

# **PRESCRIPTION D'UNE CONTRACEPTION PAR LE MEDECIN GENERALISTE**

---

## **Dossier de formation ASDES**

**Dr Stéphane Ploteau**  
**Gynécologie**  
**Hôpital Universitaire de Bruxelles**

### **INTRODUCTION**

En France, plus de 2 femmes sur 3 utilisent un moyen de contraception. Le principal moyen utilisé est actuellement la contraception orale. L'épidémie d'infections à VIH a conduit à utiliser plus souvent les préservatifs qui sont efficaces contre les MST mais sont une méthode contraceptive moyennement efficace. Le choix dépend de nombreux facteurs : facteurs culturels et médicaux, mode de vie, période de la vie. De plus, la surveillance systématique des femmes prenant une contraception est l'occasion de donner des conseils éducatifs sur la sexualité, la grossesse et les MST.

### **LE CHOIX D'UNE CONTRACEPTION**

La prescription d'une contraception nécessite une connaissance d'éventuels impacts sur la santé, mais exige surtout une information claire de la patiente sur sa prise correcte et sur ses effets secondaires potentiels. Les questions de prise de poids, de risque d'infertilité future, de risques carcinologiques et cardio-vasculaires et de maladies sexuellement transmissibles doivent être abordés notamment chez l'adolescente. Une information complète permettra une meilleure observance et diminuera le risque d'effets secondaires et de grossesse. Les mesures à prendre en cas d'oubli de pilule et la possibilité d'une contraception d'urgence doivent également être expliquées.

La pilule œstro-progestative, l'anneau vaginal œstro-progestatif, le patch œstro-progestatif, l'implant sous-cutané d'étonogestrel, les injections intra-musculaires d'acétate de médroxy-progestérone et le stérilet sont des moyens de contraception efficaces, chacun avec ses avantages et ses inconvénients.

Le préservatif reste le seul moyen de protection contre les maladies sexuellement transmissibles.

### **EFFICACITE DES PRINCIPALES METHODES CONTRACEPTIVES UTILISEES**

L'efficacité d'une méthode contraceptive se mesure par l'indice de Pearl ® :

$R = (\text{nombre de grossesses accidentelles} / \text{nombre de cycles observés}) \times 1200$ .

R désigne le nombre de grossesses accidentelles pour 100 années / femme, d'utilisation.

<b>Efficacité comparative des différentes méthodes contraceptives</b>	
<b>Méthode</b>	<b>Indice de Pearl</b>
Oestro-progestatifs combinés	0,1%
Microprogestatifs	0,5-2%
Dispositif intra-utérin	0,5-2%
Condom	0,6-0,8%
Ovules	0,6-0,8%
spermicides	0,6-6,8%
obturateurs féminins	8-17%
tampons, éponges	3,5%
Continence périodique	15%

Il en existe de nombreuses techniques et méthodes. La méthode la plus sûre pour prévenir une grossesse et les maladies sexuellement transmissibles est la combinaison d'un préservatif et d'une autre méthode contraceptive.

### **MARCHE A SUIVRE LORS D'UNE PREMIERE CONSULTATION POUR DEMANDE DE CONTRACEPTION**

L'objet de cette première consultation est quadruple :

- 1 - Identifier s'il existe des contre-indications,
- 2 - Expliquer les avantages et les inconvénients de cette contraception,
- 3 - faire un examen général gynécologique dans le cadre du dépistage des MST, des dysplasies cervicales ou de toute pathologie sévère (sauf chez les adolescentes asymptomatiques chez qui l'appréhension de l'examen peut être une cause de non consultation).
- 4 - Informer, éduquer et répondre à des questions sur le fonctionnement de l'appareil génital, la grossesse, les MST, la contraception et la sexualité,

La prise d'une pilule contraceptive nécessite une discipline quotidienne. Les oublis et les erreurs de prises atteignent 10 à 33% et sont à l'origine d'échecs mais aussi de saignements intermittents responsables de l'abandon de la méthode. L'anneau vaginal contenant un œstro-progestatif (NuvaRing<sup>®</sup>, Organon) le patch contraceptif (Evra<sup>®</sup>, Janssen-Cilag) et les progestatifs injectables en intra-musculaire (Depo-provera<sup>®</sup>, Pharmacia) et sous forme d'implant sous-cutané (Implanon<sup>®</sup>, Organon) sont de bonnes alternatives à la pilule et ne présentent peu ou pas de risque d'oubli ou d'erreur de prise.

