



**Recommandations pour la pratique clinique**

**STRATÉGIES DE CHOIX  
DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES  
CHEZ LA FEMME**

**Décembre 2004**

**Service des recommandations professionnelles  
de l'Anaes**

Les recommandations sur le thème de la « stratégie de choix des méthodes contraceptives chez la femme » ont été élaborées par l'Anaes (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) à la demande de la Direction générale de la santé.

Elles ont été réalisées, en collaboration avec l'Afssaps (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé) et l'Inpes (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), selon la méthode décrite dans le guide « Recommandations pour la pratique clinique – Base méthodologique pour leur réalisation en France », publié en 1999 par l'ANAES.

Les sociétés savantes et associations suivantes ont été sollicitées pour participer à leur élaboration :

- Association française pour la contraception
- Association fil-santé jeunes
- Association nationale des centres d'interruption volontaire de grossesse et de contraception
- Collège national des généralistes enseignants
- Collège national des gynécologues et obstétriciens français
- Confédération nationale du mouvement français pour le planning familial
- Société française de documentation et de recherche en médecine générale
- Fédération nationale des associations de sages-femmes
- Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale
- Société de formation thérapeutique du généraliste
- Société française de gynécologie
- Société française de médecine générale

L'ensemble du travail a été coordonné par le D<sup>r</sup> Frédéric DE BELS, chef de projet, sous la direction du D<sup>r</sup> Patrice DOSQUET, responsable du service des recommandations professionnelles.

La recherche documentaire a été réalisée par M<sup>me</sup> Marie GEORGET, M<sup>me</sup> Frédérique PAGÈS et M<sup>me</sup> Amal SINDONINO, documentalistes, assistées de M<sup>lle</sup> Sylvie LASCOLS, sous la direction de M<sup>me</sup> Rabia BAZI, responsable du service documentation de l'Anaes. Une recherche complémentaire a été effectuée par M<sup>lle</sup> Sandra KERZANET, documentaliste à l'Inpes.

Le secrétariat a été assuré par M<sup>me</sup> Catherine SOLOMON-ALEXANDER.

L'Anaes tient à remercier les membres du comité d'organisation, du groupe de travail, du groupe de lecture et de son Conseil scientifique qui ont participé à ce travail.

---

## COMITÉ D'ORGANISATION

---

D<sup>r</sup> Elizabeth AUBÉNY, gynécologue médical,  
Paris

D<sup>r</sup> Anne CASTOT, Afssaps, Saint-Denis

D<sup>r</sup> Paul CESBRON, gynécologue-  
obstétricien, Creil

D<sup>r</sup> Marie-Antoinette de CRÉCY, gynécologue,  
Sainte-Geneviève-des-Bois

D<sup>r</sup> Frédéric DE BELS, Anaes, Saint-Denis La  
Plaine

D<sup>r</sup> Catherine DENIS, Afssaps, Saint-Denis

D<sup>r</sup> Nathalie DUMARCET, Afssaps, Saint-  
Denis

M<sup>me</sup> Fatima LALEM-HACHILIE, conseillère  
conjugale et familiale, Paris

D<sup>r</sup> Yves LE NOC, médecin généraliste,  
Nantes

M. Henri LERIDON, socio-démographe, Le  
Kremlin-Bicêtre

D<sup>r</sup> Bruno MICHELON, gynécologue-  
obstétricien, Saint-Germain-en-Laye

D<sup>r</sup> Clara PELISSIER, gynécologue médical,  
Paris

---

## GROUPE DE TRAVAIL

---

D<sup>r</sup> Yves LE NOC, médecin généraliste, Nantes - président du groupe de travail

D<sup>r</sup> Jocelyne ATTIA-SOBOL, gynécologue-obstétricien, Lyon - chargée de projet

D<sup>r</sup> Cécile FOURNIER, Inpes, Saint-Denis – chargée de projet

D<sup>r</sup> Frédéric DE BELS, Anaes, Saint-Denis La Plaine – chef de projet

M<sup>me</sup> Danièle ALLARD, sage-femme, Aurillac

D<sup>r</sup> Patrick ALVIN, pédiatre, médecin  
d'adolescent, Le Kremlin-Bicêtre

D<sup>r</sup> Nathalie BAJOS, socio-démographe,  
Inserm, Le Kremlin-Bicêtre

D<sup>r</sup> Jean BOUYER, épidémiologiste, Inserm,  
Le Kremlin-Bicêtre

D<sup>r</sup> Catherine CABANIS, gynécologue  
médical, Castelnaudary

D<sup>r</sup> Robert CHAMBRIAL, médecin généraliste,  
Grenoble

D<sup>r</sup> Liliana KAPETANOVIC, Afssaps, Saint-  
Denis

D<sup>r</sup> Caroline LABORDE, Afssaps, Saint-Denis

M<sup>me</sup> Dominique DEVISE, infirmière scolaire,  
Lens

D<sup>r</sup> Rémy DURAND, médecin généraliste,  
Corgoloin

M<sup>me</sup> Micheline GAREL, psychologue, Villejuif

D<sup>r</sup> Jean LAMARCHE, pharmacien d'officine,  
Paris

D<sup>r</sup> Patricia LECLERC, gynécologue-  
endocrinologue, Rouen

D<sup>r</sup> Michel LEVEQUE, médecin généraliste,  
Thann

D<sup>r</sup> Alain MARIÉ, directeur médical - Quotidien  
du médecin, Issy-les-Moulineaux

D<sup>r</sup> Guy MASSON, gynécologue-obstétricien,  
Nîmes

D<sup>r</sup> Olivier PARANT, gynécologue-obstétricien,  
Toulouse

D<sup>r</sup> Bérengère PORRET, gynécologue  
médical, Paris

## GROUPE DE LECTURE

---

D<sup>r</sup> Pierre ARWIDSON, directeur des affaires scientifiques, Inpes, Saint-Denis  
D<sup>r</sup> Catherine AZOULAY, gynécologue-endocrinologue, Créteil  
D<sup>r</sup> Bruno BACHELARD, gynécologue-obstétricien, Perpignan  
M<sup>me</sup> Florence BARUCH-ALBERTO, psychologue clinicienne, Gentilly  
D<sup>r</sup> Jean-Gabriel BUISSON, médecin généraliste, Aix-sur-Vienne  
M<sup>me</sup> Françoise CAHEN, psychologue, psychanalyste, Paris  
P<sup>r</sup> Bruno CARBONNE, gynécologue-obstétricien, Paris - membre du Conseil scientifique de l'Anaes  
M<sup>me</sup> Evelyne CARRASCO, sage-femme, Toulouse  
M<sup>me</sup> Martine CHOSSON, conseillère conjugale et familiale, Paris  
D<sup>r</sup> Muriel CLOUET-DELANNOY, gynécologue-obstétricien, Toulouse  
D<sup>r</sup> Jacqueline CONARD, hématologue, Paris  
D<sup>r</sup> Françoise COTTIN BLANGY, médecin généraliste, Nantes  
D<sup>r</sup> Suzanne DAT, gynécologue médical, Toulouse  
D<sup>r</sup> Véronique DAVIS-BERGES, santé publique, Narbonne  
D<sup>r</sup> Pia de REILHAC, gynécologue médical, Nantes  
D<sup>r</sup> Renaud de TOURNEMIRE, pédiatre, Le Kremlin-Bicêtre  
D<sup>r</sup> Sophie DUBOURDIEU, gynécologue médical, endocrinologue, Nantes  
D<sup>r</sup> Anne DUCLUSAUD, gynécologue-obstétricien, Toulouse  
D<sup>r</sup> Carole DURAND, gynécologue-obstétricien, Montpellier  
M<sup>lle</sup> Isabelle ESCURE, sociologue, Poitiers  
M<sup>me</sup> Christine FERRON, psychologue, directrice adjointe des affaires scientifiques, Inpes, Saint-Denis  
D<sup>r</sup> Bernard GAVID, médecin généraliste, Neuville-de-Poitou  
D<sup>r</sup> Christian GHASAROSSIAN, médecin généraliste, Palaiseau  
M<sup>lle</sup> Agnès GILLET, sage-femme, Poissy

P<sup>r</sup> Anne GOMPEL, gynécologue médical, endocrinologue, Paris  
D<sup>r</sup> Bernard GUYOT-LANGLOIS, gynécologue-obstétricien, Poisy-Saint-Germain-en-Laye  
D<sup>r</sup> Danielle HASSOUN, gynécologue-obstétricien, Paris  
M<sup>me</sup> Marie-Christine HATTE, infirmière scolaire, Lens  
M<sup>me</sup> Florence HELARY-GUILLARD, sage-femme, Larré  
P<sup>r</sup> Jacques HOROVITZ, gynécologue-obstétricien, Bordeaux  
D<sup>r</sup> Marie-Françoise HUEZ-ROBERT, médecin généraliste, Chambray-lès-Tours  
D<sup>r</sup> Christian JAMIN, endocrinologue-gynécologue, Paris  
D<sup>r</sup> Christiane JEANVOINE, sage-femme, médecin généraliste, Nancy  
D<sup>r</sup> Michèle LACHOWSKY, gynécologue médical psychosomatique, Paris  
M<sup>me</sup> Colette LACOMBE, sage-femme, Aurillac  
M<sup>me</sup> Cécile LEBÉCEL, sage-femme, Lézignan-Corbières  
D<sup>r</sup> Philippe LEVEBVRE, gynécologue médical, Roubaix  
M. Eric LE GRAND, sociologue, L'Hermitage  
M<sup>me</sup> Marie-Christine LEYMARIE, sage-femme, Clermont-Ferrand  
P<sup>r</sup> Patrice LOPÈS, gynécologue-obstétricien, Nantes  
D<sup>r</sup> Jean-Claude MAGNIER, gynécologue médical, Paris  
D<sup>r</sup> Alfred MANELA, gynécologue accoucheur, Beauvais  
D<sup>r</sup> Michel MANETTI, médecin généraliste, Donnemarie-Dontilly  
M<sup>me</sup> Nicole MATET, Direction générale de la santé, Paris  
M<sup>me</sup> Laurence MATHERON, psychologue, Marseille  
D<sup>r</sup> Isabelle MICHELON-LORRAIN, gynécologue-obstétricien, Conflans-Sainte-Honorine  
D<sup>r</sup> Guy MORLAS, médecin généraliste, Saint-Denis-de-la-Réunion

