonogestrel</u> », il y a un « r » en trop. <p>Dans ce paragraphe, concernant le problème d'observance, il faudrait ajouter « la bonne tolérance est variable selon les patientes ». La tolérance des 12 h pour le désogestrel est un argument avancé par les laboratoires, mais non établi par des professionnels neutres.</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Associer au préservatif (masculin, féminin) si une protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST/SIDA) est recherchée » <p>Supprimer « si une protection est recherchée ».</p> <p>Rajouter : <u>Si besoin, expliquer l'utilisation et faire une démonstration de l'application sur un support dédié. Proposer un dépistage des IST avant tout arrêt d'utilisation du préservatif lors de la stabilisation de la relation.</u></p>
ANSFO	En cas d'allaitement : les progestatifs seuls peuvent être utilisés à partir de 4 à 6 semaines après l'accouchement ; les progestatifs peuvent être démarrés plus tôt J21, beaucoup de femmes interrompent leur allaitement au retour à la maison (30 % dans les 3 premières

Organismes	Commentaires
	<p>semaines).</p> <p>« Implant à l'étonogestrel : méthode de longue durée d'action, est laissé en place et efficace pendant 3 ans (à retirer plus tôt en cas de surpoids) ». non vérifié scientifiquement, n'existe dans aucune recommandation internationale.</p> <p>+ Informer sur les effets secondaires (prise de poids, acné, irrégularité du cycle) à l'origine des retrait trop précoces du dispositif.</p>
CESPHARM	<p>- Rappeler qu'une contraception hormonale, <u>quelle qu'en soit la forme</u> (pilule, patch, anneau, implant, etc.) est <u>un médicament</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - qu'il faut signaler aux professionnels de santé si prise d'un autre traitement (risque d'interactions médicamenteuses), en cas d'immobilisation prolongée, intervention chirurgicale, etc. ; - qui présente, comme tout médicament, des bénéfices mais également des risques, et que ce risque est individuel, spécifique à chaque utilisatrice et susceptible d'évoluer dans le temps. <p>- Informer sur les effets indésirables potentiels et la conduite à tenir en cas d'apparition de ces effets indésirables, afin d'éviter des arrêts intempestifs de traitement.</p> <p>- Informer la femme de la possibilité d'un renouvellement de contraceptifs oraux pour 6 mois par le pharmacien ou l'infirmier(ère) sur présentation d'une ordonnance expirée, mais datant de moins d'un an (décret n° 2012-883 du 17 juillet 2012, décret n° 2012-35 du 10 janvier 2012).</p>

V. 2.3. Paragraphe « Dispositifs intra-utérins »

Organismes	Commentaires
Planning familial (confédération MFPP)	Pas d'usage courant en France, mais possible et visite de contrôle à prévoir le mois suivant.
Collège national des sages-femmes de France	Plutôt que « associer au préservatif [...] », privilégier une syntaxe du type « seule l'utilisation conjointe du préservatif (masculin ou féminin) assure une protection contre les IST ».
FNCGM	Le risque de perforation utérine lors de la pose, exceptionnel en temps ordinaire est plus fréquent en post-partum ; il faut vraiment attendre une bonne involution utérine avant la pose d'un DIU.
SYNGOF	<p>Le terme contraception intra-utérine serait plus adapté, pour correspondre à la fois à IUD (dispositif) et SIU (<i>system</i>) dans la nomenclature anglo-saxonne.</p> <p>Vous ne pouvez pas écrire des recommandations en contradiction avec l'AMM ; la pose de Miréna n'est autorisée qu'à partir de 6 semaines, par exemple.</p> <p>Risque de perforation lié à la pose (exceptionnel, mais augmenté chez la femme qui allaite) ; (comme indiqué dans l'AMM du Miréna, en particulier).</p> <p>Conseiller aux femmes de consulter annuellement ainsi qu'en cas de douleurs pelviennes, retard de règles, saignements inexplicables, fièvre sans cause.</p>

Organismes	Commentaires
AVEP	<ul style="list-style-type: none"> - Bien distinguer les deux types de DIU existant hormonal et non hormonal sous forme de 2 catégories. - Rajouter : <u>Les contre-indications pour le DIU au LNG sont les mêmes que pour les progestatifs seuls.</u> - Préciser à la patiente que le DIU au LNG est un contraceptif de type hormonal. - Préciser qu'il existe des risques thromboemboliques avec le DIU au LNG. Les femmes doivent être informées sur les risques thromboemboliques pouvant survenir surtout la première année après la pose, et doivent toujours rester vigilantes ensuite. - Ne pas indiquer que l'on peut laisser un DIU au cuivre jusqu'à dix ans en place, car c'est la porte ouverte aux problèmes et une incitation à une moindre surveillance. - Préciser ce qu'est l'utilisation optimale du DIU : contrôle échographique annuel ou régulier en l'absence de quoi le Vidal rapporte 6 % de déplacements dont la moitié aboutit à une grossesse sur stérilet. - « leurs risques potentiels [...] » : Ajouter à la suite des risques, le risque déplacement ; il y a en effet beaucoup plus de déplacements que d'expulsions. - Rajouter : « Conseiller aux femmes de consulter [...] » : <u>et de fièvre inexplicée ou saignements anormaux.</u> - « Associer au préservatif (masculin, féminin) si une protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST/SIDA) est recherchée » <p>Supprimer « si une protection est recherchée ».</p> <p>Rajouter : <u>Si besoin, expliquer l'utilisation et faire une démonstration de l'application sur un support dédié. Proposer un dépistage des IST avant tout arrêt d'utilisation du préservatif lors de la stabilisation de la relation.</u></p>
ANSFO	<p>Leur longue durée d'action (4 à 10 ans pour les DIU au cuivre [...]) tous les DIU ont l'AMM pour 5 ans, sauf le TT380 qui l'a pour 10 ans.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nécessite un contrôle médical après la pose du DIU. • Anticiper la douleur de la pose (Ibuprofène sauf si allergie 1 heure avant le geste). • La pose d'un DIU ne nécessite pas de précaution matérielle particulière (pas de nécessité de dispositif délivrant de l'oxygène en particulier). <p>Fournir une carte de traçabilité du DIU à la patiente.</p>
Ordre national des pharmaciens	<p>Au 3^e point « les femmes doivent être informées sur » :</p> <p>Doit-on rappeler un point avec le risque de diminution d'efficacité avec les AINS ?</p>

V. 2.4. Paragraphe « Méthodes barrières »

Organismes	Commentaires
Collège national des sages-femmes de France	<p>ATTENTION ! Les éponges spermicides ne sont plus disponibles en France depuis 2008.</p> <p>Concernant le diaphragme, un nouveau modèle à taille unique arrive sur le marché français, et se substituera progressivement aux anciens modèles.</p> <p>Il est nécessaire de renouveler la prescription (pour réévaluer la taille du diaphragme et de la cape), y compris pour le modèle de diaphragme à taille unique pour qu'il se réadapte aux éventuelles modifications de dimension de la statique pelvienne.</p> <p>Cette prescription sera idéalement reportée à la suite de la rééducation périnéale, qui pourra elle aussi avoir une influence sur les dimensions de la statique pelvienne.</p>

Organismes	Commentaires
	Ajouter une phrase sur les capes et diaphragmes : L'apprentissage de la pose doit se faire en consultation auprès du médecin ou de la sage-femme.
FNCGM	Pour le diaphragme ce n'est pas un problème d'involution utérine, mais de tonicité du périnée.
Association française pour la contraception	Compte tenu du taux élevé d'échec, l'éventualité d'une grossesse doit être acceptable sinon préférer une autre méthode.
SYNGOF	Préservatif masculin ou féminin Ces méthodes ont une efficacité contraceptive moindre que la pilule ou le DIU, mais qui peut être bonne uniquement pour le préservatif si les partenaires ont bien compris son utilisation, sont motivés et si la méthode est utilisée lors de tous les rapports sexuels, quelle que soit la date du cycle ; la méthode barrière seule hors préservatif n'est pas recommandable. Commentaires : on ne peut pas considérer comme bonne des efficacités de 5 %, ou plus de 15-20 % d'échec par an, ce ne sont pas des méthodes contraceptives mais d'espacement des naissances. Diaphragme, cape cervicale, spermicides (crème, ovule, éponge) : rajouter : ces méthodes doivent être déconseillées aux femmes qui envisageraient une IVG en cas de grossesse non désirée.
AVEP	Rajouter : <u>Si besoin, expliquer l'utilisation et faire une démonstration de l'application sur un support dédié. Proposer un dépistage des IST avant tout arrêt d'utilisation du préservatif lors de la stabilisation de la relation.</u>
ANSFO	Ces méthodes ont une efficacité contraceptive moindre que la pilule ou le DIU, mais qui peut être bonne si les partenaires ont bien compris leur utilisation, sont motivés, et si la méthode est utilisée lors de tous les rapports sexuels, quelle que soit la date du cycle. Le préservatif est une contraception qui doit être proposée à tous les couples en post-partum ; la reprise d'une contraception régulière telle que la pilule peut s'avérer très contraignante avec les bouleversements qu'entraîne la venue d'un bébé et la reprise de la sexualité souvent progressive. « Ces méthodes ont une efficacité contraceptive moindre que la pilule ou le DIU mais qui peut être bonne si les partenaires ont bien compris leur utilisation, sont motivés et si la méthode est utilisée lors de tous les rapports sexuels, quelle que soit la date du cycle. » À remplacer par : « que les contraceptifs de longue durée d'action (DIU, implant), car il nécessite un apprentissage d'utilisation, une utilisation lors de tous les rapports sexuels, quelle que soit la date du cycle, et un consentement des partenaires sexuels pour une utilisation optimale ». Préservatifs (masculins, féminins) : - préciser que le préservatif masculin ou féminin doit être mis en place avant tout contact entre les sexes ; une IST ou une grossesse sont possibles lors de rapports sexuels même sans pénétration : le liquide séminal (avant éjaculation) peut déjà contenir des spermatozoïdes ; - jamais les deux préservatifs (masculins et/ou féminins) à la fois. Tout comme la fiche « Contraception pour l'homme », rappeler <u>les règles d'utilisation d'un préservatif féminin</u> et ses différents avantages : - protection contre le HIV/IST ; - pas de délai pour l'homme pour se retirer après l'éjaculation ; - peut être mis en place avant le début du rapport sexuel.

V. 2.5. Paragraphe « Méthodes naturelles »

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
<i>Planning familial (confédération MFPPF)</i>	À moduler ++++ sur la méthode MAMA « contraception efficace » ! dans des conditions d'allaitement exclusif et prolongé. Insister sur la période difficile et à risque au moment du sevrage et de l'espacement des tétées.
<i>Collège national des sages-femmes de France</i>	Il convient de détailler les conditions additionnelles pour la réussite de la méthode MAMA, notamment l'absence de métrorragie au-delà du premier mois post-partum + proximité mère-enfant + 0 biberon, etc. ATTENTION ! Un seul critère fait défaut et la méthode devient inefficace à J-5 (en tenant compte de la durée de survie des spermatozoïdes, etc.). Plutôt que « associer au préservatif [...] », privilégier une syntaxe du type « seule l'utilisation conjointe du préservatif (masculin ou féminin) assure une protection contre les IST ».
<i>CNPEDMM</i>	Je ne comprends pas le symbole indiqué à côté de la méthode MAMA.
<i>Association française pour la contraception</i>	Les cycles sont perturbés par l'allaitement.
<i>SYNGOF</i>	Aménorrhée lactationnelle (méthode MAMA) : l'allaitement constitue une contraception efficace jusqu'à 3 mois après l'accouchement, à condition d'être exclusif (pas plus de 6 heures entre 2 tétées la nuit, pas plus de 4 heures le jour), en l'absence de retour des règles. Le rapport de 2004 sur la contraception d'où sont issues ces recommandations se référaient à un rapport sur l'allaitement de 2002 dans lequel il est explicitement écrit : « Enfin, aucune grossesse n'a été observée pendant les 3 premiers mois du post-partum des femmes qui allaitent et sont en aménorrhée (289,293-297). Pour les femmes qui allaitent exclusivement et qui sont en aménorrhée, moins de 2 % seront enceintes dans les 6 premiers mois du post-partum (289,294,298-300) ». On ne peut pas considérer que, 2 % d'échec en 3 mois (de 3 à 6 mois post-partum) soit 8 % en un an à efficacité constante sur l'année, est une efficacité suffisante pour des femmes qui voudraient faire un IVG en cas de nouvelle grossesse ; il faut au moins que des chiffres précis soient donnés dans la fiche pour que les praticiens et les femmes aient les véritables données de choix.
<i>AVEP</i>	- « Associer au préservatif (masculin, féminin) si une protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST/SIDA) est recherchée » Supprimer « si une protection est recherchée ». Rajouter : <u>Si besoin, expliquer l'utilisation et faire une démonstration de l'application sur un support dédié. Proposer un dépistage des IST avant tout arrêt d'utilisation du préservatif lors de la stabilisation de la relation.</u>
<i>ANSFO</i>	<u>Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA)</u> 5 critères à respecter : <ul style="list-style-type: none"> • allaitement exclusif à la demande ; • jour et nuit/6 à 10 tétées par 24 h ; • < 6 h entre les tétées ; • aménorrhée persistante (absence totale de règles) ;

Organismes	Commentaires
	<ul style="list-style-type: none"> • jusqu'à 6 mois après l'accouchement. <p>Beaucoup de conditions, efficace à 98 % si toutes ces conditions sont respectées. Fournir des informations écrites +++ aux femmes. Si une des conditions n'est pas respectée, préservatifs + Norlevo®/+/Ellaone® en attendant une autre contraception. À n'utiliser que dans le cas où une grossesse non prévue pourrait être acceptée.</p>
ANSM	<p>Il est exagéré de mettre que la méthode MAMA est une contraception efficace, car elle est très contraignante, et le risque d'échec est important si non-respect strict.</p> <p>Si ajout d'un lexique à la fin ou en bas de page : MAMA → méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée).</p>