## **Bilan clinique**

=> **Interrogatoire (+++)** : c'est le temps le plus important :

- Age,
- ATCD (tabac, diabète, HTA, maladie thromboembolique, cardiovasculaire) <= Contre-indications
- Signes fonctionnels gynécologiques (troubles du cycle...),
- ATCD obstétricaux particuliers (macrosomie, diabète gestationnel, HTA gravidique, prurit et/ou ictère récidivants de la grossesse, herpès gestationis)

=> **Examen** :

- Général (TA, poids),
- Mammaire,
- Abdomen (foie),
- Gynécologique : avec vérification du dernier frottis
- Veineux,

=> **Bilan biologique** :

Recommandé après 3 à 6 mois d'utilisation.

- Glycémie à jeûn,
- Triglycéridémie,
- Cholestérol total.

## **LA PILULE OESTRO-PROGESTATIVE**

Pour la majorité des femmes et notamment des adolescentes, la prise de la pilule contraceptive présente nettement plus d'avantages que de risques. Après avoir exclu une contre-indication à la prise de la pilule œstro-progestative, il est indispensable de passer en revue les effets secondaires potentiels, la prise correcte, l'attitude en cas d'oubli, les risques et les bénéfices. Bien souvent les connaissances des adolescentes concernant la pilule sont erronées et génèrent des craintes et des doutes à l'origine d'une mauvaise compliance.

### **Principe et mode d'action**

#### **●Principes et modes d'action**

Absorption par voie digestive, métabolisme hépatique et élimination biliaire.  
Existence d'un cycle entéro-hépatique.

#### **●4 Verrous contraceptifs :**

- Inhibition de la croissance folliculaire
- Absence de pic LH et FSH sous la dépendance de l'estrogène et surtout du progestatif
- Modifications de la glaire cervicale, épaisse et rare, sous la dépendance du progestatif
- Atrophie de l'endomètre, inapte à la nidation sous la dépendance du progestatif.

Ces 4 verrous assurent l'efficacité de la pilule et expliquent aussi :

- La diminution des règles sous pilule (atrophie relative de l'endomètre),
- La nécessité d'une prise régulière surtout avec les minidosées (risque d'échappement

hypophysaire),

- Les métrorragies (atrophie),
- L'aménorrhée post-pilule (1% des cas) par inertie hypothalamo-hypophysaire simple après blocage pas forcément prolongé de la sécrétion des gonadotrophines,
- La courbe ménothermique monophasique sous pilule.

● Il existe trois variantes de pilules œstro-progestatives déterminées par la quantité d'œstrogène et de progestatifs par comprimé et le nombre de phases.  
On distingue par ailleurs les œstroprogestatifs par la dose d'éthinyl-estradiol et la nature du progestatif :

Il existe :

- les contraceptifs oraux œstroprogestatifs de **1re génération** qui associent :
  - de 30 à 50 µg d'éthinyl-estradiol,
  - et un progestatif fortement dosé : noréthistérone, norgestriénone ;
- les contraceptifs oraux œstroprogestatifs de **2e génération** qui associent :
  - de 30 à 50 µg d'éthinyl-estradiol,
  - et un progestatif : lévonorgestrel, norgestrel ;
- les contraceptifs oraux œstroprogestatifs de **3e génération** qui associent :
  - de 15 à 35 µg d'éthinyl-estradiol,
  - et un progestatif : désogestrel, gestodène ou norgestimate.

### Pilule monophasique

Tous les comprimés contiennent la même quantité des deux hormones (15, 20, 30, 35 et 50 microgrammes). Cette pilule se prend pendant 21 jours, qui sont suivies d'une pause de 7 jours.

<p><i>3e génération</i> : Mélodia®/Minesse®, Cycleane 20® et 30®, Mercilon®, Harmonet®, Meliane®, Varnoline®, Varnoline continu®, Minulet®, Moneva®, Cilest®, Effiprev® ;</p> <p><i>2e génération</i> : Minidril®, Ludéal®, Stédiril® ;</p> <p><i>1re génération</i> : Orthonovum 1/35®, Planor® ;</p> <p><i>autre</i> : Jasmine ®.</p>
---

### Pilule biphasique

Chaque plaquette contient deux types de comprimés qui doivent toujours être pris dans le bon ordre. Il existe des schémas de 21 et 22 jours avec une pause de 7 ou 6 jours.