M<sup>me</sup> Françoise NGUYEN, sage-femme,  
Poissy-Saint-Germain - membre du  
Conseil scientifique de l'Anaes  
P<sup>r</sup> Israël NISAND, gynécologue-  
obstétricien, Strasbourg  
D<sup>r</sup> Elisabeth PAGANELLI, gynécologue  
médical, Tours  
D<sup>r</sup> Isabelle PARIZOT, sociologue, Paris  
D<sup>r</sup> Jean-Loup PECQUEUX, médecin  
généraliste, Épinal  
P<sup>r</sup> Christian QUEREUX, gynécologue-  
obstétricien, Reims  
D<sup>r</sup> Martine ROESER, gynécologue  
médical, Orléans

D<sup>r</sup> Frédéric ROMIEU, médecin généraliste,  
Joigny  
M. Laurent TOULEMON, démographe,  
Paris  
D<sup>r</sup> Nathalie TRIGNOL-VIGUIER, médecin  
généraliste, Tours  
D<sup>r</sup> Isabelle VINCENT, directrice adjointe  
de la communication et des outils  
pédagogiques, Inpes, Saint-Denis  
D<sup>r</sup> Emmanuelle WOLLMAN, chargée de  
mission, CNRS, Paris - membre du  
Conseil scientifique de l'Anaes  
D<sup>r</sup> Hubert YTHIER, pédiatre, Roubaix

## SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS

---

1. La **différence possible entre l'efficacité optimale** des méthodes contraceptives (celle des essais thérapeutiques) **et leur efficacité en pratique courante** constitue un argument fort pour que la femme et le couple soient impliqués dans un choix adapté à leur réalité quotidienne.
2. **Laisser les personnes choisir** une méthode contraceptive est associé à une plus grande satisfaction des personnes ainsi qu'à une utilisation plus élevée des méthodes. La littérature souligne l'importance de considérer le couple dans la démarche contraceptive et de prendre en compte l'accord du partenaire.
3. La première consultation au cours de laquelle la question de la contraception est abordée devrait **autant que possible être une consultation spécifiquement dédiée à cette question**. S'il n'est pas possible de consacrer suffisamment de temps au sein de la consultation sur le sujet de la contraception (par ex. en cas d'urgence), il est recommandé de néanmoins réserver à ce sujet un temps spécifique et de programmer à court terme une autre consultation qui lui sera entièrement consacrée.
4. S'il s'agit d'une **adolescente, elle sera reçue sans ses parents. L'entretien est confidentiel**, même si l'évocation des parents dans la conversation en tête à tête reste tout aussi essentielle. Il importe de rester neutre et de ne pas avoir d'*a priori*. Les méthodes de 1<sup>er</sup> choix chez l'adolescente sont le préservatif masculin et la contraception hormonale, surtout œstroprogestative.
5. La littérature souligne la nécessité pour le professionnel de santé :
  - d'adapter sa consultation et sa prescription à chaque consultante ;
  - d'étendre le champ de son entretien au-delà des seuls critères médicaux en prenant en compte des déterminants psychologiques, sociologiques ou encore économiques ;
  - d'explorer les motivations de la consultante vis-à-vis de la contraception ;
  - d'accompagner la consultante ou le couple dans la réflexion et le choix de **la forme de contraception la plus adaptée à sa situation et à sa trajectoire personnelles**.Une consultation bâtie sur le modèle BERCER de l'OMS pourrait être adaptée.
6. Sous couvert d'un examen clinique normal, d'une recherche systématique des antécédents personnels ou familiaux (HTA, diabète, hyperlipidémie, migraine, accidents thromboemboliques) et en l'absence de problème médical familial ou personnel identifié, **les examens gynécologique et sanguins peuvent être expliqués et programmés pour une consultation ultérieure** (dans les 3 à 6 mois), notamment chez les adolescentes. Le frottis n'est utile que s'il y a eu des relations sexuelles antérieures.
7. **La contraception œstroprogestative est l'une des méthodes de 1<sup>re</sup> intention, pour les femmes ne présentant pas de facteur de risque particulier** (cardio-vasculaire, cancéreux, hépatique, etc.).

La contraception œstroprogestative présente en outre des **bénéfices potentiels non contraceptifs**, par ex. dans la prévention de certains cancers (cancers de l'endomètre, des ovaires et colorectaux).

**Toutes les générations de pilules œstroprogestatives sont associées à une augmentation du risque d'accident thrombo-embolique.** Le plus grand danger en prescrivant une contraception œstroprogestative, qu'elle soit de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> génération, est d'ignorer la présence de facteurs de risque cardio-vasculaire associés pour lesquels elle est contre-indiquée.

**Les données de la littérature rapportent une augmentation potentielle du risque de certains cancers,** notamment du sein et du col utérin. Ces cancers restent relativement peu fréquents dans les tranches d'âge considérées. Pour le cancer du sein, les cancers sont découverts à un stade plus précoce et aucune différence n'a été observée en termes de mortalité.

8. Il est possible d'utiliser la **contraception par progestatif seul** dans certaines situations où les pilules œstroprogestatives sont contre-indiquées, notamment en cas de risque cardio-vasculaire.

**La contraception par progestatif seul n'est cependant pas qu'une méthode de 2<sup>e</sup> intention.** Elle est à classer, de même que les œstroprogestatifs, au rang des méthodes efficaces dans leur emploi courant et très efficaces en utilisation optimale.

En l'état actuel, il s'agit essentiellement de la pilule microprogestative, laquelle implique une **prise rigoureuse** : tous les jours à la même heure, même pendant les règles.

La bonne efficacité des méthodes par progestatif seul doit être envisagée au regard de leur tolérance (mauvais contrôle du cycle, risque accru de saignements, etc.).

9. **Les dispositifs intra-utérins (DIU) ne sont pas uniquement destinés aux multipares. Il s'agit d'une méthode contraceptive de 1<sup>re</sup> intention,** considérée comme toujours très efficace, de longue durée d'action et pour laquelle aucun risque cancéreux ou cardio-vasculaire n'est établi.

**Si le risque de maladie inflammatoire pelvienne (MIP) lié à la pose est avéré,** sa survenue est essentiellement limitée aux 3 semaines qui suivent l'insertion. **Aucun risque de stérilité tubaire n'a été démontré,** y compris chez les nullipares. **Étant donné la grande efficacité contraceptive des DIU, le risque de grossesse extra-utérine (GEU) est extrêmement faible** et inférieur d'un facteur 10 à celui associé à l'absence de contraception. La littérature ne permet pas de conclure si le risque de GEU en cours d'utilisation d'un DIU est augmenté par comparaison aux autres méthodes contraceptives.

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

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

10. Qu'elles soient masculines ou féminines, les **méthodes de stérilisation** sont **susceptibles**, sur simple demande du couple ou de la personne concernée ou sur proposition du médecin, **d'apporter une réponse contraceptive appropriée** dans certaines situations médicales, sociales ou culturelles particulières. Elles ont l'avantage de

n'avoir aucune CI permanente. En pratique, il est recommandé de **les présenter comme généralement irréversibles**.

Le Code de santé publique précise que « la ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive **ne peut être pratiquée sur une personne mineure** ».

**Un délai de réflexion de 4 mois** doit être respecté après décision initiale de stérilisation et recueil du consentement.

La **signature d'un consentement éclairé** est obligatoire.

11. **Les préservatifs, masculins ou féminins, sont la seule méthode qui ait fait preuve de son efficacité dans la prévention de la transmission des IST.** Une situation estimée à risque du fait de l'existence de plusieurs partenaires, de l'évocation de relations occasionnelles ou de l'absence de relation stable (notamment chez l'adolescente) doit conduire le professionnel de santé à recommander l'utilisation de cette méthode contraceptive, en complément ou non d'une autre méthode médicale. Ces méthodes nécessitent une pédagogie ciblée.

L'utilisation de spermicides seuls n'est pas efficace dans la prévention des infections sexuellement transmissibles.

12. La méthode de l'aménorrhée lactationnelle, lorsque l'allaitement est exclusif ou quasi exclusif, est d'une efficacité comparable à celle d'une contraception orale. Au regard de leur risque élevé d'échec en usage courant, les autres méthodes naturelles devraient être réservées à des femmes connaissant bien leur cycle, maîtrisant bien l'utilisation de la méthode et acceptant ou pouvant médicalement s'exposer à un risque de grossesse.
13. Il est recommandé que lors de la prescription et de la délivrance d'une contraception, **la femme soit préventivement informée des possibilités de rattrapage en cas de rapport non protégé, de leur efficacité et de leurs conditions d'accès.**

La contraception d'urgence hormonale et le DIU au cuivre sont les deux méthodes de rattrapage utilisables. Dans ce cadre, il convient de noter que :

- le DIU au cuivre est la méthode la plus efficace en cas de rapport non protégé ;
- la contraception d'urgence hormonale (par progestatif seul) n'est pas efficace à 100 % et est **d'autant plus efficace qu'elle est utilisée plus précocement après le rapport non protégé**. L'utilisation opportuniste et répétitive de cette méthode en tant que seule méthode contraceptive est nettement moins efficace qu'une méthode continue.