V. 2.6. Paragraphe « Stérilisation »

Organismes	Commentaires
UNAF	Ne préserve pas contre les IST/SIDA.
Planning familial (confédération MFPP)	Idem, intratubaire et non intra-utérin.
Collège national des sages-femmes de France	<p>Envisager une notion de traçabilité du choix de la patiente et de son information.</p> <p>Réfléchir à un score de risque de demande de reperméabilisation ?</p> <p>Supprimer le « généralement » dans l'avant dernier point : C'est irréversible (de principe) point !</p> <p>Quid d'une réorientation vers un praticien pouvant répondre à la demande de la femme (si hors champ de compétence ou clause de conscience) ?</p> <p>Il n'est pas recommandé de réaliser une stérilisation per-césarienne, les études démontrant un risque plus élevé de demande de reperméabilisation.</p>
ANCIC	Dispositif intratubaire inséré par voie hystéroscopique.
AVEP	<p>-Dans méthodes de stérilisation pour la méthode Essure, il s'agit d'un dispositif intratubaire et non intra-utérin par hystéroscopie.</p> <p>-Délai de 4 mois pour la stérilisation tubaire, le délai cours à partir de l'information faite (remise du dossier guide sur la stérilisation volontaire).</p>
ANSFO	<p>« Plusieurs méthodes disponibles :</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Insertion de dispositif intra-utérin dispositif intratubaire par hystéroscopie (l'obstruction est obtenue définitivement au bout de 3 mois par fibrose).</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ligature des trompes et autres méthodes (électrocoagulation, pose d'anneaux ou de clips) ».</p>

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
<i>ANSM</i>	Coût + mêmes commentaires que fiche « femme jeune ».
<i>Ordre national des pharmaciens</i>	Méthodes qui se pratiquent généralement sous AG, il faut peut-être le préciser, surtout après une césarienne ? Si la ligature des trompes se fait 7 jours après l'accouchement, cela veut dire que le délai de réflexion de 4 mois s'est fait pendant la grossesse et avant le terme, donc sans connaître l'issue ?

V. 3. COMMENTAIRES « PARTICULARITES DE LA PRESCRIPTION ET DU CONSEIL CHEZ LA FEMME EN POST-PARTUM »

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
<i>Collège national des sages-femmes de France</i>	<p>Délai de 21 jours avant reprise de la contraception orale, idem pour l'utilisation des capes diaphragmes spermicides, etc.</p> <p>Ne pas se précipiter vers une C° orale progestative, privilégier les méthodes locales jusqu'au choix définitif (Mieux vaut une femme qui se sait non protégée et qui pense aux préservatifs ou à la contraception d'urgence, plutôt que de se croire faussement protégée par une microprogestative mal utilisée !).</p> <p>L'utilisation des préservatifs peut avoir des effets bénéfiques secondaires les premiers temps, notamment sur les cicatrices périnéales.</p> <p>Second point : Il convient de tenir compte également de toutes les pathologies obstétricales pouvant avoir un impact sur le choix contraceptif concernant leurs complications éventuelles ou leur suivi (prééclampsie, diabète gestationnel, etc.).</p> <p>Troisième point : « en l'absence d'allaitement » : à préciser : en l'absence d'allaitement EXCLUSIF !</p> <p>Il peut-être envisager de débiter la reprise plus tôt d'une contraception orale, afin de tenir compte du risque d'oubli majoré en cette période lors de la reprise (rythme du nouveau-né, habitude à reprendre, etc.).</p> <p>Il est souhaitable de préciser également qu'une aide thérapeutique au sevrage tabagique ou à sa poursuite est possible au-delà de la grossesse pour les femmes qui le souhaitent.</p> <p>C'est également une période idéale de remise à jour vaccinale, parfois débutée en maternité.</p>
<i>CNPEDMM</i>	Quel est le rationnel pour dire 25 jours ? Je pense qu'il est risqué d'indiquer un jour exact qui n'est pas scientifiquement prouvé sur une large échelle.
<i>Association française pour la contraception</i>	Ne peut-on parler de la pose de l'implant en post-partum, de la prise des pilules progestatives à commencer dès la sortie de la maternité, afin que les femmes n'oublient pas ensuite de prendre une contraception ?

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
<i>AVEP</i>	« Le choix d'une méthode doit prendre en compte [...] (jusqu'à 6 semaines) » : Ajouter à la suite de « 6 semaines » : <u>sauf en cas de césarienne jusqu'à 6 mois</u> . En effet, le port des bas de contention étant recommandé pour 6 mois par la HAS.
<i>ANSFO</i>	<p>Il est important d'aborder la contraception et d'informer les femmes sur les méthodes possibles au cours du dernier trimestre de la grossesse et en post-partum. Non, dès les premières consultations, et tout au long de la grossesse et/ou lors des séances de préparation à la naissance.</p> <p>La contraception du post-partum doit être obligatoirement proposée, voire prescrite, à la sortie de la maternité. Si une contraception de longue durée (DIU, implant) est envisagée, sa prescription peut ainsi permettre à la femme de se procurer le dispositif choisi, qu'elle pourra amener et se faire poser lors de la consultation du post-partum.</p> <p>La consultation du post-partum (6 à 8 semaines après l'accouchement) doit permettre de confirmer le choix contraceptif, son renouvellement éventuel, sa surveillance ou la pose d'un dispositif de longue durée (DIU, implant) si la femme le souhaite.</p>

V. 4. AUTRES COMMENTAIRES

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
<i>Collège national des sages-femmes de France</i>	Le paragraphe dédié sur la Contraception d'urgence est ici primordiale compte-tenu des risques d'oubli majoré à la reprise d'une contraception orale, du risque d'échec de la MAMA à J moins 5 etc.
<i>AVEP</i>	<p>- Hiérarchiser les méthodes par ordre d'efficacité contraceptive (DIU avant pilule)</p> <p>Préciser toutes les méthodes qui sont hormonales y compris le DIU au LNG et leur génération.</p>
<i>ANSFO</i>	<p>Proposition de <u>schémas didactiques</u> permettant de faire visualiser rapidement à la femme <u>les différents contraceptifs envisageables en fonction du temps, de l'allaitement maternel ou non</u>. Avec le prescripteur ou l'informateur contraceptif, la femme éliminera les contraceptifs qui lui sont contre-indiqués ou qui ne correspondent pas à ses attentes.</p> <p><u>Les modèles de schémas proposés comportent des erreurs. Nous souhaitons surtout vous en présenter le principe.</u></p>

Organismes	Commentaires
	<div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> Contraception après l'accouchement sans allaitement </div> <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg); font-size: small; margin-left: 10px;">Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations Haute Autorité de Santé, 2004.</p> <p>Erratum des schémas ci-dessus proposés : en l'absence d'allaitement : les progestatifs seuls sont utilisables à partir de 21 j après l'accouchement.</p> <ul style="list-style-type: none"> • difficulté à visualiser la possibilité de pose de DIU dans les 48 h après l'accouchement sur cet exemple de schéma (rajouter 48 h dans l'échelle temporelle ?) • Les diaphragmes, capes cervicales, spermicides n'y sont pas mentionnés, possibles 6 semaines après l'accouchement. <p>+ <u>5 % des interruptions volontaires de grossesse ont lieu dans les 6 mois qui suivent l'accouchement.</u></p> <p>Mulet F. Guide de la contraception. Propriété de l'association GYNOVE (Angers), 2006. CNGOF - Extrait des Mises à jour en Gynécologie Médicale Contraception du post-partum, F. MULET*, PH. DESCAMPS (Angers).</p>

VI FICHE MÉMO – CONTRACEPTION CHEZ LA FEMME EN POST-ABORTUM**VI. 1. COMMENTAIRES FORME**

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires Éléments+/Éléments-</i>
<i>UNAF</i>	Lecture facile/Un peu long.
<i>Collège national des sages-femmes de France</i>	<p>Clair, précis, complet/Le post-abortum ne concerne pas que « post-IVG », mais également « post-IMG ». ATTENTION ! Dans l'intitulé du fichier de la fiche mémo ou s'il s'agit bien du post-IVG, le préciser dans le titre de la fiche mémo.</p> <p>Il est dommageable de suivre le même plan pour toutes les fiches. Ainsi, pour celle-ci, il pourrait être compris que les COP sont une première intention envisageable chez toute femme en post-abortum, alors que ce n'est pas le cas notamment en cas d'IVG suite à un oubli !</p> <p>Il serait utile d'ajouter un cadre sur la contraception d'urgence : modalités d'accès, etc. Ainsi qu'une consultation rapide dédiée permet une adaptation de celle-ci, un accès à une offre de choix élargie (Ulipristal & DIU au cuivre).</p> <p>Une prescription d'une CU au lévonorgestrel peut être recommandée lors de toute prescription de CO ou d'utilisation d'une méthode soumise à une observance stricte.</p>
<i>CNPEDMM</i>	La phrase sur le début de la prise de contraception doit être coupée, car le message n'est pas très clair en fonction des deux types d'interruption de grossesse.
<i>SYNGOF</i>	<p>On ne peut accepter le conseil de méthodes barrières ou naturelles auprès de femmes qui, de par leur IVG, sont à risque de refaire une IVG (mauvaise adhérence aux techniques ou hyperfertilité) ; leur IVG récente laisse penser qu'elles ne sont pas prêtes à accepter une nouvelle grossesse. J'avais cru comprendre que la diminution du nombre d'IVG était un impératif de santé publique.</p> <p>La recommandation de prescription en première intention d'une première génération n'est pas validée par les méta-analyses qui montrent un risque artériel significativement plus élevé avec les 1^{res} que les 2^e générations (cf. Plu-Bureau, Best Pract Res Clin End Met, 2013, 27, 35-45) ; il serait souhaitable que l'ANSM n'attende pas le dépôt d'une plainte après IDM sous 1^{re} génération pour prendre en compte le risque artériel et pas seulement veineux dans ses recommandations.</p>
<i>AVEP</i>	Hiérarchiser les méthodes par ordre d'efficacité contraceptive (DIU avant pilule), préciser toutes les méthodes qui sont hormonales, y compris le DIU au LNG et leur génération.
<i>CESPHARM</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Document très complet. - Structuration et intertitres. <p>/</p> <p>Contenu des paragraphes un peu dense : lisibilité ?</p>
<i>Ordre national des pharmaciens</i>	<p>Il serait nécessaire de numéroter les pages.</p> <p>Il faudrait une légende des pictogrammes.</p>

VI. 2. COMMENTAIRES METHODES UTILISABLES**VI. 2.1. Paragraphe « Œstroprogestatifs »**

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
<i>Collège national des</i>	En précisant les risques liés au tabac, il est souhaitable de préciser également qu'une aide thérapeutique au sevrage est possible au cours d'une consultation.

Organismes	Commentaires
sages-femmes de France	Plutôt que « associer au préservatif [...] », privilégier une syntaxe du type « seule l'utilisation conjointe du préservatif (masculin ou féminin) assure une protection contre les IST ».
Association française pour la contraception	<p>Les femmes doivent savoir qu'elles doivent prévenir leurs médecins, chirurgiens, anesthésistes en cas d'intervention chirurgicale, immobilisation prolongée et DE LONG VOYAGE EN AVION</p> <p>Risque thromboembolique surtout pendant les premiers mois après le début de la prise et aussi : LES PREMIERS MOIS QUI SUIVENT LA REPRISE DE LA PILULE APRÈS UN ARRÊT DE PLUS DE 4 SEMAINES.</p>
ANCIC	Supprimer 12 h.
SYNGOF	<p>La recommandation de prescription en première intention d'une première génération n'est pas validée par les méta-analyses qui montrent un risque artériel significativement plus élevé avec les 1^{res} que les 2^e générations (cf. Plu-Bureau, Best Pract Res Clin End Met, 2013, 27, 35-45) ; il serait souhaitable que l'ANSM n'attende pas le dépôt d'une plainte après IDM sous 1^{re} génération, pour prendre en compte le risque artériel et pas seulement veineux dans ses recommandations.</p> <p>Rajouter les modalités d'utilisation des œstroprogestatifs oraux (prise quotidienne, toujours au même moment pour la pilule).</p> <p>La nécessité d'informer les médecins de la prise d'une contraception œstroprogestative en cas de plâtre, d'immobilisation, d'hospitalisation ou d'intervention programmée.</p> <p>La conduite à tenir en cas de diarrhée ou vomissement.</p> <p>Après les complications, ajouter :</p> <p>Les bénéfices de la contraception œstroprogestative en termes de diminution de l'acné (méta-analyse Cochrane), de la dysménorrhée (idem), et de l'abondance des règles (entre 35 et 65 %, idem), si on ne parle pas des bénéfices, je ne vois pas où est l'information loyale permettant de faire un choix éclairé.</p>
AVEP	<ul style="list-style-type: none"> - « Les autres œstroprogestatifs (dont anneaux et patchs) ne devraient être réservés qu'aux cas d'intolérance aux pilules de 1^{re} ou 2^e génération et au refus d'une autre méthode contraceptive ». <p>Rajouter entre parenthèses après « cas d'intolérance » : <u>(intolérances invalidantes)</u>.</p> <p>Préciser les types d'intolérance.</p> <p>Le refus de commencer par une 1^{re} ou 2^e génération ne doit pas être considéré comme le « refus d'une autre méthode contraceptive ».</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Les femmes doivent être informées sur : [...] pendant les premiers mois [...] » : Supprimer « pendant les premiers mois » et remplacer par : <u>la première année</u>. - Rajouter : Les femmes doivent toujours rester vigilantes ensuite. - Ce passage sur les risques thromboembolique devrait être mis en gras ou souligné, sachant que le risque thromboembolique est très sous-évalué, puisque les accidents mortels à domicile ne sont pas répertoriés, et sont simplement classés dans les certificats de décès comme "arrêt cardio-respiratoire. <ul style="list-style-type: none"> - « Associer au préservatif (masculin, féminin) si une protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST/SIDA) est recherchée » <p>Supprimer « si une protection est recherchée ».</p> <p>Rajouter : <u>Si besoin, expliquer l'utilisation et faire une démonstration de l'application sur un support dédié. Proposer un dépistage des IST avant tout arrêt d'utilisation du préservatif lors de la stabilisation de la relation.</u></p>
CESPHARM	- Rappeler qu'une contraception hormonale, <u>quelle qu'en soit la forme</u> (pilule, patch, anneau,

Organismes	Commentaires
	<p>implant, etc.) est <u>un médicament</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - qu'il faut signaler aux professionnels de santé si prise d'un autre traitement (risque d'interactions médicamenteuses), en cas d'immobilisation prolongée, intervention chirurgicale, etc. ; - qui présente, comme tout médicament, des bénéfices, mais également des risques et que ce risque est individuel, spécifique à chaque utilisatrice et susceptible d'évoluer dans le temps. <p>- Informer sur les effets indésirables potentiels et la conduite à tenir en cas d'apparition de ces effets indésirables, afin d'éviter des arrêts intempestifs de traitement.</p> <p>- Informer la femme de la possibilité d'un renouvellement de contraceptifs oraux pour 6 mois par le pharmacien ou l'infirmier(ère) sur présentation d'une ordonnance expirée, mais datant de moins d'un an (décret n° 2012-883 du 17 juillet 2012, décret n° 2012-35 du 10 janvier 2012).</p>
Ordre national des pharmaciens	(IST/SIDA) au lieu de (IST/SIDA).