<p><i>2e génération</i> : Adépal® ;</p> <p><i>1re génération</i> : Miniphase®.</p>
--

## **Pilule triphasique**

Chaque plaquette contient trois types de comprimés, qui contiennent chacun une quantité différente d'œstrogène et de progestatif. Les schémas comporte généralement 21 jours de prise, suivis d'une semaine de pause. Ces œstroprogestatifs ont été mis au point dans le but de réduire l'incidence des métrorragies, cause fréquente d'abandon de la méthode, et aussi de diminuer la dose de progestatif pour en atténuer les effets métaboliques (ce qui n'a jamais été démontré).

*3e génération* : Phaeva®, Triminulet®, Tricilest®, Triafémi® ;  
*2e génération* : Trinordiol®, Daily® ;  
*1re génération* : Triella®.

## **Contre-indications à la pilule œstro-progestative**

**Certaines contre-indications peuvent avoir été dépistées** au terme du bilan clinique et éventuellement paraclinique.

### **●Les unes sont absolues :**

- antécédents thrombo-emboliques, troubles du métabolisme des lipides, cancer.
- antécédents d'ictère cholestatique dont l'équivalent est le prurit gravidique.
- la prise concomitante de tuberculostatiques (Rifampicine®), de barbituriques (Gardenal®), d'anticonvulsivants (Mysoline® Tregetol®), du fait d'un risque d'inefficacité.

**●Les autres sont relatives** : varices importantes, mastopathies bénignes, HTA, diabète insulino-dépendant, lupus, obésité, migraines.

Un antécédent thrombo-embolique familial important doit faire réaliser un bilan d'hémostase.

Quant au **tabac**, il est difficile de l'interdire chez les jeunes, mais au-delà de 35 ans, l'association tabac-pilule est dangereuse pour les risques cardio-vasculaires et doit figurer dans les contre-indications relatives.

## **Age limite**

L'administration d'œstro-progestatifs avant la fin de la maturation de l'axe hypothalamo-hypophysaire accélérera la fusion des épiphyses osseuse. Cependant, la ménarche survient après l'accélération de la croissance et le développement des caractères sexuels secondaires.

On peut envisager la prise d'un œstro-progestatif faiblement dosé après 6 à 12 mois de cycles menstruels spontanés.

## **Eléments de surveillance d'une patiente sous pilule**

- Consultation avec **examen clinique, gynécologique et mammaire** tous les 3 mois jusqu'à ce que la pilule donne pleine satisfaction, puis tous les ans,
- Frottis de dépistage** à la 1<sup>e</sup> consultation puis 1 an après puis tous les 3 ans en l'absence de facteurs de risque ou d'ATCD cervicaux,
- Bilan sanguin** : le plus souvent réalisation du 1<sup>er</sup> bilan à 3-6 mois sauf en cas de facteurs de risque puis tous les 5 ans.
- Il n'y a pas lieu d'arrêter la pilule de temps en temps ("fenêtres thérapeutiques") : c'est illogique, inutile et source de grossesses intempestives.

## **Effets secondaires**

### **1- Petits inconvénients sous pilule**

*-Spotting, aménorrhée, céphalées ?*

Les spotting (pertes sanguines intermenstruelles) surviennent, selon les études, chez 0 à 12,2% des patientes. Elles peuvent être liées à un oubli de pilule, à des interactions médicamenteuses ou gastro-intestinales, ou à la biodisponibilité du progestatif.

Des taux d'aménorrhée sous pilule de 0 à 5,8% sont décrits.

La présence de céphalées sous pilule ou pendant la semaine d'arrêt de la pilule varie entre 1 et 20%.

*- Prise de poids de 1 à 2 kg (progestatifs anabolisant) ou rétention hydrosodée minime.*

*- Mastodynies : pilules minidosées et séquentielles.*

*- Troubles de la libido (±).*

### **2- Maladies cardio-vasculaires : le risque vasculaire est le principal préjudice de la pilule (+++)**

*-Risque thrombo-embolique x 4* : risque dose-dépendant des œstrogènes, de la génération du progestatif, indépendant de la durée de la prise et non influencé par le tabac,

*-Risque coronarien x 2* : dépend de la dose et de la potentialisation par d'autres facteurs : âge, tabac, diabète, obésité, HTA (lié aux œstrogènes et aux progestatifs),

*-Risque vasculaire cérébral (x 1,5 à 2)* : accidents ischémiques vertébro-basilaire et carotidiens.