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

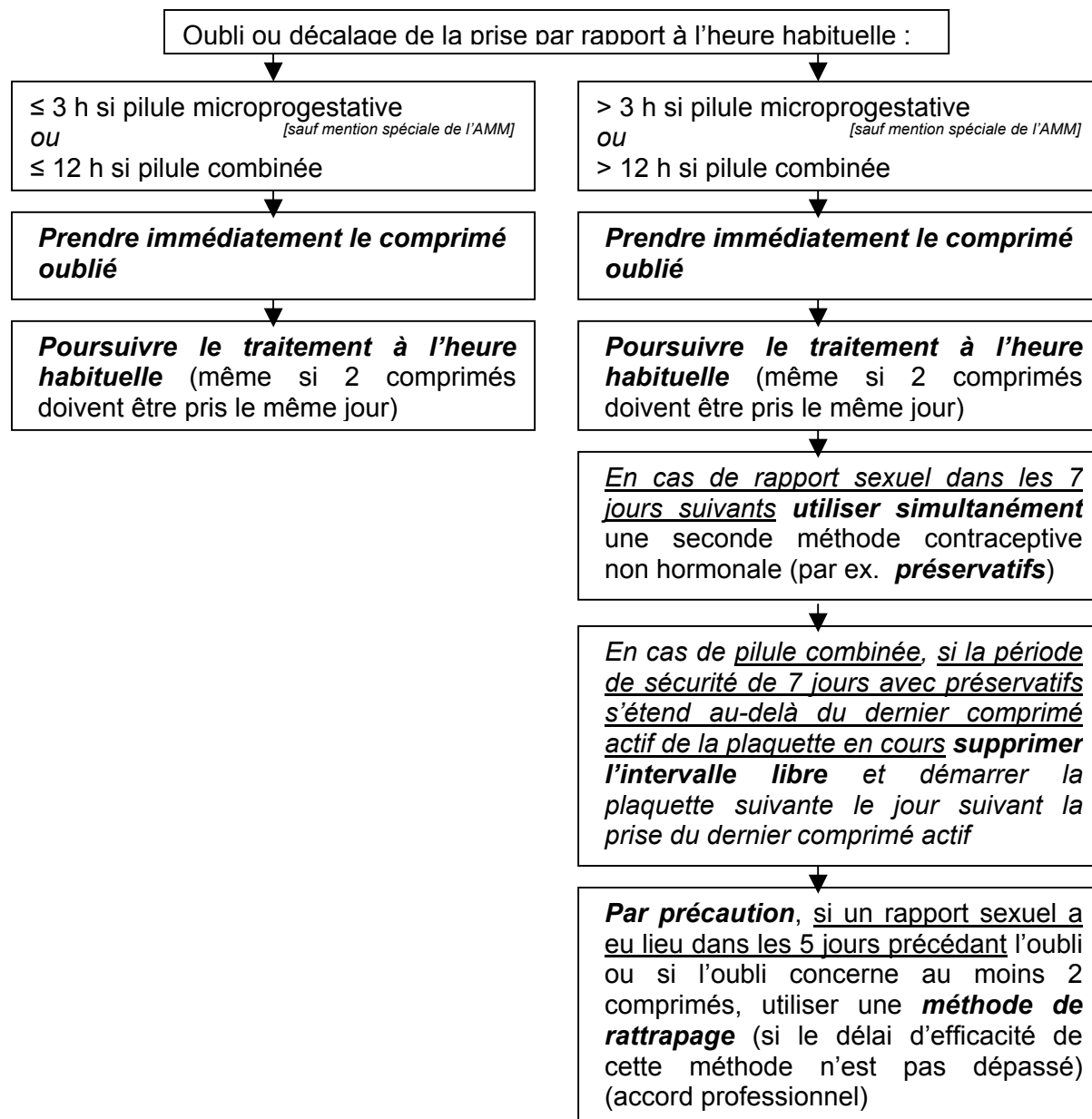
Suite à la prise d'une contraception d'urgence par progestatif seul, il est recommandé de conseiller à la consultante :

- d'adopter une méthode contraceptive efficace (préservatifs) jusqu'à la fin du cycle en cours ;
- de réaliser un test de grossesse si les règles ne surviennent pas dans les 5 à 7 jours après la date attendue.



14. Lorsqu'un oubli de pilule se renouvelle trop fréquemment ou qu'il est constaté un réel manque d'observance, il est recommandé d'envisager une méthode moins sujette aux problèmes d'observance (DIU, dispositif transdermique hormonal, implant hormonal, etc.).

Le schéma général de la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule(s) est présenté ci-après.



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

15. 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.**

---

## RECOMMANDATIONS

---

### I. INTRODUCTION

La demande de recommandations émane de la Direction générale de la santé et s'inscrit dans le cadre de la prévention des grossesses non souhaitées. L'objectif de ce document est d'établir un état des connaissances sur les méthodes de contraception disponibles chez la femme et de définir, en débordant du seul cadre des critères médicaux, des recommandations sur la prescription des méthodes contraceptives, sur l'information des femmes par les soignants et sur l'aide au choix d'une méthode contraceptive. L'objectif corollaire en est que chaque contraception soit adaptée à la situation personnelle de chaque femme et qu'elle soit de fait bien acceptée et bien menée.

Ces recommandations pour la pratique clinique abordent successivement :

- les méthodes contraceptives disponibles en France ;
- les options contraceptives dans diverses situations particulières ;
- les critères psycho-sociaux à prendre en compte lors du choix d'une méthode contraceptive ;
- l'accompagnement d'une femme et/ou d'un couple dans le choix d'une méthode contraceptive.

Quinze messages clés sont fournis en fin de texte.

Ces recommandations ont été élaborées en suivant la méthode des recommandations pour la pratique clinique de l'Anaes (cf. *Annexe 1*). Compte tenu des champs multiples concernés, elles ont été rédigées avec la collaboration de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) et de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes).

Le document est destiné en 1<sup>re</sup> intention à l'ensemble des professionnels de santé qui prescrivent ou délivrent des méthodes contraceptives, c'est-à-dire essentiellement les omnipraticiens, les gynécologues médicaux, les gynécologues et obstétriciens, les endocrinologues, les sages-femmes, les infirmières scolaires, les pharmaciens ainsi que l'ensemble des professionnels de santé des centres de planification et d'éducation familiale.

### II. LES MÉTHODES CONTRACEPTIVES DISPONIBLES EN FRANCE

La différence possible entre l'efficacité optimale des méthodes contraceptives (celle des essais thérapeutiques) et leur efficacité en pratique courante constitue un argument fort pour que la femme et le couple soient impliqués dans un choix adapté à leur réalité quotidienne. À titre indicatif, les données de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur l'efficacité comparée des différentes méthodes contraceptives figurent dans le tableau 1. Les conclusions et recommandations concernant chaque méthode sont détaillées par la suite.

**Tableau 1. Efficacité des différentes méthodes contraceptives (OMS)**

Efficacité	Méthode	Grossesses pour 100 femmes au cours des 12 premiers mois d'utilisation	
		En pratique courante	En utilisation optimale*
Toujours très efficace	Implants	0,1	0,1
	Vasectomie	0,2	0,1
	Stérilisation féminine	0,5	0,5
	Progestatifs injectables	0,3	0,3
	DIU	0,8	0,6
	Pilules progestatives pures (au cours de l'allaitement)	1	0,5
Efficace dans son emploi courant	Méthode de l'aménorrhée lactationnelle	2	0,5
Très efficace lorsqu'elle est employée correctement et régulièrement (utilisation optimale)	Contraception orale œstroprogestative	6-8	0,1
	Pilules progestatives pures (en dehors de l'allaitement)	- §	0,5
A une certaine efficacité dans son emploi courant	Préservatifs masculins	14	3
	Retrait	19	4
	Diaphragme et spermicide	20	6
Efficace lorsqu'elle est employée correctement et régulièrement (utilisation optimale)	Méthodes naturelles	20	1-9
	Préservatifs féminins	21	5
	Spermicides	26	6
	Cape cervicale (nullipares)	20	9
	Cape cervicale (multipares)	40	26
	Pas de méthode	85	85

\* Correspond à l'efficacité obtenue des essais thérapeutiques.

§ : En dehors de l'allaitement les pilules progestatives pures sont « un peu » moins efficaces que les contraceptifs oraux œstroprogestatifs.

## II.1. Contraception œstroprogestative

**La contraception œstroprogestative est l'une des méthodes de 1<sup>re</sup> 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<sup>®</sup> 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 antiacnéique sont recherchés de manière conjointe, il est recommandé de privilégier l'une des pilules qui disposent de la double AMM « contraceptif et antiacnéique » (en l'état actuel : Tricilest<sup>®</sup> et Triafémi<sup>®</sup> 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 thrombo-embolique (niveau de preuve 3).** Les données de la littérature semblent indiquer que des différences substantielles pourraient exister quant à la nature du risque thrombo-embolique, veineux ou artériel, en fonction du type de progestatif (2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> génération) et de la dose d'éthinyl-estradiol. La littérature ne permet cependant pas de conclure, les études identifiées souffrant potentiellement de biais de sélection majeurs. 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<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> 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)<sup>1</sup>.** 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 (par ex. à certains papillomavirus [HPV] pour le cancer du col utérin). Pour le cancer du sein, les

---

<sup>1</sup> À titre indicatif, la survenue des cancers du sein varie de 0,2/100 000 femmes par an entre 15 et 19 ans à 138/100 000 femmes par an entre 40 et 44 ans ; l'augmentation du risque liée à l'utilisation en cours d'une pilule œstroprogestative est de l'ordre de 25 %. La survenue des cancers du col utérin varie de 0,1/100 000 femmes par an entre 15 et 19 ans à 20/100 000 femmes par an entre 40 et 44 ans ; l'augmentation du risque de cancer cervical liée à l'utilisation d'une pilule œstroprogestative est de l'ordre de 50 % après 5 à 9 ans d'utilisation. Pour le cancer du foie, considéré comme exceptionnel (<1/100 000 femmes par an entre 40 et 44 ans), le risque après 5 ans d'utilisation est multiplié par un facteur de l'ordre de 2 relativement aux non-utilisatrices.

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)<sup>2</sup>. 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**. Elles sont reprises dans le tableau 3 figurant en annexe 2 et détaillées dans le paragraphe III concernant les situations particulières.

En raison du risque de diminution de l'efficacité contraceptive lorsque ces hormones sont associées à des **inducteurs enzymatiques**, à certaines antiprotéases (par 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.