VI. 2.2. Paragraphe « Progestatifs seuls »

Organismes	Commentaires
Collège national des sages-femmes de France	<p>L'injection d'acétate de médroxyprogestérone peut être proposée en relais pour laisser le choix à l'adolescente de se positionner sur une autre méthode contraceptive.</p> <p>Avertir également sur les perturbations menstruelles (type <i>spottings</i>).</p> <p>La prescription d'une contraception d'urgence au lévonorgestrel est recommandée lors de la prescription d'une contraception orale ou d'utilisation d'une méthode soumise à une observance stricte (puisque participant au rattrapage).</p> <p>Plutôt que « associer au préservatif [...] », privilégier une syntaxe du type « seule l'utilisation conjointe du préservatif (masculin ou féminin) assure une protection contre les IST ».</p>
ANCIC	Supprimer une fois « sont utilisables » ; supprimer 3 h et 12 h.
SYNGOF	Mêmes remarques sur les taux de grossesse ; il est étonnant de mettre sur le même plan lévonorgestrel et désogestrel chez des femmes venant de faire une IVG, dont on sait que c'est un facteur de risque pour une IVG ultérieure (mauvaise adhérence aux méthodes ou hyperfertilité).
AVEP	<ul style="list-style-type: none"> - Rajouter : Les femmes doivent être informées sur les risques thromboemboliques pouvant survenir, surtout la première année après le début de la prise, et doivent toujours rester vigilantes ensuite. - Les pilules microprogestatives : pilule au lévonorgestrel (remboursée) et pilule au désogestrel (non remboursée) contiennent du désogestrel qui est un progestatif de 3^e génération, et ne devraient donc pas être proposées au même titre que le lévonorgestrel. - Corriger : « implant à l'étonogestrel » par « <u>étonogestrel</u> », il y a un « r » en trop. <p>Dans ce paragraphe, concernant le problème d'observance, il faudrait ajouter « la bonne tolérance est variable selon les patientes ». La tolérance des 12 h pour le désogestrel est un argument avancé par les laboratoires, mais non établi par des professionnels neutres.</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Associer au préservatif (masculin, féminin) si une protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST/SIDA) est recherchée »

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
	Supprimer « si une protection est recherchée ». Rajouter : <u>Si besoin, expliquer l'utilisation et faire une démonstration de l'application sur un support dédié. Proposer un dépistage des IST avant tout arrêt d'utilisation du préservatif lors de la stabilisation de la relation.</u>
<i>ANSFO</i>	« implant à l'étonogestrel : méthode de longue durée d'action, est laissé en place et efficace pendant 3 ans (à retirer plus tôt en cas de surpoids). » : non vérifié scientifiquement, n'existe dans aucune recommandation internationale. + Informer sur les effets secondaires (prise de poids, acné, irrégularité du cycle) à l'origine des retrait trop précoce du dispositif.
<i>ANSM</i>	Répétition : sont utilisables sont utilisables.
<i>CESPHARM</i>	- Rappeler qu'une contraception hormonale, <u>quelle qu'en soit la forme</u> (pilule, patch, anneau, implant, etc.) est <u>un médicament</u> : <ul style="list-style-type: none"> - qu'il faut signaler aux professionnels de santé si prise d'un autre traitement (risque d'interactions médicamenteuses), en cas d'immobilisation prolongée, intervention chirurgicale, etc. ; - qui présente, comme tout médicament, des bénéfices mais également des risques, et que ce risque est individuel, spécifique à chaque utilisatrice et susceptible d'évoluer dans le temps. - Informer sur les effets indésirables potentiels et la conduite à tenir en cas d'apparition de ces effets indésirables, afin d'éviter des arrêts intempestifs de traitement. - Informer la femme de la possibilité d'un renouvellement de contraceptifs oraux pour 6 mois par le pharmacien ou l'infirmier(ère), sur présentation d'une ordonnance expirée mais datant de moins d'un an (décret n° 2012-883 du 17 juillet 2012, décret n° 2012-35 du 10 janvier 2012).
<i>Ordre national des pharmaciens</i>	Au 1 ^{er} carré, il est répété 2 fois de suite « sont utilisables ».

VI. 2.3. Paragraphe « Dispositifs intra-utérins »

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
<i>Collège national des sages-femmes de France</i>	Plutôt que « associer au préservatif [...] », privilégier une syntaxe du type « seule l'utilisation conjointe du préservatif (masculin ou féminin) assure une protection contre les IST ».
<i>CNPEDMM</i>	Il faudrait indiquer hCG et non HCG.
<i>ANCIC</i>	En cas d'IVG médicamenteuse, une contraception relais est à proposer avant la pose du DIU, au cas où le dispositif ne pourrait pas être mis en place lors du contrôle de l'efficacité de la méthode. Un contrôle du dispositif intra-utérin est indispensable dans les semaines suivant sa pose, si celui-ci a été mis en place immédiatement après une IVG chirurgicale ; on ne peut pas privilégier le DIU au LNG chez l'adolescente, étant donnée la difficulté de la pose (sauf sous anesthésie générale).
<i>SYNGOF</i>	Le terme contraception intra-utérine serait plus adapté, pour correspondre à la fois à IUD

Organismes	Commentaires
	<p>(dispositif) et SIU (<i>system</i>) dans la nomenclature anglo-saxonne.</p> <p>Ajouter : le DIU peut être mis en place à la visite de contrôle, si le dosage de B HCG est négatif.</p> <p>Conseiller aux femmes de consulter annuellement, ainsi qu'en cas de douleurs pelviennes, retard de règles, saignements inexpliqués, fièvre sans cause.</p>
AVEP	<ul style="list-style-type: none"> - Bien distinguer les deux types de DIU existant hormonal et non hormonal sous forme de 2 catégories. - Rajouter : <u>Les contre-indications pour le DIU au LNG sont les mêmes que pour les progestatifs seuls.</u> - Préciser à la patiente que le DIU au LNG est un contraceptif de type hormonal. - Préciser qu'il existe des risques thromboemboliques avec le DIU au LNG. Les femmes doivent être informées sur les risques thromboemboliques pouvant survenir surtout la première année après la pose, et doivent toujours rester vigilantes ensuite. - Ne pas indiquer que l'on peut laisser un DIU au cuivre jusqu'à dix ans en place, car c'est la porte ouverte aux problèmes et une incitation à une moindre surveillance. - Préciser ce qu'est l'utilisation optimale du DIU : contrôle échographique annuel ou régulier, en l'absence de quoi le Vidal rapporte 6 % de déplacements dont la moitié aboutit à une grossesse sur stérilet. - « leurs risques potentiels [...] » : Ajouter à la suite des risques, le risque déplacement, il y a en effet beaucoup plus de déplacements que d'expulsions. - Rajouter : « Conseiller aux femmes de consulter [...] » : <u>et de fièvre inexpliquée ou saignements anormaux.</u> - « Associer au préservatif (masculin, féminin) si une protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST/SIDA) est recherchée » <p>Supprimer « si une protection est recherchée ».</p> <p>Rajouter : <u>Si besoin, expliquer l'utilisation et faire une démonstration de l'application sur un support dédié. Proposer un dépistage des IST avant tout arrêt d'utilisation du préservatif lors de la stabilisation de la relation.</u></p>
ANSFO	<p>Quel que soit le DIU, ils peuvent être mis en place :</p> <ul style="list-style-type: none"> · immédiatement au décours de l'aspiration après une IVG chirurgicale (sauf en cas d'épisode infectieux) ; · lors de la visite de contrôle après une IVG médicamenteuse si la vacuité utérine à l'échographie est constatée ou si le dosage de beta HCG plasmatique est négatif si le dosage quantitatif de βHCG < 1 000 UI/l à J14 (cf. « Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse », D^r Philippe Faucher) ; · En cas de doute, le DIU est posé lors des règles suivantes (dans ce cas, une autre contraception doit être utilisée). <p>Leur longue durée d'action (4 à 10 ans pour les DIU au cuivre [...]) tous les DIU ont l'AMM pour 5 ans, sauf le TT380 qui l'a pour 10 ans.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nécessite un contrôle médical après la pose du DIU. • Anticiper la douleur de la pose (ibuprofène, sauf si allergie 1 heure avant le geste). • La pose d'un DIU ne nécessite pas de précaution matérielle particulière (pas de nécessité de dispositif délivrant de l'oxygène en particulier). <p>Fournir une carte de traçabilité du DIU à la patiente.</p>

Organismes	Commentaires
Ordre national des pharmaciens	Au 3 ^e point « les femmes doivent être informées sur » : Doit-on rappeler un point avec le risque de diminution d'efficacité avec les AINS ?

VI. 2.4. Paragraphe « Méthodes barrières »

Organismes	Commentaires
Collège national des sages-femmes de France	ATTENTION ! Les éponges spermicides ne sont plus disponibles en France depuis 2008. Concernant le diaphragme, un nouveau modèle à taille unique arrive sur le marché français et se substituera progressivement aux anciens modèles. Ajouter une phrase sur les capes et diaphragme. L'apprentissage de la pose doit se faire en consultation auprès du médecin ou de la sage-femme.
Association française pour la contraception	Compte tenu du taux élevé d'échec, l'éventualité d'une grossesse doit être acceptable, sinon préférer une autre méthode.
ANCIC	Supprimer : « il est conseillé d'utiliser une méthode qui ne nécessite pas [...] ».
SYNGOF	Le premier paragraphe est inacceptable, ces femmes sont à risque de refaire une IVG (mauvaise adhérence aux techniques ou hyperfertilité), leur IVG récente laisse penser qu'elle ne sont pas prête à accepter une nouvelle grossesse, donc le qualificatif de « bonne » pour l'efficacité contraceptive de méthodes ayant 15 à 20 % d'échec/an en conditions courantes (et certainement chez ces femmes à risque) est inqualifiable (car je n'ai justement pas trouvé d'autres termes...) Donc la méthode barrière seule n'est pas recommandable. Préservatif masculin ou féminin.
AVEP	Rajouter : <u>Si besoin, expliquer l'utilisation et faire une démonstration de l'application sur un support dédié. Proposer un dépistage des IST avant tout arrêt d'utilisation du préservatif lors de la stabilisation de la relation.</u>
ANSFO	« Ces méthodes ont une efficacité contraceptive moindre que la pilule ou le DIU mais qui peut être bonne si les partenaires ont bien compris leur utilisation, sont motivés et si la méthode est utilisée lors de tous les rapports sexuels, quelle que soit la date du cycle. » À remplacer par : « que les contraceptifs de longue durée d'action (DIU, implant), car il nécessite un apprentissage d'utilisation, une utilisation lors de tous les rapports sexuels, quelle que soit la date du cycle. et un consentement des partenaires sexuels pour une utilisation optimale ». Préservatifs (masculins, féminins) : <ul style="list-style-type: none"> - préciser que le préservatif masculin ou féminin doit être mis en place avant tout contact entre les sexes, une IST ou une grossesse sont possibles lors de rapports sexuels même sans pénétration : le liquide séminal (avant éjaculation) peut déjà contenir des spermatozoïdes ; - jamais les deux préservatifs (masculins et/ou féminins) à la fois. Tout comme la fiche « Contraception pour l'homme », rappeler <u>les règles d'utilisation d'un préservatif féminin</u> et ses différents avantages : <ul style="list-style-type: none"> - protection contre le HIV/IST ; - pas de délai pour l'homme pour se retirer après l'éjaculation ; - peut être mis en place avant le début du rapport sexuel.

VI. 2.5. Paragraphe « Méthodes naturelles »

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
<i>Collège national des sages-femmes de France</i>	Ajouter qu'« Elle nécessite impérativement un apprentissage et qu'une » formation spécifique est NÉCESSAIRE (et non juste préférable). Plutôt que « associer au préservatif [...] », privilégier une syntaxe du type « seule l'utilisation conjointe du préservatif (masculin ou féminin) assure une protection contre les IST ».
<i>SYNGOF</i>	Idem, le conseil de telles méthodes est inacceptable chez des femmes qui viennent de faire une IVG.
<i>AVEP</i>	- « Associer au préservatif (masculin, féminin) si une protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST/SIDA) est recherchée » Supprimer « si une protection est recherchée ». Rajouter : <u>Si besoin, expliquer l'utilisation et faire une démonstration de l'application sur un support dédié. Proposer un dépistage sanguin avant tout arrêt d'utilisation du préservatif lors de la stabilisation de la relation.</u>
<i>ANSFO</i>	À n'utiliser que dans le cas où une grossesse non prévue pourrait être acceptée. + Rappeler que l'ovulation peut avoir lieu à n'importe quel moment du cycle menstruel.