## II.2. Contraception progestative

Bien que la pratique ait réservé son usage en 2<sup>e</sup> 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

---

<sup>2</sup> À titre indicatif, les cancers de l'endomètre sont rares (< 5/100 000 femmes par an entre 40 et 44 ans) et la réduction du risque lié à l'utilisation en cours d'une pilule œstroprogestative est de l'ordre de 66 % 5 ans après l'arrêt. La survenue des cancers de l'ovaire varie de 1/100 000 femmes par an entre 15 et 19 ans à 9/100 000 femmes par an entre 40 et 44 ans et la réduction du risque liée à l'utilisation d'une pilule œstroprogestative est de l'ordre de 30 % dans les 5 à 20 ans après l'arrêt. La survenue des cancers colorectaux varie de 0,2/100 000 femmes par an entre 15 et 19 ans à 12/100 000 femmes par an entre 40 et 44 ans et la réduction du risque est de l'ordre de 15 à 20 %.

indication dans leur AMM<sup>3</sup>. 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 thrombo-embolique 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 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 thrombo-emboliques veineux évolutifs ;
- d'antécédents d'accidents thrombo-emboliques veineux (sauf pour les microprogestatifs, l'implant à l'étonorgestrel et le DIU au lévonorgestrel) ;
- d'antécédents ou d'accidents thrombo-emboliques artériels (sauf pour les microprogestatifs, l'implant à l'étonorgestrel 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.

---

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

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.

### II.3. Contraception d'urgence

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<sup>®</sup>/Vikela<sup>®</sup>), 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<sup>®</sup>/Vikela<sup>®</sup>) varie de 95 % lorsque la prise est réalisée avant 24 h à 58 % 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.

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<sup>®</sup>/Vikela<sup>®</sup>), 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.

#### II.4. Dispositifs intra-utérins

**Le DIU est une autre méthode contraceptive de 1<sup>re</sup> 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 mm<sup>2</sup> 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 mm<sup>2</sup> (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 mm<sup>2</sup>, il est recommandé de ne privilégier le DIU au LNG qu'en cas de bénéfice complémentaire attendu, par ex. 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<sup>re</sup> 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)<sup>4</sup>.

**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

---

<sup>4</sup> S'y ajoutent, après la pose, les douleurs pelviennes survenant dans le mois qui suit la pose. En dehors de l'âge, les facteurs de risque de GEU non spécifiques de l'utilisation du DIU sont : tabac, antécédent de GEU, antécédent de chirurgie tubaire, antécédents de MIP/d'IST, antécédent de fausses couches, problèmes d'infertilité.

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).

## II.5. Les méthodes de stérilisation

**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 intra-tubaires (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<sup>5</sup>. 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.

## II.6. Les méthodes barrières

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.

---

<sup>5</sup> Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées. Stérilisation à visée contraceptive. Livret d'information. Paris : ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées; 2004.

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.

## II.7. Les méthodes naturelles

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 sympto-thermique, méthode « *Ogino-Knaus* », trousse 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.

## III. OPTIONS CONTRACEPTIVES DANS DIVERSES SITUATIONS PARTICULIÈRES

Le groupe de travail a adapté les tableaux de l'OMS sur les critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue des méthodes contraceptives. Le résultat est présenté en annexe 2 du présent document. Ils détaillent un grand nombre de situations particulières rencontrées en pratique mais ne tiennent pas compte des degrés d'efficacité des différentes méthodes contraceptives, lesquels sont donc à prendre en compte lors de la prescription. Ils ne tiennent pas compte non plus de la non-protection des méthodes (autres que les préservatifs) vis-à-vis des IST. L'adéquation des différentes méthodes contraceptives a néanmoins été détaillée pour certaines situations particulières, dans la mesure où celles-ci pouvaient être sujettes à controverse, n'étaient pas abordées par l'OMS ou nécessitaient, d'après le groupe de travail, un complément d'information.

### III.1. Entretien, examen clinique/biologique et surveillance

Les recommandations qui suivent concernent les 1<sup>res</sup> consultations à objectif contraceptif, quelle que soit la méthode prescrite. 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 thrombo-emboliques 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<sup>er</sup> 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 thrombo-embolique, 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 thrombo-emboliques veineux profonds documentés** (antécédents familiaux thrombo-emboliques 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<sup>re</sup> 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.

## III.2. Situations à risque cardio-vasculaire et maladies métaboliques

### III.2.1. 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 (par ex. les valvulopathies cardiaques sont CI en raison d'un risque potentiel d'endocardite<sup>6</sup>).

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

- pour le risque thrombo-embolique veineux :
  - les thrombophilies documentées, qu'elles soient héréditaires (antécédents familiaux thrombo-emboliques veineux profonds ayant touché 1 ou plusieurs sujets de moins de 50 ans) ou acquises<sup>7</sup>,
  - l'obésité (indice de masse corporelle [IMC = poids/taille<sup>2</sup>] > 30 kg/m<sup>2</sup>),
  - un âge élevé (le risque augmente avec l'âge),
  - une intervention chirurgicale avec immobilisation prolongée, le *post-partum*, un avortement au 2<sup>e</sup> trimestre ;
- pour le risque thrombo-embolique artériel :
  - les antécédents personnels d'accident thrombo-embolique 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 dyslipidémie<sup>8</sup>,
  - l'obésité,
  - certaines affections cardio-vasculaires (coronaropathies, valvulopathies cardiaques, fibrillation auriculaire, etc.),
  - une anamnèse familiale positive (par ex. une thrombose artérielle chez un parent du 1<sup>er</sup> degré à un âge relativement jeune).

**Les accidents personnels thrombo-emboliques 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 congénitale<sup>9</sup> ou acquise<sup>10</sup> constituent 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 thrombo-embolique veineux profond »).

---

<sup>6</sup> Si une contraception par DIU est souhaitée, prévoir une antibioprofylaxie.

<sup>7</sup> Il n'existe pas de données suffisantes ni de consensus pour considérer l'existence de varices comme un facteur de risque thrombo-embolique veineux contre-indiquant la contraception œstroprogestative ; celles-ci doivent néanmoins conduire à une surveillance attentive.

<sup>8</sup> 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.

<sup>9</sup> Déficits en inhibiteurs de la coagulation ou mutations FV Leiden ou FII 20210A.

<sup>10</sup> Par ex. mise en évidence d'un anticoagulant circulant.

La littérature ne permet de définir qu'une attitude consensuelle concernant les **antécédents familiaux d'accidents thrombo-emboliques 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 ex. chez un parent du 1<sup>er</sup> 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 thrombo-emboliques artériels, si une contraception œstroprogestative est souhaitée, la conduite à tenir en 1<sup>re</sup> intention est de veiller à la « normalité » des autres facteurs de risque thrombo-embolique artériel (consommation de cigarettes, tension artérielle, glycémie, cholestérol et triglycérides, IMC).

**En cas d'immobilisation prolongée**, par ex. 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 focaux**<sup>11</sup>, ou lorsqu'elle apparaît ou s'aggrave sous traitement (antécédent ou épisode en cours),
  - **HTA (antécédent**<sup>12</sup> **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 thrombo-emboliques veineux profonds ou artériels documentés, l'identification personnelle de mutations liées à la thrombophilie, les antécédents d'HTA ou de migraine<sup>13</sup> 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 œstroprogestative. Le groupe rappelle

---

<sup>11</sup> Les œstroprogestatifs ne sont pas indiqués chez les femmes combinant des antécédents de migraine sans signe neurologique focal et un autre facteur de risque (par ex. âge ≥ 35 ans).

<sup>12</sup> Y compris HTA équilibrée.

<sup>13</sup> Migraine avec signes neurologiques focaux ou lorsqu'elle apparaît ou s'aggrave sous traitement.

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.

### III.2.2. 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.

### III.2.3. Obésité

L'obésité (IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>) 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.

### III.2.4. 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'hypertriglycéridémie 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<sup>re</sup> 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.

### III.3. Antécédents de cancer du sein

Aucune interaction entre antécédents familiaux de cancer du sein et contraception hormonale n'a été formellement démontrée dans la littérature vis-à-vis du risque de survenue de cancer du sein (niveau de preuve 2). Par prudence, en cas de mutation connue (BRCA1/2), le groupe de travail recommande néanmoins d'orienter vers une méthode contraceptive non hormonale. Les antécédents personnels de cancer du sein sont en revanche une CI formelle de prescription d'une contraception hormonale.

### III.4. Pathologies diverses

#### — *Pathologies gynécologiques et endocrinologiques diverses*

Il n'entre pas dans le cadre de ces recommandations de se prononcer sur l'efficacité comparée des différents traitements de pathologies gynécologiques et endocriniennes telles que l'hyperplasie de l'endomètre, les fibromes utérins, l'endométriose, les mastopathies bénignes, l'hyperandrogénie, les dystrophies ovariennes, etc. Néanmoins, la majorité d'entre elles font assez souvent appel pour leur traitement à des macroprogestatifs qui, bien qu'inhibant l'ovulation, n'ont pour la plupart pas d'AMM dans l'indication contraception. Dans la mesure où des effets thérapeutiques et contraceptifs peuvent être recherchés de manière conjointe et afin d'éviter que cette prescription ne soit réalisée sous la seule responsabilité du spécialiste, le groupe de travail recommande d'inciter les laboratoires commercialisant les spécialités correspondantes et qui ne possèdent pas l'indication « contraception » à déposer une demande d'AMM auprès de l'Afssaps.

#### — *Maladie de Crohn (MC) et rectocolite hémorragique (RCH)*

Il s'agit de maladies pour lesquelles il est recommandé que la grossesse soit planifiée à des phases où la maladie est contrôlée et où les médicaments potentiellement tératogènes ont été arrêtés. Une contraception fiable et efficace est recommandée en cas d'utilisation de méthotrexate et jusqu'à 3 mois après son arrêt. Il existe un risque potentiel de moindre absorption des contraceptions orales en cas de maladie de Crohn avec atteinte de l'intestin grêle ou malabsorption. Aucune donnée de la littérature n'apporte d'argument laissant présager qu'il faille adopter chez une femme souffrant de MC ou de RCH une conduite contraceptive différente de celle des femmes de la population générale, excepté pour la stérilisation par voie laparoscopique qui est déconseillée en raison du surrisque de complication (niveau de preuve 3). La prudence doit être de mise et le suivi adapté en cas d'utilisation d'un DIU (notamment au cuivre) en raison des risques possibles (notamment infectieux) associés aux immunosuppresseurs et aux anti-inflammatoires au long cours. Aucun effet significatif de la contraception hormonale (orale) n'a été mis en évidence sur l'évolution de la maladie de Crohn et la rectocolite hémorragique (niveau de preuve 2).