VI. 2.6. Paragraphe « Stérilisation »

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
<i>UNAF</i>	Ne préserve pas contre les IST/SIDA.
<i>Collège national des sages-femmes de France</i>	Envisager une notion de traçabilité du choix de la patiente et de son information. Réfléchir à un score de risque de demande de reperméabilisation ? Supprimer le « généralement » dans l'avant dernier point : C'est irréversible (de principe) point ! Quid d'une réorientation vers un praticien pouvant répondre à la demande de la femme (si hors champ de compétence ou clause de conscience) ?
<i>INPES</i>	DIT.
<i>ANCIC</i>	Intratubaire inséré par voie hystéroscopique.
<i>AVEP</i>	- Dans méthodes de stérilisation pour la méthode Essure il s'agit d'un dispositif intratubaire et non intra-utérin par hystéroscopie. - Délai de 4 mois pour la stérilisation tubaire, le délai cours à partir de l'information faite (remise du dossier guide sur la stérilisation volontaire).
<i>ANSFO</i>	« Plusieurs méthodes disponibles : <input type="checkbox"/> Insertion de dispositif intra-utérin dispositif intratubaire par hystéroscopie (l'obstruction est obtenue définitivement au bout de 3 mois par fibrose). <input type="checkbox"/> Ligature des trompes et autres méthodes (électrocoagulation, pose d'anneaux ou de clips) ».

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
<i>ANSM</i>	Idem fiche « femme jeune ».
<i>Ordre national des pharmaciens</i>	Combien de temps après une IVG ?

VI. 3. COMMENTAIRES « PARTICULARITES DE LA PRESCRIPTION ET DU CONSEIL CHEZ LA FEMME EN POST-ABORTUM »

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
<i>UNAF</i>	Savoir pourquoi il y a eu grossesse : discours à adapter en fonction de la réponse de la femme pour éviter une nouvelle IVG.
<i>Planning familial (confédération MFPF)</i>	Après c'est le moment d'envisager la méthode de contraception la mieux adaptée : réévaluer le parcours contraceptif ; consultation post-IVG permet de vérifier si la méthode « choisie » est adéquate.
<i>Collège national des sages-femmes de France</i>	Lors de la consultation post-IVG, réalisée dans les semaines suivantes l'IVG – ou la consultation post-natale suivant l'IMG –, il convient de s'assurer que la contraception proposée à l'issue de l'interruption est bien adaptée à la patiente, ATTENTION à l'observance notamment !
<i>FNCGM</i>	Attention à ne pas attribuer des saignements ou des douleurs, qui peuvent être des complications du post-abortum, à des effets indésirables de la pilule.
<i>ANCIC</i>	on peut interroger les antécédents contraceptifs lors de la consultation pré-IVG et envisager une adaptation, mais c'est pendant la consultation post-IVG que la décision est prise à plus long terme.
<i>ANSFO</i>	+ place de la CCF lors des entretiens.

VI. 4. AUTRES COMMENTAIRES

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
<i>ANCIC</i>	Dans les cas des IVG itératives, il est souhaitable de mettre en avant les avantages des CLD (contraception longue durée), comme l'implant et le DIU, seules méthodes ayant démontré leur efficacité dans les risques de récives.
<i>AVEP</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Hiérarchiser les méthodes par ordre d'efficacité contraceptive (DIU avant pilule). - Préciser toutes les méthodes qui sont hormonales, y compris le DIU au LNG et leur génération.

Organismes	Commentaires		
ANSFO		Après IVG médicamenteuse	Après IVG chirurgicale
	Information/Choix Contraception	dès la demande d'IVG	dès la demande d'IVG
	Prescription Contraception	dès la demande d'IVG jusqu'à la visite de contrôle	dès la demande d'IVG jusqu'à la visite de contrôle
	Pilule oestroprogestative	dès le jour de prises du misoprostol	dès le jour de l'aspiration chirurgicale
	Patch oestroprogestatif	dès le jour de prises du misoprostol	dès le jour de l'aspiration chirurgicale
	Anneau vaginal oestroprogestatif	5 jours après ou aux prochaines "règles"	5 jours après ou aux prochaines "règles"
	Pilule microprogestative	dès le jour de prises du misoprostol	dès le jour de l'aspiration chirurgicale
	Pilule macroprogestative	dès le jour de prises du misoprostol	dès le jour de l'aspiration chirurgicale
	Implant progestatif	dès le jour de prises du misoprostol ou à la visite de contrôle	dès le jour de l'aspiration chirurgicale
	DIU progestatif	à la visite de contrôle	dès le jour de l'aspiration chirurgicale
	DIU cuivre	à la visite de contrôle	dès le jour de l'aspiration chirurgicale
	Préservatifs	dès le premier rapport sexuel	dès le premier rapport sexuel
	Contraception d'urgence	dès le premier rapport sexuel mal ou non protégé	dès le premier rapport sexuel mal ou non protégé
	Stérilisation volontaire	demande à la visite de contrôle délai de réflexion 4 mois efficacité Essure au bout de 3 mois	demande à la visite de contrôle délai de réflexion 4 mois efficacité Essure au bout de 3 mois

VII FICHE MÉMO – CONTRACEPTION CHEZ L'HOMME**VII. 1. COMMENTAIRES FORME**

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires Éléments+ / Éléments-</i>
<i>UNAF</i>	Lecture facile.
<i>Collège national des sages-femmes de France</i>	Clair et synthétique/Méthodes naturelles ? Il n'y a aucune précision sur le rôle et la place des hommes dans le choix et la gestion quotidienne des contraceptions féminines. → Remettre en exergue l'importance de la conscience de sa part de responsabilité dans les grossesses non programmées.
<i>CNPEDMM</i>	Présentation très claire.
<i>Ordre national des pharmaciens</i>	Il serait nécessaire de numéroter les pages. Il faudrait une légende des pictogrammes.

VII. 2. COMMENTAIRES METHODES UTILISABLES**VII. 2.1. Paragraphe « Préservatifs masculins »**

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
<i>Collège national des sages-femmes de France</i>	Pourquoi avoir détaillé alors que cela n'a pas été le cas pour les autres moyens féminins ? Ajouter qu'il convient de faire un nœud au préservatif avant de le jeter à la poubelle.
<i>FNCGM</i>	Dans les « règles d'utilisation du préservatif » parler du corps de « la » partenaire plutôt que « du » partenaire (il s'agit de contraception).
<i>Association française pour la contraception</i>	Doivent être utilisés à chaque rapport : l'ovulation peut se produire à n'importe quel moment du cycle. Laver le pénis à l'eau savonneuse avant tout autre contact : laver le pénis et aller uriner.
<i>INPES</i>	Sauf si allergie au latex : en gras Attention à ne pas abîmer le « préservatif » avec les ongles. Utiliser des lubrifiants à base d'eau (ou de silicone). Ressource : mode d'emploi du préservatif. http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detailTPSP.asp?numfiche=1328&order=undefined
<i>AVEP</i>	<u>Expliquer l'utilisation, et faire si nécessaire une démonstration de l'application sur un support dédié. Proposer une consultation au partenaire ou le renvoyer vers son médecin traitant dans cet objectif. Proposer un dépistage des IST avant tout arrêt d'utilisation du préservatif lors de la stabilisation de la relation.</u>
<i>ANSFO</i>	AUCUNE INFORMATION SUR L'UTILISATION DU PRÉSERVATIF FÉMININ.
<i>AFU</i>	J'ajouterai un chapitre « conseil en cas de rupture du préservatif ». Vérifier l'absence de morceau résiduel intravaginal, contraception du lendemain, prise en charge IST.

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
<i>ANSM</i>	(IST)/ SIDA comme le VIH (SIDA) . Latex. Ruptures moins fréquentes. Norme de qualité (NF ou CE).
<i>CESPHARM</i>	Le mode d'emploi du préservatif en tant que tel (puces 4, 5, 7 et 9 du paragraphe « règles d'utilisation d'un préservatif ») n'a pas lieu d'être dans cette fiche (le mode d'administration des autres contraceptifs n'a pas été détaillé dans les fiches précédentes). Indiquer en revanche qu'il existe une grande variété de préservatifs disponibles, et que le rôle du professionnel est : <ul style="list-style-type: none"> - de guider l'homme dans le choix (taille, allergies potentielles, choix personnels, coût, etc.) ; - d'informer ou de rappeler le mode d'emploi et les règles de bon usage (lubrifiants associés, manipulation, conservation, etc.). La brochure de l'INPES « Préservatifs, mode d'emploi » peut être un support intéressant à remettre. Préciser que le préservatif masculin ne doit pas être associé au préservatif féminin.
<i>Ordre national des pharmaciens</i>	Corriger au 1 ^{er} point (IST/SIDA) au lieu de (IST/SIDA) Au § « utilisation d'un préservatif », j'aurais bien rajouté ... l'intégrité de l'emballage conservé à l'abri de la chaleur . Et puis aussi à l'avant dernier carré « Fermer le préservatif usagé et le jeter à la poubelle ».
<i>Familles rurales Fédération nationale</i>	Le préservatif doit être placé sur le pénis, en érection, avant tout contact entre le pénis et le corps du partenaire afin de prévenir les IST et le risque de grossesse.

VII. 2.2. Paragraphe « Vasectomie »

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
<i>UNAF</i>	Ne préserve pas contre les IST/SIDA.
<i>Collège national des sages-femmes de France</i>	Envisager une notion de traçabilité du choix du patient et de son information. Réfléchir à un score de risque de demande de reperméabilisation ? Supprimer le « généralement » dans l'avant dernier point : C'est irréversible (de principe) point ! Quid d'une réorientation vers un praticien pouvant répondre à la demande de l'homme (si hors champ de compétence ou clause de conscience) ?
<i>CNPEDMM</i>	il serait bien de décrire en quelques phrases la procédure, en fait de reporter la section indiquée dans la fiche stérilisation à visée contraceptive chez l'homme
<i>INPES</i>	Il n'y a pas à ce jour d'autres méthodes contraceptives disponibles pour l'homme. Ajouter paragraphe sur : <ul style="list-style-type: none"> • les thèmes à aborder (démarche de conseil et d'accompagnement adapté à l'âge et aux besoins comme chez l'adolescente) ; • l'importance de l'implication masculine pour favoriser l'adhésion et/ou l'observance ; • faire réfléchir sur les conséquences d'une grossesse non désirée pour l'homme/le garçon ;

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
	<ul style="list-style-type: none"> l'informer sur la contraception d'urgence et les conditions de délivrance (y compris chez l'adolescent). Inciter à revenir avec sa partenaire ?
<i>AVEP</i>	Ajouter : L'efficacité de la méthode est confirmée après la réalisation de deux spermogrammes négatifs.
<i>ANSM</i>	« Un délai de réflexion de 4 mois doit être respecté entre la demande initiale et la stérilisation ».

VII. 3. AUTRES COMMENTAIRES

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
<i>Collège national des sages-femmes de France</i>	<p>Il est souhaitable de préciser également qu'une aide thérapeutique au sevrage tabagique est possible.</p> <p>Quid méthode naturelle ?</p> <ul style="list-style-type: none"> → Le retrait et son efficacité si bien contrôlée (cf. données OMS : IP 4 % en utilisation correcte et IP27 % si retrait mal géré). → Participation de l'homme dans l'utilisation des méthodes naturelles chez la femme, puisqu'il s'agit bien plus de méthodes du couple que de méthodes féminines. Il doit donc participer à la réflexion et éventuellement à l'apprentissage. <p>Préciser que des recherches sont toujours en cours sur les contraceptions hormonales, mais que leur application clinique large ne sont pas pour le moment envisageables.</p> <p>Ajouter un cadre sur le rôle de l'homme dans sa participation au choix de toutes les méthodes féminines et leur gestion quotidienne avec sa ou ses partenaires.</p>
<i>AVEP</i>	Rajouter un paragraphe : Méthodes naturelles (retrait et abstinence périodique). Méthodes peu adaptées aux adolescents.
<i>CESPHARM</i>	Pourquoi ne pas ajouter les <u>méthodes naturelles</u> aux modes de contraception chez l'homme ?

VIII FICHE MÉMO – STÉRILISATION A VISÉE CONTRACEPTIVE CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME

VIII. 1. COMMENTAIRES FORME

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires Éléments+/Éléments-</i>
<i>UNAF</i>	Lecture facile/Un peu long
<i>Planning familial (confédération MFPP)</i>	NE PAS PSYCHOLOGISER À OUIRANCE LA DEMANDE DE CONTRACEPTION DÉFINITIVE chez l'homme et chez la femme, CAR LES OBSTACLES AU CHOIX SONT IMPORTANTS, ET IL EXISTE DÉJÀ DE FORTES RÉTICENCES DES PRESCRIPTEURS PAR RAPPORT À CES MÉTHODES. Attention de ne pas refaire un « score » qui donne l'autorisation ou pas en fonction de l'avis du médecin !
<i>Collège national des sages-femmes de France</i>	Synthétique et clair.
<i>CNPEDMM</i>	Très clair/Il serait bien d'indiquer chez « l'intéressé(e) » ligne 4 de la consultation initiale.
<i>Ordre national des pharmaciens</i>	Il serait nécessaire de numérotter les pages.
<i>Familles rurales Fédération nationale</i>	Éléments (+) Pas de fiche.

VIII. 2. COMMENTAIRES PREAMBULE

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
<i>Planning familial (confédération MFPP)</i>	Ajouter : un délai de réflexion de 4 mois et pas besoin de l'avis de la conjointe/conjoint ou du compagnon/compagne.
<i>SYNGOF</i>	La loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001.

VIII. 3. COMMENTAIRES « CONSULTATIONS PREALABLE A L'INTERVENTION »

VIII. 3.1. Paragraphe « Consultation initiale »

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
<i>Planning familial (confédération MFPP)</i>	Supprimer la première ligne, la deuxième suffit : « s'assurer que la volonté de la personne est libre, motivée et délibérée ». Si DEMANDE, orienter vers un/une conseiller(ère) conjugal(e) ou autre professionnel. Informar sur toutes les méthodes contraceptives, les techniques de stérilisation et leur principe, les modalités de l'intervention, leur efficacité contraceptive, le caractère peu

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
	réversible de ces méthodes, les risques et complications. Supprimer le paragraphe : prendre en compte l'âge..... JUSQUE CONTRE-INDICATIONS.
<i>Collège national des sages-femmes de France</i>	Envisager une notion de traçabilité du choix de la patiente et de son information. Réfléchir à un score de risque de demande de reperméabilisation ? Quid d'une réorientation vers un praticien pouvant répondre à la demande de la femme (si hors champ de compétence ou clause de conscience) ?
<i>FNCGM</i>	Pourquoi « prendre en compte » l'âge de la personne (7° paragraphe) plutôt que « s'informer de ».
<i>Association française pour la contraception</i>	Si besoin, une consultation, et même un accompagnement par un conseiller conjugal, un psychologue ou un psychiatre peuvent être proposés à la personne pour l'aider à prendre sa décision, car la décision doit être claire et nette avant de passer à l'acte. S'il y a le moindre doute, il ne faut pas intervenir. Aussi, il ne devrait pas avoir de besoin de soutien post-stérilisation. Si celui-ci est nécessaire, on peut s'interroger sur le bien-fondé de la décision.
<i>ANCIC</i>	Supprimer le 7° paragraphe : prendre en compte l'âge... En dehors des mineures aucun critère ne permet de refuser une stérilisation, ce qui n'empêche pas d'aborder tout ces sujets.
<i>SYNGOF</i>	comment définir le praticien expérimenté ? Où commence l'expérience ? je préférerais un praticien qui accepte de le pratiquer.
<i>ANSFO</i>	Si besoin, un accompagnement par un conseiller conjugal et familial (CCF) , un psychologue ou un psychiatre peut être proposé à la personne.
<i>ANSM</i>	mais il(elle) lui est possible, si il(elle) le désire, d'associer ... Le(a) personne → la personne

VIII. 3.2. Paragraphe « Délai de réflexion »

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>

VIII. 3.3. Paragraphe « Consultation préopératoire suivante »

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>

VIII. 3.4. Paragraphe « Réalisation de l'acte en établissement de santé (public ou privé) »

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>

VIII. 4. STERILISATION CHEZ L'HOMME : INFORMATION A DELIVRER A LA PERSONNE

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
<i>Planning familial (confédération MFPPF)</i>	taux de grossesse ...remplacer « est de... » par « oscille entre 0,10 et 0,15 % ». Vasectomie : elle peut se faire en ambulatoire sous AL et AG (hospitalisation généralement de moins de 12 h).
<i>Collège national des sages-femmes de France</i>	Supprimer le « généralement » dans l'avant dernier point : C'est irréversible (de principe) point !
<i>FNCGM</i>	Plus d'hospitalisation de 3 jours pour vasectomie.
<i>Association française pour la contraception</i>	Présenter cette méthode comme permanente et généralement irréversible. Le recours à une opération restauratrice est possible, mais le résultat aléatoire. Dire possibilité de congélation du sperme. La fréquence et la nature des complications (parmi lesquelles hématomes, infections, douleur scrotale) varient selon les techniques et les voies d'abord. Il faut donner des chiffres pour chaque technique, sinon on a l'impression que ces complications sont très graves et très fréquentes, ce qui n'est pas le cas. (1 à 3 jours le plus souvent). 3 jours d'hospitalisation pour une vasectomie ? Celle-ci est faite en général en ambulatoire.
<i>ANCIC</i>	La vasectomie n'a normalement pas d'impact sur l'apparence physique (au lieu de généralement pas).
<i>SYNGOF</i>	Informé sur l'auto-conservation du sperme possible (payante dans ce cas).
<i>AVEP</i>	Rajouter : L'efficacité de la méthode « vasectomie » est confirmée après la réalisation de deux spermogrammes négatifs.
<i>AFU</i>	Réalisée en établissement de santé, elle peut se faire sous anesthésie locale en ambulatoire ou sous anesthésie générale et ne nécessite alors qu'une courte hospitalisation (1 à 3 jours <u>le plus souvent</u> ???). Je n'ai jamais vu un patient hospitalisé pour une vasectomie même sous AG ! Consiste à couper ou obturer les canaux déférents, auxquels on accède par une incision dans la peau des bourses. Cette obturation empêche alors le passage des spermatozoïdes vers la verge et aboutit à une azoospermie. N'est pas efficace immédiatement, mais au bout de 8 à 16 semaines, et environ 20 éjaculation pour la disparition des spermatozoïdes. Un spermogramme est réalisé afin de s'assurer de l'azoospermie. Durant cette période, il est recommandé de recourir à une méthode de contraception complémentaire.
<i>Ordre national des pharmaciens</i>	Corriger (IST/SIDA) et mettre (IST/SIDA).

VIII. 5. STERILISATION CHEZ LA FEMME : INFORMATION A DELIVRER A LA PERSONNE

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
<i>Planning familial (con-</i>	La première année d'utilisation est de l'ordre de 0,5 %.

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
<i>fédération MFPF)</i>	Ligature des trompes : nécessite une hospitalisation courte.
<i>Collège national des sages-femmes de France</i>	Supprimer le « généralement » dans l'avant dernier point : C'est irréversible (de principe) point !
<i>FNCGM</i>	En cas de ligature tubaire par cœlioscopie, il faut toujours une anesthésie générale. Dire plutôt que la reperméabilisation est d'efficacité « incertaine » plutôt que « variable ».
<i>Association française pour la contraception</i>	Le recours à une opération restauratrice est parfois possible, mais leur efficacité n'est pas garantie. Toutefois, dans le cas d'une ligature de trompe, une FIV pourra être envisagée. Il faut donner des chiffres pour chaque technique, sinon on a l'impression que ces complications sont très graves et très fréquentes, ce qui n'est pas le cas.
<i>ANCIC</i>	Supprimer dans « L'insertion de dispositif... » : dans des conditions d'asepsie de bloc opératoire (cela risque d'être mal compris, ce dispositif est souvent posé en salle de consultation).
<i>SYNGOF</i>	La méthode Essure est validée et n'a pas le risque anesthésique ou opératoire de la cœlioscopie. Présenter ces méthodes comme permanentes et généralement irréversibles. Le recours à une opération restauratrice est parfois possible, sauf pour l'insertion intratubaire irréversible, mais son efficacité est faible. Le taux de grossesse non souhaitées pour 100 femmes est de 0,5 % en pratique optimale ou courante, et est équivalent à celui des méthodes de longue durée d'action (DIU, implant) (Benefits and Risks of Sterilization Female and ACOG février 2013 Ob Gyn). Dispositif intratubaire : il y a un risque de déplacement et de non-efficacité pendant les 3 premiers mois au lieu de « N'est donc pas efficace immédiatement mais seulement au bout de 3 mois ». Dispositif par radiographie (abdomen sans préparation) ou par échographie ⊕ méthode validée maintenant par le CNGOF) doit être réalisé au bout de 3 mois, et montré au médecin responsable de la stérilisation. LRT réalisées en établissement de santé, elles se font généralement par voie cœlioscopique, avec les risques liés à ces interventions.
<i>ANSM</i>	Le taux de grossesses non souhaitées <u>es</u> .

VIII. 6. AUTRES COMMENTAIRES

<i>Organismes</i>	<i>Commentaires</i>
<i>Collège national des sages-femmes de France</i>	Quelle traçabilité des infos et du choix des patients pour l'un comme pour l'autre ?

COMMENTAIRES GÉNÉRAUX

Organismes	Commentaires
<p><i>Planning familial (confédération MFPPF)</i></p>	<p><u>Remarques générales valables pour toutes les fiches :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Intégrer l'importance de l'adhésion à chaque moyen de contraception, qui est un critère important, voire essentiel, en termes d'observance. • Insister sur l'importance de ne pas être intrusif lors de la consultation. • On évoque beaucoup les inconvénients, mais il est important de citer aussi les avantages pour chaque méthode, qui peuvent répondre aux attentes des femmes : <ul style="list-style-type: none"> ○ par exemple, souplesse d'utilisation pour la pilule, possibilité d'arrêter soi-même, autonomie dans la gestion de la contraception ; ○ discrétion pour le DIU, l'injection ; ○ méthode longue durée et discrétion pour DIU, implant, etc., mais pose et retrait par un médecin ou une SF. • Pilule : indiquer de la prendre « à heures régulières » au lieu de « toujours à la même heure », pour éviter les angoisses inutiles. • « En cas d'oubli de pilule » : cela concerne aussi les autres méthodes hormonales, donc ajouter peut-être ou de « décollement du patch » ou de « perte de l'anneau vaginal ». • « cas d'intolérance » ou « effets indésirables » ? • Au niveau des spermicides, l'éponge n'existe plus ! • Injections : elles sont présentées comme une méthode à n'utiliser que vraiment si aucune autre ne convient, et avec des inconvénients qui pourtant se retrouvent avec d'autres méthodes (ex. : prise de poids). Or, c'est une méthode utilisée dans d'autres pays et qui correspond bien à la demande de certaines femmes qui veulent discrétion, tranquillité, etc. Méthode mal vue en France, certes, car elle a été utilisée en HP ou centres pour personnes handicapées, mais pas de raison de la bannir si on parle de choix ! • Les saignements inexplicables ne sont plus une contre-indication au niveau de l'OMS. • La notion de risque de prise de poids est commune aux différentes méthodes hormonales. • Proposition : faire une fiche synthétique et globale qui reprenne ensuite les spécificités selon les situations, pour une plus grande lisibilité, car il y a beaucoup de caractéristiques communes.
<p><i>AVEP</i></p>	<p>Nous souhaitons également porter à votre connaissance un point qui n'a pas sa place dans ces fiches, mais qui a son importance dans la mise en œuvre des recommandations. Afin d'effectuer correctement la première consultation pour la contraception, le praticien devra prendre au minimum 30 à 45 minutes, pour informer la patiente et déterminer avec elle la méthode de contraception la plus adaptée. Il apparaît alors nécessaire de créer une cotation CPAM spécifique qui représenterait pour une première prescription de la contraception l'équivalent de deux consultations : C2 ou CS2. Si ce point n'est pas résolu, on peut craindre que les praticiens ne prendront pas le temps nécessaire pour mettre tout en œuvre, afin de respecter les recommandations.</p>

IX FICHE MÉMO – CONTRACEPTION D'URGENCE

COMMENTAIRES FORME

ÉLÉMENTS (+)

UNAF : TOUT CE QU'IL FAUT DIRE Y EST.

CNGOF : COMPARATIF.

CNP D'ENDOCRINOLOGIE : DESCRIPTION DES METHODES.

CNSF : SIMPLE, EXPLICITE – LES SF SONT CITEES.

PLANNING FAMILIAL : EXCELLENTE PRESENTATION PERMETTANT UNE LECTURE RAPIDE.

ÉLÉMENTS (-)

UNAF : FICHE UN PEU COMPLIQUEE A LA LECTURE, MAIS LE SUJET N'EST PAS SIMPLE. JE LE RECONNAIS !

CNGOF : FORMAT (DE POCHE PREFERABLE).

ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS : NUMEROTER LES PAGES.

COMMENTAIRES PRÉAMBULE

CNGOF : On peut rajouter qu'il ne peut s'agir d'une méthode habituelle de contraception ?

CNP d'endocrinologie : Il serait bien d'indiquer d'emblée dans le préambule que ce type de méthode n'est pas une méthode au long cours.

CNSF : En citant l'oubli : ajouter le décalage trop important d'horaire.

AFC : Bien souligner d'emblée que les méthodes hormonales de contraception d'urgence ne sont pas totalement efficaces au contraire des pilules contraceptives.

Planning familial : Une bonne contraception d'urgence devrait être facile d'accès, sûre et très peu chère.

ANCIC : Ajouter en cas de vomissement de la pilule ; et le remboursement à 100 % pour les mineures de 15 à 18 ans.

COMMENTAIRES MÉTHODES UTILISABLES

LÉVONORGESTREL

Paragraphe « Mode d'action »

CNGOF : Inhibition ou retardement de l'ovulation.

CNSF : On peut ajouter que si à l'examen la glaire cervicale est ovulatoire, on peut privilégier l'UA ou le DIU.

Le progestatif inhibe ou retarde l'ovulation, en inhibant ou retardant le pic de LH.

Planning familial : En cas de poursuite de la grossesse, pas de risque malformatif documenté sur le fœtus dans les études.

ANSM : Proposition pour harmonisation avec le RCP du LNG :

Progestatif agissant principalement en bloquant l'ovulation, et en empêchant la fécondation si le rapport sexuel a eu lieu pendant la phase préovulatoire.

Paragraphe « Délai d'utilisation possible »

CNP d'endocrinologie : La phrase sur la prise la plus précoce possible doit apparaître en premier et non à la fin du paragraphe.

ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS : Mettre en caractères gras « [...] de préférence **dans les 12 heures après le rapport**, [...] ».

On pourrait reformuler la dernière phrase comme suit :

Efficacité d'autant plus grande que la contraception d'urgence hormonale est utilisée précocement.