#### — *Lupus érythémateux disséminé, syndrome antiphospholipides*

Il s'agit d'une maladie pour laquelle il est recommandé que la grossesse soit planifiée à des phases où la maladie est contrôlée et où les médicaments potentiellement tératogènes ont été arrêtés. En raison des surrisques thrombotiques, il est recommandé de ne pas prescrire

de contraception orale œstroprogestative (niveau de preuve 4, accord professionnel). Si une méthode hormonale est souhaitée, la contraception par microprogestatif ou par stérilet au LNG semble adaptée. Selon certains auteurs, la prescription de progestatif du groupe pregnane semble possible mais serait réalisée hors AMM. La prudence doit être de mise et le suivi adapté en cas d'utilisation d'un DIU (notamment au cuivre) en raison des risques possibles (notamment infectieux) associés aux immunosuppresseurs et aux anti-inflammatoires au long cours. Les préservatifs représentent une alternative mais le risque d'échec associé à la pratique courante conduit à ne pas les recommander en 1<sup>re</sup> intention.

— *Autres pathologies « auto-immunes »*

Aucune donnée de la littérature n'apporte d'argument laissant présager qu'il faille adopter chez une femme souffrant de sclérose en plaques, de myasthénie, de syndrome de Gougerot-Sjögren ou de polyarthrite rhumatoïde une conduite contraceptive différente de celle adoptée pour les femmes de la population générale (sauf cas d'immobilisation prolongée). La prudence doit être de mise et le suivi adapté en cas d'utilisation d'un DIU (notamment au cuivre) en raison des risques possibles (notamment infectieux) associés aux immunosuppresseurs et aux anti-inflammatoires au long cours.

— *Insuffisance rénale*

Les femmes souffrant d'insuffisance rénale et utilisant une contraception œstroprogestative sont potentiellement exposées à des surrisques cardio-vasculaires et métaboliques, ce qui fait contre-indiquer la contraception œstroprogestative en cas d'insuffisance rénale (cf. AMM). Chez les femmes dialysées ou greffées rénales, l'utilisation d'un DIU au cuivre est également déconseillée (accord professionnel) en raison des risques de ménorragie qui peuvent aggraver une anémie existante et des risques, notamment infectieux, chez les femmes immunodéprimées. Si une méthode hormonale est souhaitée, les contraceptions par progestatif seul (microprogestatif et DIU imprégné au LNG) pourraient être adaptées (niveau de preuve 4 et accord professionnel).

### **III.5. Interactions médicamenteuses**

En raison d'une diminution de l'efficacité contraceptive l'association d'une contraception hormonale avec les traitements suivants est déconseillée :

- inducteurs enzymatiques (augmentation du métabolisme hépatique) : certains anticonvulsivants (phénobarbital, phénytoïne, phosphophénytoïne, primidone, carbamazépine, topiramate) ; rifabutine ; rifampicine ; griséofulvine ; millepertuis (CI) ;
- certains inhibiteurs de protéases du VIH (par ex. ritonavir, nelfinavir, lopinavir, elfavirenz et névirapine) : risque de diminution de l'efficacité contraceptive due à une diminution du taux d'œstrogènes. Une contraception non hormonale devra être utilisée ;
- modafinil : risque de diminution de l'efficacité contraceptive pendant le traitement et un cycle après l'arrêt du traitement par le modafinil.

### **III.6. Nulliparité**

La parité n'est un critère décisionnel et différentiel pour aucune des méthodes contraceptives. Les projets d'enfants à venir doivent cependant être discutés avec la consultante avant toute insertion de DIU (en raison du risque de MIP et du risque potentiel de stérilité tubaire) et avant toute stérilisation (en raison de son caractère difficilement réversible).

### III.7. Adolescence

**Les méthodes de 1<sup>er</sup> 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, par 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 lié 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.

### III.8. Femmes de plus de 35 ans

L'augmentation des risques cancéreux et cardio-vasculaires avec l'âge et la pré-ménopause doivent amener à réévaluer l'adéquation de la méthode contraceptive utilisée à partir de 35-40 ans (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<sup>14</sup>, 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 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.

---

<sup>14</sup> Bien que ces troubles soient quasi généralement masqués et que des hémorragies de privation persistent sous pilule œstroprogestative, et même si l'aménorrhée est fréquente chez les utilisatrices d'une contraception par progestatif seul.

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 (par ex. 1 fois/an) et d'assurer son renouvellement en respectant la périodicité maximale habituelle, c'est-à-dire tous les 5 ans.

### III.9. **Post-partum**

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<sup>e</sup> 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 (par 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.

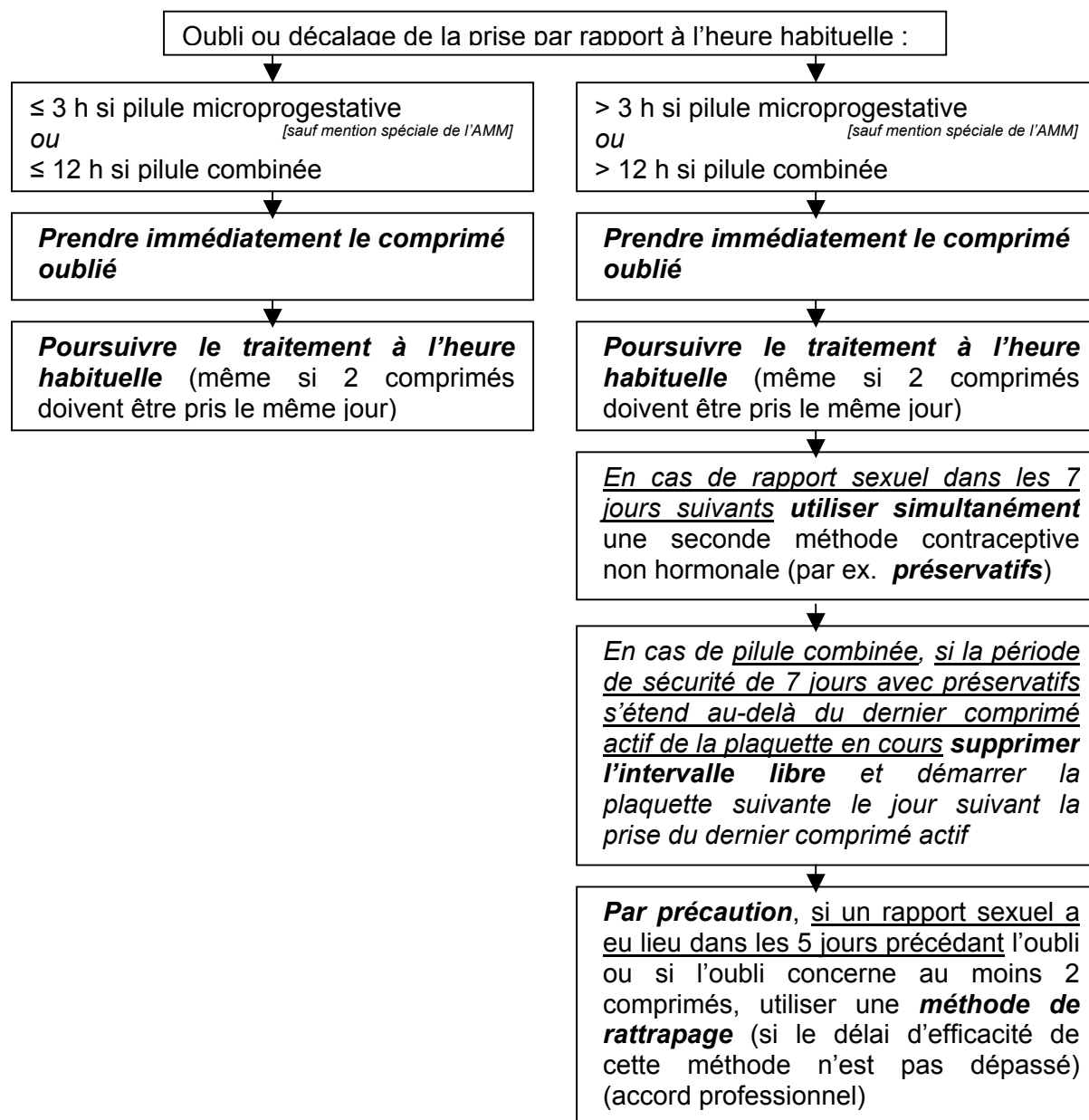
### III.10. **Post-abortionum**

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<sup>e</sup> trimestre qu'au 1<sup>er</sup>. 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-abortionum*, 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).

### III.11. 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. Le schéma général qui en est extrait par le groupe de travail est le suivant :



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

Pour les pilules combinées, après que l'« intervalle libre » (sans comprimé ou avec comprimés inactifs) a été supprimé et les éventuels comprimés inactifs jetés, il est probable qu'aucune hémorragie de privation ne survienne avant la prise des comprimés inactifs de la 2<sup>e</sup> plaquette. La consultante peut cependant présenter des saignements sous forme de *spotting*. Si la consultante ne présente pas d'hémorragie de privation à la fin de la 2<sup>e</sup> plaquette, le risque de grossesse doit être écarté à l'aide d'un test adapté.

Lorsque l'oubli se renouvelle trop fréquemment ou qu'il est constaté un réel manque d'observance, et après avoir confirmé l'absence d'un souhait sous-jacent de grossesse, il est recommandé d'envisager une méthode moins sujette aux problèmes d'observance (DIU, dispositif transdermique hormonal, implant hormonal).

### III.12. Diarrhée et vomissements

D'après l'AMM, pour les pilules œstroprogestatives, la survenue dans les 4 heures suivant la prise de troubles digestifs intercurrents, tels que vomissements ou diarrhée sévère, peut entraîner une inefficacité transitoire de la méthode. Il est donc recommandé d'adopter la conduite à tenir préconisée comme s'il s'agissait d'un oubli de moins de 12 h (et donc la prise d'un nouveau comprimé). En cas de répétition de ces épisodes sur plusieurs jours, il est recommandé d'associer une autre méthode contraceptive de type mécanique (préservatif masculin, spermicides, etc.) jusqu'à la reprise de la plaquette suivante (en cas de rapports sexuels). Pour les pilules avec progestatif seul et pour la contraception d'urgence, en cas de survenue de ces troubles dans les 4 heures il est recommandé d'adopter une conduite à tenir comparable à celle préconisée en cas d'oubli de moins de 3 heures (c'est à dire de prendre un nouveau comprimé).

### III.13. Changements de méthodes contraceptives

- *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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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.

### III.14. Changements de fuseaux horaires

Aucune étude n'a été identifiée dans la littérature concernant les attitudes spécifiques à adopter lors d'un voyage avec changement de fuseau horaire si une contraception orale est utilisée. La réflexion et les attitudes proposées sont basées sur les délais de retard admis dans la prise de la contraception orale, ce qui varie en fonction du type de contraception orale hormonale.

En cas de voyage vers l'est (décalage < 12 heures), quelle que soit la contraception orale, la prise à une heure locale identique à celle du point de départ est recommandée compte tenu qu'elle entraînera un simple raccourcissement de l'intervalle entre la dernière prise en métropole et la première prise sur place.

En cas de voyage vers l'ouest (décalage < 12 heures), la contraception œstroprogestative ne pose pas de problème compte tenu des possibilités de retard jusqu'à 12 h. Il est possible :

- soit de conserver le même intervalle de prise de 24 h en prenant en compte le décalage horaire (si cela est possible) ;
- soit de décaler la prise et d'adopter une prise à une heure locale identique à celle du point de départ, sans dépasser plus de 36 h entre la dernière prise en métropole et la première prise sur place. La femme sera alors prévenue de la possibilité de survenue de saignements.

En cas de voyage vers l'ouest (décalage < 12 heures), la contraception microprogestative astreignant à un retard de prise maximal de 3 heures, il est possible :

- soit de conserver le même intervalle de prise de 24 h en prenant en compte le décalage horaire (si cela est possible) ;
- soit, pour éviter l'allongement du délai, de prendre un comprimé le jour de son arrivée, par exemple en soirée, et de poursuivre les prises à heure locale fixée.

Le groupe de travail rappelle que les voyages aériens de longue durée sont à risque thrombo-embolique et que ce risque pourrait être augmenté en cas de prise d'une contraception hormonale, notamment œstroprogestative. L'exercice et les précautions d'usage recommandées lors des voyages aériens le sont donc *a fortiori* pour les femmes sous contraception hormonale.

#### **IV. CRITÈRES PSYCHO-SOCIAUX À PRENDRE EN COMPTE LORS DU CHOIX D'UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE**

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 différents types d'échecs. Des approches théoriques ont également été développées dans le domaine de la contraception. Les principaux résultats en 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, socio-culturel ou socioprofessionnel, 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<sup>re</sup> 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<sup>15</sup>-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.

---

<sup>15</sup> Le terme de soignant est le terme le plus couramment utilisé dans la littérature. Il renvoie dans le cadre de ce document au prescripteur d'une méthode de contraception, qu'il soit médecin ou sage-femme.

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.

## **V. COMMENT ACCOMPAGNER UNE FEMME ET/OU UN COUPLE DANS LE CHOIX D'UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ADAPTÉE ?**

### **V.1. 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 consulte 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).

### **V.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.

### **V.3. En pratique : focus sur 6 des principales étapes de la consultation (modèle BERCER)**

Bienvenue. En pratique, en dehors de l'accueil en lui-même de la consultante et de la présentation du soignant, la première phase vise essentiellement à favoriser une relation

d'équivalence et à rassurer la consultante. Le soignant l'assure de la confidentialité des entretiens et présente le rôle, les objectifs et le déroulement possibles de la ou des consultations.

**Entretien.** La phase d'entretien se veut interactive. Elle a pour objectif prioritaire le recueil d'informations sur la femme, son état de santé, ses besoins propres et ses éventuels problèmes. Elle donne lieu à un « entretien » et à un examen clinique. Au cours de cet entretien, le soignant explore en complément de la clinique le contexte de vie de la consultante, son expérience en matière de contraception, sa vision des choses. Cette phase est propice au développement d'un diagnostic éducatif.

**Renseignement.** La phase de renseignement est également individualisée, elle vise à la délivrance par le soignant d'une information hiérarchisée et sur mesure, compréhensible et adaptée au rythme et aux connaissances de la consultante. Il est essentiel que le soignant s'assure de la compréhension de l'information qu'il aura fournie. Celle-ci concerne en particulier les méthodes qui intéressent la consultante ou qu'elle préfère (leurs bénéfiques, leurs CI, les risques graves, même exceptionnels, leur intérêt, leurs inconvénients, leurs coûts). Le soignant l'informe des options et alternatives qu'il juge adaptées à sa situation personnelle. Il est possible de fournir un document écrit en complément de l'information orale.

**Choix.** Le soignant souligne que la décision finale appartient à la consultante seule. Pour l'aider à la décision, son attention et sa réflexion peuvent être attirées sur des projets personnels, sa situation de famille, ses préférences et les préférences éventuelles de son partenaire, les bénéfiques et les risques des différentes méthodes, les conséquences de son choix. Le soignant s'attache également à faire réfléchir la femme sur la possibilité qu'elle a, compte tenu de sa trajectoire personnelle, de respecter la méthode. Il s'assure au final de son plein accord et de l'absence de réticences vis-à-vis de la méthode choisie.

**Explication.** La phase d'explication est orientée sur l'explication de la méthode et de son emploi et vise, s'il y a lieu, à l'établissement d'une prise en routine (par ex. des conseils sur la prise à heure régulière d'une pilule, le soir après un repas). En pratique, elle comprend si possible une démonstration de son usage et peut avantageusement même donner lieu à un apprentissage avec manipulation par la consultante elle-même. Le soignant renseigne la consultante sur les possibilités de rattrapage en cas de problème et lui indique où et dans quelles conditions elle peut se procurer ces différentes méthodes. Sont enfin abordées les raisons médicales qui peuvent justifier son retour ainsi que la programmation et la planification de la consultation suivante.

**Retour.** Les consultations de suivi sont l'occasion de réévaluer la méthode et de vérifier qu'elle est adaptée à la personne (au besoin de corriger son emploi) et que celle-ci en est satisfaite. Ces consultations sont également l'opportunité de compléter la contraception ou éventuellement de changer de méthode si la méthode choisie se révèle inadaptée (en raison par ex. d'effets indésirables) ou insuffisante (en raison par ex. d'une exposition aux IST). Le cas échéant sont notamment abordés les points qui n'auront pu être évoqués lors de la ou des précédentes consultations. Le soignant s'intéresse également aux questions que se pose la consultante et s'attache à résoudre les problèmes, cliniques ou d'emploi, qu'elle a pu rencontrer dans l'intervalle des 2 consultations. Il prend en compte les modifications de sa trajectoire individuelle et sociale. L'entretien se termine par la programmation et la planification de la consultation suivante.

De manière globale, s'engager dans une démarche individuelle d'aide au choix implique pour le médecin (ou pour le soignant menant une consultation portant sur la contraception) :

- de réfléchir, au préalable, à la signification individuelle et sociale du geste que représente la prescription (ou l'assentiment au choix) d'une méthode contraceptive ;
- de se questionner, au préalable, sur son propre positionnement vis-à-vis de la contraception et des différentes méthodes existantes, ainsi que sur le rôle qui lui est dévolu dans la relation avec la femme et le couple ;
- de prendre le temps d'analyser précisément avec la femme (et/ou le couple) sa situation (médicale mais aussi sociale, son appartenance culturelle, ses représentations, ses peurs et ses envies, etc.) avant d'envisager avec elle une ou des méthodes contraceptives ;
- de l'informer sur les choix possibles ;
- de lui permettre de choisir la méthode qu'elle estime comme la plus adaptée ;
- de la former à l'utilisation de la méthode choisie ;
- enfin, de réévaluer périodiquement cette option avec la femme et/ou le couple.

#### V.4. Spécificités liées à l'adolescence

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 :

1. 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.
2. 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 thrombo-emboliques), 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.
3. 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.
4. 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*<sup>16</sup> » à l'adolescente :

---

<sup>16</sup> Ce concept comprend aussi bien le conseil lui-même que la démarche. Aucune traduction n'a été jugée satisfaisante ; le terme a été conservé tel quel dans le texte.

- 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.

5. 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.

---

## ANNEXE 1. NIVEAU DE PREUVE SCIENTIFIQUE ET GRADE DES RECOMMANDATIONS

---

Chaque article sélectionné a été analysé selon les principes de lecture critique de la littérature à l'aide de grilles de lecture, ce qui a permis d'affecter à chacun un niveau de preuve scientifique. Sur la base de cette analyse de la littérature, le groupe de travail a proposé, chaque fois que possible, des recommandations. Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, coté de A à C selon l'échelle proposée par l'Anaes (voir *tableau 2 ci-dessous*). En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord professionnel au sein des groupes de travail et de lecture.

**Tableau 2.** Grade des recommandations.

---

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature	Grade des recommandations
<b>(études thérapeutiques)</b>	
<b>Niveau 1</b>	<b>A</b>
Essais comparatifs randomisés de forte puissance	Preuve scientifique établie
Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés	
Analyse de décision basée sur des études bien menées	
<b>Niveau 2</b>	<b>B</b>
Essais comparatifs randomisés de faible puissance	Présomption scientifique
Études comparatives non randomisées bien menées	
Études de cohorte	
<b>Niveau 3</b>	<b>C</b>
Études cas-témoins	Faible niveau de preuve
<b>Niveau 4</b>	
Études comparatives comportant des biais importants	
Études rétrospectives	
Séries de cas	

---

**Niveau 1**

Essais comparatifs randomisés de forte puissance  
 Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés  
 Analyse de décision basée sur des études bien menées

**A**  
 Preuve scientifique établie

**Niveau 2**

Essais comparatifs randomisés de faible puissance  
 Études comparatives non randomisées bien menées  
 Études de cohorte

**B**  
 Présomption scientifique

**Niveau 3**

Études cas-témoins

**C**  
 Faible niveau de preuve

**Niveau 4**

Études comparatives comportant des biais importants  
 Études rétrospectives  
 Séries de cas

## **ANNEXE 2. POSSIBILITÉ D'UTILISATION DES DIFFÉRENTES MÉTHODES EN FONCTION DE SITUATIONS PARTICULIÈRES**

---

Le tableau 3 détaille un grand nombre de situations particulières rencontrées en pratique **mais ne tient pas compte des degrés d'efficacité des différentes méthodes contraceptives, lesquels sont donc à prendre en compte lors de la prescription**. Il ne tient pas compte non plus de la non protection des méthodes autres que les préservatifs vis-à-vis des IST.