ANSM : Phrase finale peu claire.

Proposition :

« Méthode d'autant plus efficace qu'elle est utilisée précocement après le rapport non protégé ».

ANSFO : Mais de préférence dans les ~~42h~~ **24 h** après le rapport.

Paragraphe « Contre-indications »

CNSF : Maladie thromboembolique évolutive.

Grossesse évolutive.

Concernant l'allaitement maternel : le RCP donne une interruption de l'allaitement dans les 8 heures qui suivent la prise.

L'OMS et les données internationales ne recommandent pas cette interruption.

Planning familial : Non recommandé en cas d'antécédent de GEU.

Si pris pendant allaitement, ce dernier est non recommandé pendant 8 heures.

CESPHARM : Ajouter :

- déconseillé chez les femmes présentant un risque de grossesse ectopique (antécédents de salpingite ou de grossesse extra-utérine) ;
- en cas d'allaitement, il est recommandé de ne pas allaiter pendant au moins 8 heures après la prise de lévonorgestrel.

ANSM : Si le titre de la rubrique est « contre-indications », ne mettre QUE les contre-indications mentionnés dans le RCP. Cependant, nous proposons de remplacer le titre de cette rubrique par le titre « Contre-indications/Mises en garde », afin d'alerter le professionnel de santé sur des points importants pouvant guider son choix en termes de contraception d'urgence.

Dans ce cas :

Contre-indications/Mises en garde :

- Contre-indiqué en cas d'hypersensibilité au lévonorgestrel.
- Non recommandé en cas d'atteinte hépatique sévère, de facteurs de risque thromboemboliques préexistants ou d'antécédents personnels ou familiaux suggérant une thrombophilie.

FNCGM : Distinguer et expliquer la différence entre contre-indiqué et non recommandé.

Paragraphe « Effets indésirables »

CNGOF : CU hormonale : informer les femmes sur le retard possible de règle.

ANSM : Oubli des diarrhées et vomissements qui sont listés comme des EI fréquents (> 1/100 ; < 1/10) sur le RCP de LNG.

Proposition pour harmonisation avec le RCP du LNG :

Rassurer la femme sur les effets indésirables généralement modérés et de courte durée : nausées, fatigue, douleurs abdominales, diarrhées, vomissements, céphalées, vertiges, tension mammaire, troubles des règles (*spotting*, saignements pouvant faussement évoquer des règles).

FNCGM : Événements indésirables en vrac, inutile de « rassurer » ; chaque femme fait de cette information ce qu'elle « veut » ou plutôt ce qu'elle en intègre.

Paragraphe « Interactions médicamenteuses »

Planning familial : Il conviendrait de rajouter **qu'il est possible de prendre une dose double (3 mg) en cas de traitement inducteur enzymatique associé.**

<http://www.fsrh.org/pdfs/CEUguidanceEmergencyContraception11.pdf>

Paragraphe « Modalités d'accès »

UNAF : Indiquer quel est le taux de remboursement appliqué quand contraception délivrée à une adulte sans prescription.

CNP d'endocrinologie : Ces modalités risquent de changer si la contraception pour les 15-18 ans devient gratuite comme annoncé par la ministre de la Santé.

ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS : Il faudrait mentionner en caractères gras à chaque tiret les mots :

- **Pharmacie ;**
- **Centres de planning et d'éducation familiale ;**
- **Infirmières scolaires ;**
- **Services universitaires.**

Au tiret « pharmacie », on pourrait reformuler les points comme suit :

- Achat direct sans ordonnance ni remboursement ;
- Délivrance anonyme et gratuite (sans contrôle d'identité) pour les mineures en situation d'urgence ;
- Prescription par un médecin ou une sage-femme ouvrant droit à un remboursement à 65 %.

CESPHARM : Un lien vers les coordonnées des centres de planification et d'éducation familiale sur le site du ministère chargé de la Santé pourrait être ajouté :

<http://www.sante.gouv.fr/les-centres-de-planification-ou-d-education-familiale.html>

ANSFO : - Centres de ~~planning~~ **planification** et d'éducation familiale : délivrance anonyme et gratuite pour les mineures ~~désirant garder le secret~~ et pour les **majeures désirant garder le secret ou sans couverture sociale.**

- Infirmières scolaires : délivrance anonyme et gratuite pour les élèves des collèges et lycées (mineures ou majeures) en situation de « détresse caractérisée ».
<http://vosdroits.service-public.fr/F1100.xhtml>

INPES : Mettre une ligne spécifique sur les garçons « La CU peut également être délivrée aux hommes, mais sans la gratuité pour les mineurs ».

Paragraphe « Informations/conseils aux femmes »

UNAF : Important d'informer les femmes sur la nécessité du préservatif.

CNGOF : Consultation dédiée « si nécessaire » : n'est-elle pas toujours nécessaire ?

CNP d'endocrinologie : Il serait bien de donner un ordre de grandeur de l'efficacité en fonction du temps, environ 95 % lors des 24 premières heures, 85 % entre 24 et 48 heures et 58 % entre 48 et 72 heures ; origine : *Task Force on postovulatory methods of fertility regulation 1998*. Il faudrait indiquer que cette méthode n'est pas efficace juste au moment du pic ovulatoire.

ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS : Il faudrait ajouter le mot « complémentaire » au 1^{er} tiret.

On pourrait écrire :

Adopter une méthode contraceptive complémentaire et efficace de type barrière (préservatif).

Au 2^e tiret pour être plus clair, il faudrait écrire :

Réaliser un test de grossesse si les règles ne surviennent pas... ou en cas de saignements anormaux... ou en cas de signes évocateurs.

- La contraception hormonale n'est pas efficace à 100 %, et une grossesse est possible.
- Elle n'est pas efficace pour prévenir une grossesse lors d'un rapport sexuel postérieur à la prise.

On pourrait préciser au dernier tiret :

- Informer sur les méthodes de contraception régulières (pilules, implant, anneau, patch).

Enfin, mettre plus en évidence la dernière phrase en ajoutant un espace avant de terminer.

Pour harmoniser avec les autres fiches et écrire une phrase simple, il pourrait être noté :

« Informer sur la prévention des IST/SIDA et proposer un dépistage si nécessaire ».

CNSF : Citer les signes évocateurs de grossesses : tension mammaire, nausées, fatigue, etc.

ATTENTION ! Ajouter la diarrhée avec les vomissements dans les 3 heures qui suivent la prise.

AFC : « Ne pas utiliser plusieurs fois au cours d'un même cycle menstruel ». Quelle est la justification médicale de cette proposition ?

Planning familial : Si prise en raison d'un oubli de contraceptif hormonal (12 h pour pilules œstroprogestative et 3 h pour microprogestative) avec rapport sexuel dans les 5 jours précédant l'oubli : pas de remise en cause de la conduite à tenir (recommandations françaises) et utilisation de méthode barrière 7 jours.

Il peut être utilisé plusieurs fois par cycle si l'indication existe (rapport sexuel non ou mal protégé de moins de 72 h), y compris lorsqu'il y a un épisode antérieur de rapport sexuel, non ou mal protégé, en dehors de la fenêtre de traitement.

S'il s'agit d'un oubli de pilule dans la dernière semaine de la plaquette, enchaîner avec la plaquette suivante sans interruption.

Si c'est un médecin ou une sage-femme prescrivent une contraception d'urgence, il peut y associer un **démarrage rapide d'une contraception régulière** (sauf progestatif injectable), s'il existe une indication.

<http://www.fsrh.org/pdfs/CEUguidanceEmergencyContraception11.pdf>

Si contraception hormonale en cours : s'il s'agit d'un oubli de pilule dans la dernière semaine de la plaquette, enchaîner avec la plaquette suivante sans interruption.

CESPHARM : **Rappeler la conduite à tenir lors de la prise d'une contraception d'urgence suite à un oubli de pilule** (oubli +12 h ou +3 h, selon les pilules et rapport sexuel dans les 5 jours précédant l'oubli).

Lévonorgestrel : recommandations ANAES 2004 : poursuivre la prise de la pilule, préservatifs pendant 7 jours et, si oubli dans la 3^e semaine, enchaîner immédiatement une nouvelle plaquette.

Ulipristal : l'interaction possible de l'ulipristal avec les contraceptions hormonales conduisent à recommander que les rapports sexuels ultérieurs soient protégés par une méthode de contraception barrière, jusqu'au début des règles suivantes (RCP).

- **Pour lévonorgestrel** :

- en cas d'échec de la contraception d'urgence avec poursuite de la grossesse, les études épidémiologiques indiquent que les progestatifs n'entraînent pas de risque malformatif chez le fœtus.

ANCIC : Supprimer « ne pas utiliser plusieurs fois au cours d'un même cycle menstruel ».

ANSFO : Ne pas utiliser plusieurs fois au cours d'un même cycle menstruel.

VRAI pour l'UPA, mais **FAUX pour le LÉVONORGESTREL qui peut être pris plusieurs fois au cours d'un même cycle.**

Réaliser un test de grossesse, si les règles ne surviennent pas dans les 5 à 7 jours après la date attendue, ou en cas de saignements anormaux à la date prévue des règles, ou en cas de signes évocateurs, ou tout simplement systématiquement **15 jours après la prise de la CU** : la contraception d'urgence hormonale n'est pas efficace à 100 %, et une grossesse est possible ; elle n'est pas efficace pour prévenir une grossesse lors d'un rapport sexuel ultérieur à la prise.

INPES : J'enlèverais « efficace », je laisserais juste « Adopter une méthode contraceptive de type barrière ».

ULIPRISTAL

Paragraphe « Mode d'action »

CNSF : On peut ajouter que si à l'examen la glaire cervicale est ovulatoire, on peut privilégier l'UA ou le DIU.

Action directement sur le follicule (utilisable au-delà du pic de LH).

Planning familial : Rôle sur modifications de l'endomètre possible (RCP).

Paragraphe « Délai d'utilisation possible »

CNP d'endocrinologie : La phrase sur la prise la plus précoce possible doit apparaître en premier et non à la fin du paragraphe.

ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS : Noter comme pour LNG :

Efficacité d'autant plus grande que la contraception d'urgence hormonale est utilisée précocement.

ANSM : Phrase finale peu claire.

Proposition :

« Méthode d'autant plus efficace qu'elle est utilisée précocement après le rapport non protégé ».

ANCIC : L'efficacité à 5 jours n'est nullement prouvée.

ANSFO : Mais de préférence dans les 42h **24 h** après le rapport.

Paragraphe « Contre-indications »

ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS : Au 3^e tiret concernant l'allaitement, on pourrait mettre dans les parenthèses :

(au cours de cette période, tirer et jeter le lait maternel afin de maintenir la stimulation de la lactation).

CNSF : Le RCP donne 36 heures d'interruption de l'allaitement maternel et non une semaine.

L'OMS et les données internationales ne recommandent pas cette interruption.

Planning familial : Il est noté dans le RCP pas d'allaitement **au moins 36 h** pour les femmes qui allaitent. On peut supposer que la semaine préconisée l'est en raison de la longue durée de vie du produit ?

Mettre **grossesse** en gras.

CESPHARM : Séparer la grossesse de l'hypersensibilité à l'ulipristal.

(Le RCP indique en effet que « les données disponibles concernant l'effet sur le fœtus/nouveau-né d'une exposition à l'ulipristal acétate pendant la grossesse sont extrêmement limitées ». Le PGR européen prévoit la mise en place d'un registre européen et d'une étude observationnelle visant à suivre des grossesses survenues chez des femmes exposées à Ellaone[®]).

ANSM : Si le titre de la rubrique est « contre-indications », ne mettre QUE les contre-indications mentionnées dans le RCP. Cependant, nous proposons de remplacer le titre de cette rubrique par le titre « Contre-indications/Mises en garde », afin d'alerter le professionnel de santé sur des points importants pouvant guider son choix en termes de contraception d'urgence.

Pas de commentaires sur le contenu de cette rubrique telle que proposée dans la fiche mémo.

FNCGM : Distinguer et expliquer la différence entre contre-indiqué et non recommandé.

- Erreur de formulation dans la colonne UPA avec la grossesse qui vient on ne sait d'où.

Paragraphe « Effets indésirables »

CNGOF : CU hormonale : informer les femmes sur le retard possible de règle jusqu'à 7 j avec l'UPA.

Planning familial : Le retard de règles peut être assez important ; voir RCP 19,6 % sup à 7 jours dont 5,1 % sup à 20 jours.

ANSM : Oubli de plusieurs effets indésirables suivants déjà mentionnés dans le RCP (limités aux EI très fréquents et fréquents).

Proposition pour harmonisation avec le RCP de l'UPA :

Ajout des EI suivants : Troubles de l'humeur, diarrhées, vomissements, myalgies, douleurs dorsales, douleurs pelviennes, dysménorrhée.

FNCGM : Événements indésirables en vrac, inutile de « rassurer » ; chaque femme fait de cette information ce qu'elle « veut », ou plutôt ce qu'elle en intègre.

Paragraphe « Interactions médicamenteuses »

CNP d'endocrinologie : Pour le paragraphe Acétate d'ulipristal, un terme n'est pas clair substrat de la pg ? Le paragraphe sur la contraception hormonale n'est pas très compréhensible, le message est d'ailleurs difficile à donner.

ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS : Peut-être indiquer en caractères gras :

LNG dans le cadre d'une contraception d'urgence : utilisation simultanée d'UPA non recommandée.

CNSF : Imprécision du délai pendant lequel les interactions avec les contraceptifs œstroprogestatifs ou progestatifs ; donc préservatif jusqu'aux règles suivantes.

Planning familial : La réduction possible de l'action des contraceptifs (voir RCP) peut remettre en cause la règle française des 7 jours de préservatifs qui sont d'ailleurs recommandés dans ce cas jusqu'aux règles, en cas de prise suite à un oubli.

D'ailleurs le Royaume-Uni préconise dans ce cas 14 jours de préservatifs et 16 jours pour Qlaira dans CEU *guidance*, mise à jour 2012 de *la faculty of sexual reproductive Health care*.

ANSM : - Le RCP actuel ne mentionne pas d'interactions avec les substrats de P-gp, les anti-acides et les anti-H2.

- Concernant les IPP, il est précisé sur le RCP que la pertinence clinique de cette interaction n'est pas connue, est ce pertinent de la mettre ?

ANCIC : Pour l'UPA : rajouter après : « autres contraceptions », réduction probable de l'action contraceptive : prévoir un autre type de protection jusqu'à la fin de la plaquette contraceptive en cours.

Paragraphe « Modalités d'accès »

ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS : Indiquer plutôt :

Nécessité d'une prescription par un médecin ou une sage-femme pour la délivrance et le remboursement à 65 %.

Planning familial : Contraception d'urgence = contraception accessible facilement et rapidement, or, ici, nécessité de prescription médicale.

ANSM : Adapter la présentation de l'UPA et DIU à celle du LNG :

- Pharmacie :

- après prescription par un médecin ou une sage-femme (remboursement à 65 %).

Paragraphe « Informations/conseils aux femmes »

UNAF : Important d'informer les femmes sur la nécessité du préservatif.

CNGOF : Consultation dédiée « si nécessaire » n'est-elle pas toujours nécessaire ?

SYNGOF : La recommandation d'utiliser une méthode de rattrapage, en cas d'oubli de pilule de plus de 24 heures, est un simple accord professionnel sans preuve formelle d'efficacité (ANAES 2004) ; elle doit uniquement concerner le lévonorgestrel ; la prise d'ulipristal, dans ce cadre, est formellement déconseillée du fait du risque de diminution d'efficacité des comprimés restant sur la plaquette du fait de l'interaction médicamenteuse avec l'ulipristal.

ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS : Idem propositions LNG.

CNSF : Citer les signes évocateurs de grossesses : tension mammaire, nausées, fatigue, etc.

ATTENTION ! Ajouter la diarrhée avec les vomissements dans les 3 heures qui suivent la prise.

AFC : Pourquoi « ne pas utiliser plusieurs fois au cours d'un même cycle menstruel », quel est le danger et cela peut éviter une grossesse non désirée ?

Planning familial : Bien préciser préservatif jusqu'aux règles si oubli de pilule et rapport sexuel des 5 jours précédents, il est conseillé une seule fois par cycle. <http://www.fsrh.org/pdfs/CEUguidanceEmergencyContraception11.pdf>

CESPHARM : Rappeler la conduite à tenir lors de la prise d'une contraception d'urgence suite à un oubli de pilule (oubli +12 h ou +3 h selon les pilules et rapport sexuel dans les 5 jours précédant l'oubli).

Lévonorgestrel : recommandations ANAES 2004 : poursuivre la prise de la pilule, préservatifs pendant 7 jours et si oubli dans la 3^e semaine, enchaîner immédiatement une nouvelle plaquette.

Ulipristal : l'interaction possible de l'ulipristal avec les contraceptions hormonales conduisent à recommander que les rapports sexuels ultérieurs soient protégés par une méthode de contraception barrière jusqu'au début des règles suivantes (RCP).

ANSFO : - Ne pas utiliser plusieurs fois au cours d'un même cycle menstruel.

VRAI pour l'UPA, mais **FAUX pour le LÉVONORGESTREL qui peut être pris plusieurs fois au cours d'un même cycle.**

Réaliser un test de grossesse si les règles ne surviennent pas dans les 5 à 7 jours après la date attendue, ou en cas de saignements anormaux à la date prévue des règles, ou en cas de signes évocateurs ou tout simplement systématiquement **15 jours après la prise de la CU** : la contraception d'urgence hormonale n'est pas efficace à 100 % et une grossesse est possible, elle n'est pas efficace pour prévenir une grossesse lors d'un rapport sexuel ultérieur à la prise.

DISPOSITIF INTRA-UTÉRIN

Paragraphe « Mode d'action »

CNGOF : Effet toxique sur les spermatozoïdes du cuivre.

CNSF : On peut ajouter que si à l'examen la glaire cervicale est ovulatoire, on peut privilégier l'UA ou le DIU.

Paragraphe « Délai d'utilisation possible »

Planning familial : Oui, et préciser avec une très grande efficacité (de l'ordre de 98 %).

ANCIC : Ne pas insérer en cas de retard de règles ; la date de l'ovulation n'étant pas connue, supprimer la possibilité d'insertion 5 jours après.

INPES : La présence d'un « ou » est perturbante. Médicalement il s'agit de l'ovulation, mais pour le message gp, ce n'est pas par rapport au rapport sexuel.

Peut-être est-il intéressant d'apporter une précision, en mettant le délai d'ovulation en premier, puis en expliquant qu'en cas de difficulté à évaluer la date d'ovulation exacte, on peut poser jusqu'à 5 jours après le rapport ?

FNCGM : Inutile de dire que le DIU post-coïtal se met 5 jours après la date supposée de l'ovulation (!).

Paragraphe « Contre-indications »

CNGOF : Pour la nullipare, PV recommandé avant pose DIU ce qui limite l'utilité en CU.

CNSF : Maladie de Wilson.

Planning familial : La nulliparité n'est pas une contre-indication OK, mais avec précautions dépistage *chlamydia* et ou autres IST facile (entre 15 et 25 ans et suivant historique prises de risques), traitement si positif (pour certains systématiques attitude professionnelle) voir plus loin dans conseils aux femmes.

ANSM : - Dans le RCP de certains DIU au cuivre, la grossesse fait partie des contre-indications. Ne serait-il pas important de l'ajouter ?

- Le RCP de certains DIU au cuivre mentionne la maladie de Wilson, l'hypersensibilité au cuivre, la dysménorrhée, la ménorragie et l'utérus cicatriciel secondaire à une autre cause qu'une césarienne. Ne serait-il pas important de les ajouter ?

Paragraphe « Effets indésirables »

ANSM : Proposition : ajouter le risque infectieux commun aux DIUs :

- Risque d'expulsion, complications infectieuses, risque de perforation lié à la pose (exceptionnel).
- Effets sur les règles (règles plus importantes ou dysménorrhées).

Paragraphe « Interactions médicamenteuses »

Paragraphe « Modalités d'accès »

CNP d'endocrinologie : Il faut indiquer qu'une consultation avec un gynécologue ou un médecin est nécessaire, même si cette remarque peut sembler évidente.

ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS : Noter :

Nécessité d'une prescription par un médecin ou une sage-femme pour la délivrance et le remboursement à 65 %.

ANSFO : Si pas CI, prescrire ibuprofène 400 mg 1 cp, 1 heure avant la prise.

ANSM : Adapter la présentation de l'UPA et DIU à celle du LNG :

- Pharmacie ;
- après prescription par un médecin ou une sage-femme (remboursement à 65 %).

INPES : Pour DIU, rappeler l'importance de prendre en compte la pose par un professionnel dans les délais, etc.

Paragraphe « Informations/conseils aux femmes »

UNAF : Important d'informer les femmes sur la nécessité du préservatif.

ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS : Idem LNG et UPA.

CNSF : Citer les signes évocateurs de grossesses : tension mammaire, nausées, fatigue, etc.

ATTENTION ! Ajouter la diarrhée avec les vomissements dans les 3 heures qui suivent la prise.

Planning familial : Il conviendrait de prendre en compte l'épidémiologie du Chlamydia Trachomatis chez les femmes de moins de 25 ans, et **recommander que les médecins prescrivent une antibiothérapie prophylactique associée au moins pour couvrir le Chlamydia Trachomatis (Azithromycine 250 mg 4 cp en une prise) chez les femmes de moins de 25 ans ou à risque d'IST.**

<http://www.fsrh.org/pdfs/CEUguidanceEmergencyContraception11.pdf>

ANCIC : Consultation non à **3** mois, mais après les règles qui suivent ou maximum 1 mois et demi après la pose, si absence de règles.

ANSFO : Rappeler que la pose d'un DIU dans le cadre d'une contraception d'urgence **représente également une méthode de contraception régulière efficace** (au minimum ~~4 ans~~ **5 ans**).

- Programmer une consultation à ~~3 mois~~ **1 mois** (pour vérifier l'absence d'une grossesse), et conseiller de consulter annuellement ainsi qu'en cas de douleurs pelviennes.

INPES : Faire mention de la carte « Que faire en cas d'oubli de pilule ? » de l'Inpes qui est un outil particulièrement pertinent pour les médecins.

Autres commentaires :

CNSF : Un test urinaire de grossesse peut être conseillé **3 à 4 semaines** après l'utilisation d'une CU.

AFC : Aucun pourcentage d'efficacité n'est donné pour aucune méthode... pourtant primordial.

Planning familial : Le DIU d'urgence mérite certainement d'être promu, et facilité si la femme le souhaite en particulier comme point de départ d'une contraception au long cours très peu promue aujourd'hui dans les documents et rencontres sur la CU.

Dans tous les cas, préconiser un test de grossesse dans les deux semaines suivant le rapport non protégé.

Remarque d'ordre générale sur la CU :

Les recommandations en France datent de 2004, or l'OMS et bien des pays ont modifié cette conduite à tenir, dans le sens d'une tolérance de l'oubli bien supérieure (24 h, voire plus, suivant la semaine d'oubli, ce qui serait un sacré avantage pour les femmes), et une moindre consommation de CU, surtout recommandée la 1^{re} semaine après intervalle sans hormone (voir Québec, Royaume-Uni, etc.), sinon en cas d'oublis prolongés.

CESPHARM : Pour l'Ulipristal, il serait intéressant de signaler aux professionnels de santé qu'un nombre limité de femmes de moins de 18 ans ont été incluses dans les essais cliniques d'Ellaone[®]. Le PGR européen prévoit la mise en place d'une étude observationnelle, visant à évaluer la sécurité et la tolérance d'Ellaone[®] chez les mineures.

ANSFO : Rappel de la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule.

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

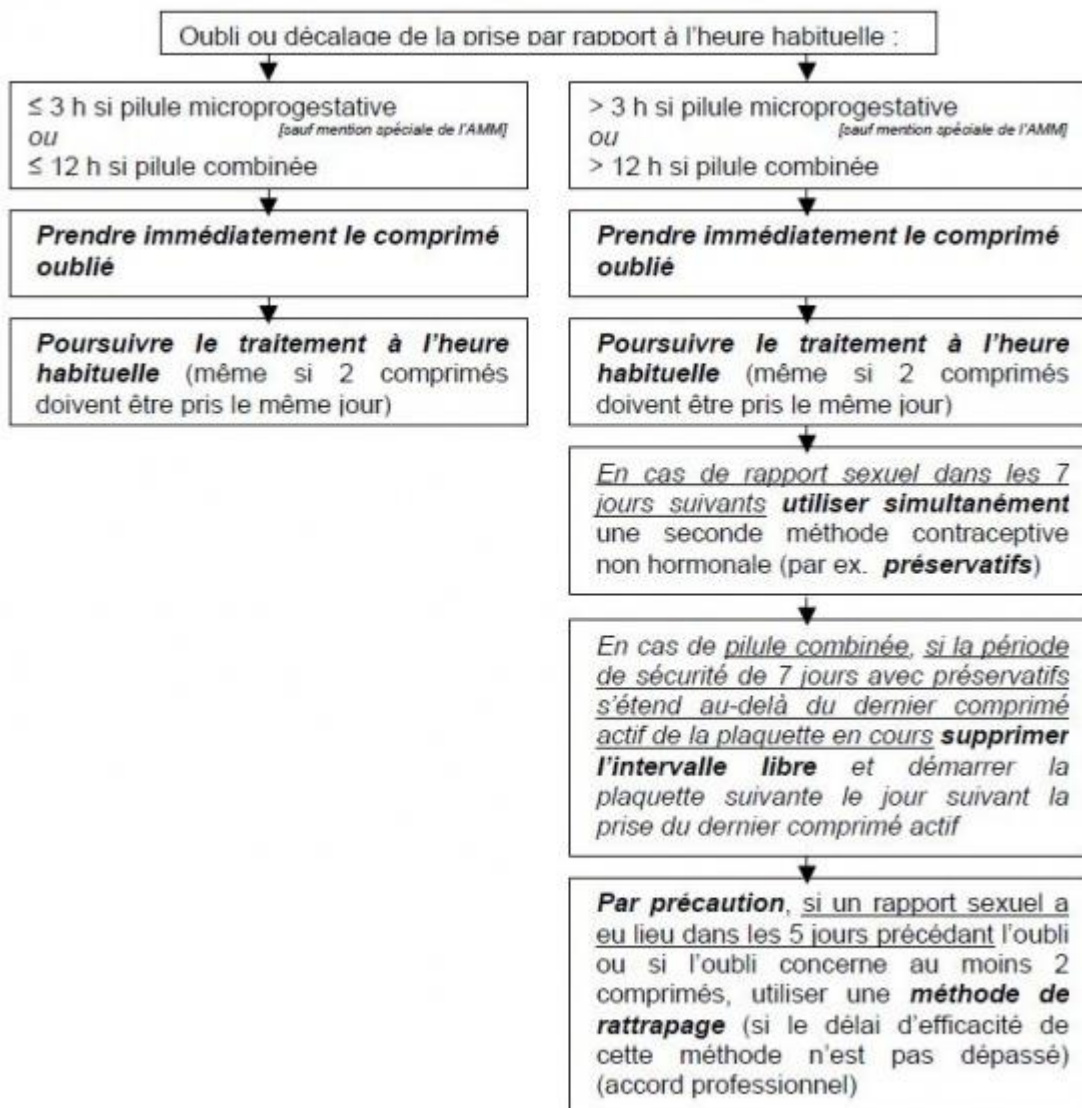


Schéma 1. Conduite à tenir en cas d'oubli ou de décalage de la prise d'une pilule