Quatre niveaux d'adéquation sont distingués en fonction des critères de recevabilité fourni par l'OMS<sup>17</sup> et des résultats de l'analyse de littérature :

- « ++ » : situation où la méthode contraceptive peut être utilisée sans aucune restriction. Elle correspond généralement à la catégorie 1 de l'OMS ;
- « + » : 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. Elle correspond généralement à la catégorie 2 de l'OMS ;
- « - » : 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. Elle correspond généralement à la catégorie 3 de l'OMS ;
- « -- » : 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). Elle correspond généralement à la catégorie 4 de l'OMS ;

Une cotation « **sc** », c'est à dire « sous conditions » a été ponctuellement adoptée, lorsque les niveaux d'adéquation précédents étaient inadaptés à résumer fidèlement la possibilité d'utilisation de la méthode envisagée. La lecture des recommandations et de l'argumentaire sont recommandés pour plus de renseignements.

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 « [ ] ».

S'agissant de la stérilisation, il n'existe pas de CI permanente à son utilisation. Une catégorisation différente a donc été adoptée :

- « ++ » : il n'y a pas de raison médicale justifiant le refus de la stérilisation ;
- « **sc** » : c'est-à-dire « sous conditions » soit 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 expérimentés 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.

---

<sup>17</sup> Organisation Mondiale de la Santé. Pour un meilleur accès à des soins de qualité en matière de planification familiale. Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. 2nd ed. Genève: OMS; 2002.



**TABLEAU 3. POSSIBILITÉ D'UTILISATION DES DIFFÉRENTES MÉTHODES CONTRACEPTIVES EN FONCTION DES SITUATIONS À RISQUE LES PLUS FRÉQUENTES.**

Situations à risque pathologique	Contraception orale combinée COC	Timbres et anneaux vaginaux (OP)	Contraception orale $\mu$ -progestative	Macroprogestatifs	Implants Etonorgestrel	Progestatifs injectables	DIU au cuivre	DIU imprégné lévonorgestrel	Stérilisation Féminine	Spermicides	Préservatifs	Autres méthodes barrières (capes, diaphragme)	Méthodes naturelles
<b>Pathologie cardio-vasculaire</b>													
<b>HTA</b>													
- Systolique 140-159 ou diastolique 90-99	-	-	++	+	++	+	++	++	SC	++	++	++	++
- Systolique $\geq$ 160 ou diastolique $\geq$ 100	--	--	+	-	+	-	++	+	SC	++	++	++	++
- HTA bien contrôlée et mesurable	-	-	++	+	++	+	++	++	SC	++	++	++	++
- Antécédent d'HTA gravidique avec TA mesurable et normale	+	+	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++
<b>Thrombose veineuse profonde (TVP) / embolie pulmonaire (EP)</b>													
- Antécédent documenté TVP/ EP	--	--	+	-	+	-	++	+	++	++	++	++	++
- TVP/ EP actuelle	--	--	-	-	-	-	++	-	SC	++	++	++	++
- Antécédents familiaux (1 <sup>er</sup> degré)	+	+	++	+	++	+	++	++	SC	++	++	++	++
- Chirurgie majeure													
- avec immobilisation prolongée	--	--	+	+	+	+	++	+	SC	++	++	++	++
- sans immobilisation prolongée	+	+	+	+	++	++	++	++	++	++	++	++	++
- Chirurgie mineure sans immobilisation prolongée	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++
<b>- Thrombose veineuse superficielle</b>													
(inflammation sous-cutanée)	+	+	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++
- varice	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++
<b>Valvulopathie cardiaque</b>													
- sans complication	SC	SC	++	++	++	++	++	++	SC	++	++	++	++
- avec complication	-	-	++	++	++	++	+	+	SC	++	++	-	++

**TABEAU 3. POSSIBILITÉ D'UTILISATION DES DIFFÉRENTES MÉTHODES CONTRACEPTIVES EN FONCTION DES SITUATIONS À RISQUE LES PLUS FRÉQUENTES.**

Situations à risque pathologique	Contraception orale combinée COC	Timbres et anneaux vaginaux (OP)	Contraception orale $\mu$ -progestative	Macroprogestatifs	Implants Etonorgestrel	Progestatifs injectables	DIU au cuivre	DIU imprégné lévonorgestrel	Stérilisation Féminine	Spermicides	Préservatifs	Autres méthodes barrières (capes, diaphragme)	Méthodes naturelles	
<b>Maladie coronarienne</b> (Actuelle ou antécédent)	--	--	sc <sup>a</sup> [-]	-	sc <sup>a</sup> [-]	-	++	sc <sup>a</sup> [-]	sc	++	++	++	++	<sup>a</sup> cf. « situations particulières »
<b>Accident vasculaire cérébral</b> (Actuel ou antécédent)	--	--	sc <sup>a</sup> [-]	-	sc <sup>a</sup> [-]	-	++	sc <sup>a</sup> [-]	sc	++	++	++	++	
<b>Facteurs de risque multiples cardiovasculaires</b> (diabète, tabac, âge, etc.)	--	--	+	-	+	-	++	+	sc	++	++	++	++	
<b>Tabac</b>														
- < 35 ans	+	+	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	
- $\geq$ 35 ans et														
Fumeur < 15 cigarettes/ jour	-	-	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	
Fumeur $\geq$ 15 cigarettes/ jour	--	--	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	
<b>Obésité</b> (indice de masse corporelle $\geq$ 30 kg /m <sup>2</sup> )	+	+	++	++	++	++	++	++	sc	++	++	++	++	
<b>Identification de mutations liées à la thrombophilie</b> (Facteur V Leiden, facteur II ou déficit en protéine C ou S, antithrombine)	--	--	+	-	+	-	++	+	sc	++	++	++	++	
<b>Maladies métaboliques</b>														
<b>Hyperlipidémies avérées</b>	-	-	+	+	+	+	++	+	++	++	++	++	++	
<b>Diabète</b>														
- antécédents de diabète gestationnel	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	
- sans complication vasculaire														

**TABLEAU 3. POSSIBILITÉ D'UTILISATION DES DIFFÉRENTES MÉTHODES CONTRACEPTIVES EN FONCTION DES SITUATIONS À RISQUE LES PLUS FRÉQUENTES.**

Situations à risque pathologique	Contraception orale combinée COC	Timbres et anneaux vaginaux (OP)	Contraception orale $\mu$ -progestative	Macroprogestatifs	Implants Etonorgestrel	Progestatifs injectables	DIU au cuivre	DIU imprégné lévonorgestrel	Stérilisation Féminine	Spermicides	Préservatifs	Autres méthodes barrières (capes, diaphragme)	Méthodes naturelles	
• Non insulinodépendant	+	+	+	+	+	+	++	+	SC	++	++	++	++	
• insulinodépendant	+	+	+	+	+	+	++	+	SC	++	++	++	++	
- pathologie vasculaire (néphropathie, rétinopathie, neuropathie)	--	--	+	+	+	-	++	+	SC	++	++	++	++	
- diabète > 20 ans d'évolution	-	-	+	+	+	-	++	+	SC	++	++	++	++	
<b>Pathologies gastro-intestinales</b>														
<b>Cholécystopathie</b>														
Symptomatique (actuelle)	-	-	+	+	+	+	++	+	SC	++	++	++	++	
Traitée médicalement	-	-	+	+	+	+	++	+	++	++	++	++	++	
Asymptomatique ou cholécystectomie	+	+	+	+	+	+	++	+	++	++	++	++	++	
<b>Antécédents de cholestase</b>														
Gravidique	+	+	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	
Liés à une utilisation antérieure de COC	-	-	+	+	+	+	++	+	++	++	++	++	++	
<b>Cirrhose hépatique</b>														
Légère, compensée	-	-	+	+	+	+	++	+	SC	++	++	++	++	
Grave, décompensée	--	--	-	-	-	-	++	-	SC	++	++	++	++	
<b>Tumeur hépatique</b>														
Bénigne (adénome)	--	--	-	-	-	-	++	-	SC	++	++	++	++	
Maligne (hépatome)	--	--	-	-	-	-	++	-	SC	++	++	++	++	
<b>Anémies</b>														
<b>Thalassémie</b>	++	++	++	++	++	++	+	++	SC	++	++	++	++	
<b>Drépanocytose</b>	+	+	++	++	++	++	+	++	SC	++	++	++	++	
<b>Anémie ferriprive</b>	++	++	++	++	++	++	+	++	SC <sup>b</sup>	++	++	++	++	<sup>b</sup> si Hb < 7g/l

**TABLEAU 3. POSSIBILITÉ D'UTILISATION DES DIFFÉRENTES MÉTHODES CONTRACEPTIVES EN FONCTION DES SITUATIONS À RISQUE LES PLUS FRÉQUENTES.**

Situations à risque pathologique	Contraception orale combinée COC	Timbres et anneaux vaginaux (OP)	Contraception orale $\mu$ -progestative	Macroprogestatifs	Implants Etonorgestrel	Progestatifs injectables	DIU au cuivre	DIU imprégné lévonorgestrel	Stérilisation Féminine	Spermicides	Préservatifs	Autres méthodes barrières (capes, diaphragme)	Méthodes naturelles
<b>Affections neurologiques</b>													
<b>Céphalées</b>													
Non migraineuses (modérées ou sévères)	++ [+]	++ [+]	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++
Migraine													
- Sans signe neurologique													
Age < 35 ans	+ [-]	+ [-]	++ [+]	++ [+]	+	+	++	+	++	++	++	++	++
Age $\geq$ 35 ans	- [-]	- [-]	++ [+]	++ [+]	+	+	++	+	++	++	++	++	++
- Avec signes neurologiques focaux (perte temporaire de la vision, vision trouble, flash, bref trouble parole ou mouvement)													
	--	--	+ [-]	+ [-]	+ [-]	+ [-]	++	+ [-]	++	++	++	++	++
<b>Epilepsie</b>													
	++	++	++	++	++	++	++	++	SC	++	++	++	++
Attention risque d'interaction médicamenteuse !													
Maladies dépressives													
	++	++	++	++	++	++	++	++	SC	++	++	++	++
<b>Insuffisance rénale</b>													
									SC	++	++	++	++
<b>Maladies auto-immunes, connectivites</b>													
									SC	++	++	++	++
<b>Pathologie de l'appareil reproducteur</b>													
<b>Saignements vaginaux</b>													
- irréguliers et peu abondants	++	++	+	+	+	+	++	++	++	++	++	++	++
- abondants et prolongés	++	++	+	+	+	+	+	++	++	++	++	++	++
- inexpliqués (suspicion d'une pathologie)	-	-	-	-	-	-	--	--	SC	++	++	++	++