Références

1. Haute Autorité de Santé. Etat des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf
2. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Agence de sécurité sanitaire des produits de santé, Institut national de prévention et d'éducation en santé. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations pour la pratique clinique. Argumentaire. Saint-Denis La Plaine: ANAES; 2004. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_contraception_vvd-2006_2006_10_27_12_57_59_515.pdf
3. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, National Institute for Health and Clinical Excellence. Long-acting reversible contraception the effective and appropriate use of long-acting reversible contraception. London: RCOG Press; 2005. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10974/29912/29912.pdf>
4. Organisation mondiale de la santé. Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives. Genève: OMS; 2005. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/924256284X.pdf>
5. Organisation mondiale de la santé. Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives, mise à jour 2008. Guide essentiel OMS de planification familiale. Genève: OMS; 2009. http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_RHR_08.19_fre.pdf
6. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. La contraception. Comment mieux la personnaliser ? Les essentiels de l'INPES. Saint-Denis: INPES; 2012. <http://www.inpes.sante.fr/50000/pdf/essentiels/1110-contraception.pdf>
7. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Comment aider une femme à choisir sa contraception ? Repères pour votre pratique. Saint-Denis: INPES; 2013. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/784.pdf>
8. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Combined hormonal contraception. Clinical guidance. London: FSRH; 2011. <http://www.fsrh.org/pdfs/CEUGuidanceCombinedHormonalContraception.pdf>
9. Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA, Schulz KF, Helmerhorst FM. Combination contraceptives: effects on weight. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011; Issue 9:CD003987.
10. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Contraceptifs oraux combinés (COC) et risque de thrombose veineuse. Préférer les pilules de deuxième génération contenant du lévonorgestrel. Information destinée aux prescripteurs. Saint-Denis: ANSM; 2012. <http://ansm.sante.fr/S-informer/Informations-de-securite-Lettres-aux-professionnels-de-sante>
11. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. EVRA (patch contraceptif) et risque de thrombose veineuse : préférer un contraceptif oral combiné (COC) de 1ère ou 2ème génération. Point d'information. Saint-Denis: ANSM; 2013. <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/EVRA-patch-contraceptif-et-risque-de-thrombose-veineuse-preferer-un-contraceptif-oral-combine-COC-de-1ere-ou-2eme-generation-Point-d-Information>
12. Haute Autorité de Santé. Contraceptifs oraux estroprogestatifs : préférez les « pilules » de 1re ou 2e génération. Bon usage du médicament. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2012. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/contraceptifs_oraux_3_g_fiche_bum.pdf
13. Haute Autorité de Santé. Méthodes contraceptives - Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf
14. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Progestogen-only pills. Clinical guidance. London: FSRH; 2008. <http://www.fsrh.org/pdfs/CEUGuidanceProgestogenOnlyPill09.pdf>
15. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Progestogen-only implants. Clinical guidance. London: FSRH; 2008. <http://www.fsrh.org/pdfs/CEUGuidanceProgestogenOnlyImplantsApril08.pdf>
16. Haute Autorité de Santé. IMPLANON 68 mg, implant pour usage sous-cutané - code cip : 351 544-3. Avis de la commission de la transparence du 6 juillet 2005. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2005. <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ct031887.pdf>
17. Haute Autorité de Santé. IMPLANON 68 mg, implant pour usage sous-cutané. Avis de la commission de la transparence du 28 avril 2010. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2010. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-05/implanon_-_ct-8058.pdf
18. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Progestogen-only injectable contraception. Clinical guidance. London: FSRH; 2008. <http://www.fsrh.org/pdfs/CEUGuidanceProgestogenOnlyInjectables09.pdf>
19. Lopez LM, Grimes DA, Schulz KF, Curtis KM. Steroidal contraceptives: effect on bone fractures in women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011; Issue

7:CD006033.

20. Lopez LM, Chen M, Mullins S, Curtis KM, Helmerhorst FM. Steroidal contraceptives and bone fractures in women: evidence from observational studies. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012; Issue 8:CD009849.

21. Lopez LM, Grimes DA, Schulz KF. Steroidal contraceptives: effect on carbohydrate metabolism in women without diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012; Issue 4:CD006133.

22. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Intrauterine contraception. Clinical guidance. London: FSRH; 2007. <http://www.fsrh.org/pdfs/CEUGuidanceIntrauterineContraceptionNov07.pdf>

23. Haute Autorité de Santé. MIRENA 52mg (20 microgrammes/24 heures), dispositif intra-utérin B/1 dispositif (CIP: 339292-8). Avis de la commission de la transparence du 6 février 2013. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/evamed/CT-10558_MIRENA_Avis2_CT10558_RI.pdf

24. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Barrier methods for contraception and STI prevention. Clinical Guidance. London: FSRH; 2012. <http://www.fsrh.org/pdfs/CEUGuidanceBarrierMethodsAug12.pdf>

25. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Allaitement maternel : mise en oeuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de la vie de l'enfant. Saint-Denis La Plaine: ANAES; 2002. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_rap.pdf

26. Direction générale de la santé. Stérilisation à visée contraceptive. Livret d'information. Paris: Ministère des solidarités, de la santé et de la famille; 2012. <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/BD-Sterilisation-25oct2012.pdf>

27. Haute Autorité de Santé. ESSURE, dispositif pour stérilisation tubaire par voie hystéroscopique. Avis de la commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé du 29 mai 2012. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2012. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-06/essure-29_mai_2012_4062_avis.pdf

28. National Institute for Health and Clinical Excellence. Hysteroscopic sterilisation by tubal cannulation and placement of intrafallopian implants. Interventional procedure guidance 315. London: NICE; 2009. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11118/45506/45506.pdf>

29. Haute Autorité de Santé. Evaluation des techniques de stérilisation chez la femme et chez l'homme. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2005. <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Sterilisation.pdf>

30. American Urological Association, Sharlip ID, Belker AM, Honig S, Labrecque M, Marmar JL, *et al.* Vasectomy

AUA guideline. Washington: AUA; 2012. <http://www.auanet.org/content/media/vasectomy.pdf>

31. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Contraceptive choices for young people. Clinical guidance. London: FSRH; 2010. <http://www.fsrh.org/pdfs/ceuGuidanceYoungPeople2010.pdf>

32. Centers for Disease Control and Prevention. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2010. Adapted from the World Health Organization medical eligibility criteria for contraceptive use. 4th edition. *MMWR Morbidity Mortality Weekly Report* 2010;59(RR4).

33. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. UK medical eligibility criteria for contraceptive use. London: FSRH; 2009. <http://www.fsrh.org/pdfs/UKMEC2009.pdf>

34. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Postnatal sexual and reproductive health. Clinical Guidance. London: FSRH; 2009. <http://www.fsrh.org/pdfs/CEUGuidancePostnatal09.pdf>

35. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Venous thromboembolism and hormonal contraception. Green-top guideline n° 40. London: RCOG; 2010. <http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/GTG40VenousThromboEmbolic0910.pdf>

36. World Health Organization. Combined hormonal contraceptive use during the postpartum period. Geneva: WHO; 2010. http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_10.15_eng.pdf

37. Centers for Disease Control and Prevention. Update to CDC's U.S. medical eligibility criteria for contraceptive use, 2010 : revised recommendations for the use of contraceptive methods during the postpartum period. *MMWR Morbidity Mortality Weekly Report* 2011;60(26):878-83.

38. Haute Autorité de Santé. Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse. Recommandations de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2010. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-04/ivg_methode_medicamenteuse_-_recommandations_-_mel_2011-04-28_11-39-11_882.pdf

39. Direction générale de la santé. Interruption volontaire de grossesse. Dossier - guide. Paris: Ministère de la santé de la jeunesse et des sports; 2007. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_interruption_volontaire_de_grossesse.pdf

40. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Contraception for women aged over 40 years. Clinical guidance. London: FSRH; 2010. <http://www.fsrh.org/pdfs/ContraceptionOver40July10.pdf>

41. Société française d'endocrinologie. Contraception hormonale chez la femme à risque vasculaire et métabolique. Consensus. Paris: SFE; 2010.

http://www.s fendocrino.org/ images/mediatheque/articles/pdf/recommandations/2010%20consensus_sfe_2010_contr_ acception_hormonale_vd.pdf

42. Pernod G, Biron-Andreani C, Morange PE, Boehlen F, Constant J, Couturaud F, *et al.* Recommandations pour la recherche de facteurs biologiques de risque dans le cadre de la maladie thromboembolique veineuse : applications cliniques. Sang Trhomb Vaiss 2009;21(Suppl):5-11.

43. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Questions – Réponses pilule contraceptive. Le point en 22 questions. Saint-Denis: ANSM; 2013.

44. Académie nationale de médecine, Bouchard P, Spira A, Ville Y, Conard J, Sitruk-Ware R. Contraception orale et risque vasculaire. Paris: Académie nationale de médecine; 2013.
<http://www.academie-medicine.fr/Upload/contraception%20et%20risque%20vasculaire%2027%2002%20131.pdf>

45. Haute Autorité de Santé. ELLAONE 30 mg, comprimé B/1 (CIP : 394 503-7). Avis de la commission de la transparence du 13 janvier 2010. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2010.
<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/ellaone - ct-7137.pdf>

46. Haute Autorité de Santé. NORLEVO 1,5 mg, comprimé Boîte de 1. Avis de la commission de la transparence du 7 juillet 2004. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2004.
<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ct031600.pdf>

47. Haute Autorité de Santé. NORLEVO 1,5 mg, comprimé B/1 code CIP : 364 137-2. Avis de la commission de la transparence du 8 juillet 2009. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2009.
<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/norlevo - ct-6777.pdf>

48. Haute Autorité de Santé. Contraception d'urgence. Prescription et délivrance à l'avance. Recommandations en santé publique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/contraception_durgence - argumentaire_2013-04-30_14-24-25_321.pdf

49. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Emergency contraception. Clinical guidance. London: FSRH; 2011.
<http://www.fsrh.org/pdfs/CEUGuidanceEmergencyContraception11.pdf>

50. Organisation mondiale de la santé. Aide-mémoire sur l'innocuité des pilules au lévonorgestrel-seul de la contraception d'urgence (LNG-PCU). Genève: OMS; 2010.
http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_HRP_10.06_fre.pdf

51. Halpern V, Raymond EG, Lopez LM. Repeated use of pre- and postcoital hormonal contraception for prevention of pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010; Issue 1: CD007595.

52. American College of Obstetricians and Gynecologists. Risk of venous thromboembolism among users of drospirenone containing oral contraceptive pills. ACOG Committee Opinion n°540. Obstet Gynecol 2012;120(5):1239-42.

53. Michigan Quality Improvement Consortium. Prevention of pregnancy in adolescents 12 - 17 years. Guideline. Southfield: MQIC; 2012.
http://www.mqic.com/pdf/mqic_prevention_of_pregnancy_in_adolescents_12_to_17_years_cpg.pdf

54. American College of Obstetricians and Gynecologists. Adolescents and long-acting reversible contraception: implants and intrauterine devices. ACOG Committee Opinion n°539. Obstet Gynecol 2012;120(4):983-8.

55. American College of Obstetricians and Gynecologists. Long-acting reversible contraception: implants and intrauterine devices. ACOG Pract Bull 2011;121.

56. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, Guilbert ER, Boroditsky R, Black A, Kives S, Leboeuf M, *et al.* Canadian consensus guideline on continuous and extended hormonal contraception, 2007. J Obstet Gynecol Can 2007;29(7 Suppl 2):S1-32.

Participants

Coordination et rédaction

Dr Valérie Lindecker-Cournil, chef de projet, HAS

Dr Sophie Blanchard, chef de projet, HAS

D' Michel Laurence, chef du Service Bonnes Pratiques Professionnelles, HAS

M. Jean-Christophe Boscher, sage-femme, Saint-Brieuc

Dr Danielle Hassoun, gynécologue-obstétricien, Paris

Dr Marie-France Le Goaziou, médecin généraliste, Lyon

Relecture

Ont été sollicités pour participer à la relecture :

Institutions

- Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)
- Direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO)
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

Organismes professionnels ou autres

- Association fil-santé jeunes
- Association française pour la contraception (AFC)
- Association française des urologues (AFU)
- Association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception (ANCIC)
- Association nationale des sages-femmes libérales (ANSFL)
- Association nationale des sages-femmes orthogénistes (ANSFO)
- Association nationale des sages-femmes territoriales (ANSFT)
- Association française de promotion de la santé scolaire et universitaire
- Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française (CESPHARM)
- Collège de médecine générale (CMG)
- Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF)
- Collège national des sages-femmes (CNSF)
- Confédération nationale du mouvement français pour le planning familial
- Conseil national de diabétologie, d'endocrinologie et de maladies métabolique
- Conseil national de l'ordre des pharmaciens
- Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale
- Ordre national des infirmiers
- Société française de pédiatrie
- Société française de santé publique (SFSP)
- Syndicat national de PMI (médecins de PMI)
- Syndicat national des gynécologues obstétriciens français (SYNGOF)

Associations d'usagers

- Association des victimes d'embolie pulmonaire (AVEP)
- Collectif interassociatif sur la santé (CISS)
- Confédération syndicale des familles (CSF)
- Fédération des associations d'aide aux victimes d'accidents médicaux et à leur famille (AVIAM)
- Fédération nationale des familles rurales
- Lutte, Information, Études des Infections Nosocomiales et Sécurité Sanitaire (le Lien)

- UFC « Que choisir ? »
- Union nationale des associations familiales (UNAF)

Remerciements

Nous remercions pour leur relecture attentive des fiches mémo les personnes suivantes :

- Pr Gilles Bouvenot
- Dr Catherine Denis
- Dr Lise Duranteau
- Dr Marie-Agnès Koenig-Loiseau
- Pr Élisabeth Leca