**TABLEAU 3. POSSIBILITÉ D'UTILISATION DES DIFFÉRENTES MÉTHODES CONTRACEPTIVES EN FONCTION DES SITUATIONS À RISQUE LES PLUS FRÉQUENTES.**

Situations à risque pathologique	Contraception orale combinée COC	Timbres et anneaux vaginaux (OP)	Contraception orale $\mu$ -progestative	Macroprogestatifs	Implants Etonorgestrel	Progestatifs injectables	DIU au cuivre	DIU imprégné lévonorgestrel	Stérilisation Féminine	Spermicides	Préservatifs	Autres méthodes barrières (capes, diaphragme)	Méthodes naturelles	
<b>Antécédent de grossesse extra-utérine</b>	++	++	sc <sup>c</sup>	++	++	++	sc <sup>c</sup>	sc <sup>c</sup>	sc	++	++	++	++	<sup>c</sup> Discuter des facteurs de risque
<b>Antécédent de chirurgie pelvienne</b>	++	++	++	++	++	++	++	++	sc	++	++	++	++	
<b>Le col et sa pathologie</b>														
Ectropion du col utérin	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	
Néoplasie intra-épithéliale	+	+	++	++	+	+	++	+	++	++	++	++	++	
Cancer du col (avant traitement)	+	+	++	+	+	+	--	--	/	++	++	++	++	
<b>L'endomètre et sa pathologie</b>														
Endométriose	++	++	++	++	++	++	+	++	sc	++	++	++	++	
Cancer de l'endomètre *	++	++	++	++	++	++	--	--	/	++	++	++	++	
<b>Dysménorrhée sévère</b>	++	++	++	++	++	++	+	++	++	++	++	++	++	
<b>Maladie trophoblastique</b>														
Bénigne	++	++	++	++	++	++	-	-	++	++	++	++	++	
Maligne	++	++	++	++	++	++	--	--	sc	++	++	++	++	
<b>L'ovaire et sa pathologie</b>														
Pathologie bénigne y compris kyste fonctionnel de l'ovaire	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	
Cancer de l'ovaire	++	++	++	++	++	++	-	-	sc	++	++	++	++	
<b>Le sein et sa pathologie</b>														
Nodule non diagnostiqué	+	+	+	+	+	+	++	+	++	++	++	++	++	
Mastopathie bénigne	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	
Antécédents familiaux (1 <sup>er</sup> degré)	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	

**TABLEAU 3. POSSIBILITÉ D'UTILISATION DES DIFFÉRENTES MÉTHODES CONTRACEPTIVES EN FONCTION DES SITUATIONS À RISQUE LES PLUS FRÉQUENTES.**

Situations à risque pathologique	Contraception orale combinée COC	Timbres et anneaux vaginaux (OP)	Contraception orale $\mu$ -progestative	Macroprogestatifs	Implants Etonorgestrel	Progestatifs injectables	DIU au cuivre	DIU imprégné lévonorgestrel	Stérilisation Féminine	Spermicides	Préservatifs	Autres méthodes barrières (capés, diaphragme)	Méthodes naturelles	
<b>Cancer du sein</b>														
- Actuel	--	--	--	--	--	--	++	--	SC	++	++	++	++	
- En rémission > 5 ans	-	-	-	-	-	-	++	-	++	++	++	++	++	
<b>Anomalies anatomiques de l'utérus</b>														
Sans déformation de la cavité utérine	++	++	++	++	++	++	++	++	SC	++	++	++	++	
Avec déformation de la cavité utérine (incluant fibromes, sténose cervicale...)	++	++	++	++	++	++	--	--	SC	++	++	++	++	
<b>Risque infectieux</b>	<b>Seuls les <u>préservatifs</u> sont recommandés en cas de risque d'IST, notamment en cas de risque d'infection à VIH/sida et hépatites virales !</b>													
- Cervicite purulente, infection à <i>Chlamydia</i> ou gonococcie	++	++	++	++	++	++	-- [+]	-- [+]	SC	++	++	++	++	
- Autres IST (hormis hépatites et VIH)	++	++	++	++	++	++	+	+	SC	++	++	++	++	
- Vaginite (trichomonase, vaginose bactérienne)	++	++	++	++	++	++	+	+	++	++	++	++	++	
- Risque accru d'IST (>1 partenaire ou 1 partenaire ayant des partenaires multiples)	++	++	++	++	++	++	SC <sup>d</sup> [+]	SC <sup>d</sup> [+]	++	++	++	++	++	<sup>d</sup> Discuter des facteurs de risque
<b>VIH/SIDA *</b>														
Haut risque d'infection à VIH	++	++	++	++	++	++	+	+	++	++	++	++	++	
Séropositivité	++	++	++	++	++	++	+	+	++	++	++	++	++	
Sida	++	++	++	++	++	++	+	+	SC	++	++	++	++	
Attention aux risques d'interaction médicamenteuse														

**TABLEAU 3. POSSIBILITÉ D'UTILISATION DES DIFFÉRENTES MÉTHODES CONTRACEPTIVES EN FONCTION DES SITUATIONS À RISQUE LES PLUS FRÉQUENTES.**

Situations à risque pathologique	Contraception orale combinée COC	Timbres et anneaux vaginaux (OP)	Contraception orale $\mu$ -progestative	Macroprogestatifs	Implants Etonogestrel	Progestatifs injectables	DIU au cuivre	DIU imprégné lévonorgestrel	Stérilisation Féminine	Spermicides	Préservatifs	Autres méthodes barrières (capés, diaphragme)	Méthodes naturelles	
<b>Hépatite virale *</b>														
Évolutive	--	--	-	-	-	-	++	-	SC	++	++	++	++	
Porteur	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	
<b>Infections génitales hautes (IGH)</b>														
Antécédent d'IGH (sans risque actuel)														
- avec grossesse depuis	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	
- sans grossesse ultérieure	++	++	++	++	++	++	+	+	SC	++	++	++	++	
IGH présente ou < 3 derniers mois	++	++	++	++	++	++	-- [+]	-- [+]	SC	++	++	++	++	
<b>Tuberculose</b>														
Non génito-urinaire				++			++	++ <sup>e</sup>	++	++	++	++	++	
génito-urinaire				(association déconseillée en cas de prise d'un inducteur enzymatique)			--	--	SC	++	++	++	++	<sup>e</sup> risque interaction médicament
<b>Infection des voies urinaires</b>	/	/	/	/	/	/	-	-	++	++	++	-	++	
<b>Antécédent syndrome de choc toxique</b>	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	--	++	
<b>Age</b>														
Moins de 18 ans (< 20 ans pour DIU Cu selon OMS)	++	++	++	++	++	+	+	+	++	++	++ <sup>f</sup>	++ <sup>f</sup>	++ <sup>f</sup>	<sup>f</sup> Risque d'échec plus élevé chez les jeunes
18-39 ans [35 ans !!!]	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	
40-45 ans	+	+	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	
> 45 ans	+	+	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	
<b>Obésité</b> (IMC $\geq$ 30 kg /m <sup>2</sup> )	+	+	++	++	++	++	++	++	SC	++	++	++	++	

**TABLEAU 3. POSSIBILITÉ D'UTILISATION DES DIFFÉRENTES MÉTHODES CONTRACEPTIVES EN FONCTION DES SITUATIONS À RISQUE LES PLUS FRÉQUENTES.**

Situations à risque pathologique	Contraception orale combinée COC	Timbres et anneaux vaginaux (OP)	Contraception orale $\mu$ -progestative	Macroprogestatifs	Implants Etonorgestrel	Progestatifs injectables	DIU au cuivre	DIU imprégné lévonorgestrel	Stérilisation Féminine	Spermicides	Préservatifs	Autres méthodes barrières (capes, diaphragme)	Méthodes naturelles	
<b>Post-partum sans allaitement</b>														
- < 48 heures	-	-	++	++	++	-	+	-	-	++	++	- - <sup>g</sup>	++	<sup>g</sup> Nécessité involution utérine de 6 semaines
- 48 heures à 4 semaines	-	-	++	++	++	-	-	-	-	++	++	- -	++	
- $\geq$ 4 semaines	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	- -	++	
<b>Post-abortum</b>														
- Avortement au 1 <sup>er</sup> trimestre	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	- - <sup>g</sup>	++	<sup>h</sup> à partir de 4 <sup>e</sup> sem. pour les stérilets et les méthodes par progestatif seul.
- Avortement au 2 <sup>nd</sup> trimestre	++	++	++	++	++	++	+	+	-	++	++	- -	++	
- Après avortement septique	++	++	++	++	++	++	- -	- -	-	++	++	- -	++	
<b>Allaitement maternel</b>														
- < 6 semaines après accouchement	- -	- -	SC <sup>h</sup>	-	SC <sup>h</sup>	-	SC <sup>h</sup>	SC <sup>h</sup>	-	++	++	- <sup>h</sup>	++	<sup>h</sup> à partir de 4 <sup>e</sup> sem. pour les stérilets et les méthodes par progestatif seul.
- de 6 semaines à 6 mois	-	-	++	++	++	++	++	++	-	++	++	++	++	
- $\geq$ 6 mois après accouchement	+	+	++	++	++	++	++	++	-	++	++	++	++	
<b>Parité</b>														
- nullipare	++	++	++	++	++	++	+	+	SC	++	++	++	++	
- multipare	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	