*-HTA : 5 %*

Le mécanisme des accidents tient aux troubles de l'hémostase (veineux) et à des spasmes vasculaires (artériel) plus qu'à des troubles métaboliques (cholestérol).

### **3- Modifications métaboliques**

Les œstro-progestatifs

- Diminuent la tolérance orale au glucose chez les femmes normales,
- Entraînent un hyperinsulinisme modéré,

- Hyperagrégabilité plaquettaire, augmentation des facteurs VII, VIII, X,
- Action sur le métabolisme lipidique :

- Estrogènes -> augmentation dose-dépendante des triglycérides et de l'HDL-cholestérol.
- Progestatifs (19 nor) -> diminution modérée du cholestérol total et de l'HDL-cholestérol.

#### **4- Effet cancérigène ?**

L'effet protecteur des contraceptifs oraux contre les néoplasies endométriales et ovariennes a été clairement démontré et augmente avec la durée de la prise des contraceptifs oraux. Cet effet protecteur persiste jusqu'à quinze à vingt ans après l'arrêt de la pilule.

L'association des œstro-progestatifs de synthèse à un risque de cancer du col et du sein a été infirmée.

#### **5- Pathologies hépatiques**

Risque :

- D'ictère cholestatique,
- De lithiase biliaire,
- De tumeur du Bénigne du foie (hyperplasie nodulaire et adénome).

#### **6- Diminution de la fertilité après l'arrêt de la pilule ?**

Aucune étude n'a montré un impact négatif de la pilule contraceptive sur la fertilité. Au contraire, la prise d'une contraception orale diminuerait le risque de maladies sexuellement transmissibles et donc le risque d'infertilité d'origine mécanique.

### **Effets bénéfiques**

La pilule contraceptive présente plusieurs effets positifs et peut être prescrite en l'absence de nécessité de contraception.

#### **1- Dysménorrhées**

Quarante trois à 85% des jeunes femmes présentent de la dysménorrhée qui s'accompagne d'absentéisme scolaire dans 14 à 38% des cas. La dysménorrhée est liée à la sécrétion de prostaglandines suite à la chute de progestérone en période prémenstruelle. La dysménorrhée serait donc liée à des cycles ovulatoires. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont efficaces dans 70% des dysménorrhées. En cas d'échec, la pilule œstro-progestative est une excellente alternative.

#### **2- Cycles irréguliers et ménorragies**

Lors des deux premières années qui suivent la ménarche, 55 à 82% des adolescentes présentent des cycles irréguliers dus à une anovulation ou à une insuffisance lutéale. Cette situation s'accompagne parfois de ménorragies importantes. Les contraceptifs oraux sont une

alternative à la prise de progestatifs cycliques, plus contraignante. En cas d'échec des œstro-progestatifs, une coagulopathie doit être exclue.

### **3- Acné**

La pilule œstro-progestative diminue la synthèse d'androgènes ovariens et augmente les taux de SHBG. Les progestatifs de troisième génération n'ont pas d'effet androgénique marqué. Toutes les pilules de troisième génération ont donc un effet positif dans le traitement de l'acné. En cas d'acné sévère, la pilule contenant l'acétate de cyprotérone est préférée vu l'effet bloquant de l'acétate de cyprotérone au niveau des récepteurs androgéniques.

### **LE PATCH CONTRACEPTIF (EVRA<sup>®</sup>, Jansen-Cilag)**

Patch de 4,5 x 4,5 cm à coller sur la peau. Il contient un progestatif, le norelgestromin et de l'éthinylœstradiol. Ce patch s'applique sur les fesses, cuisses, bras ou sur l'abdomen pour une durée de 7 jours pendant 3 semaines consécutives, suivies d'une semaine sans patch. La patiente doit alterner les zones de pose des patchs. La surface d'application doit être propre, sèche, intacte, sans pilosité et sans huile ou lait corporel, et jamais sur une peau irritée ou entaillée. Le patch présente les mêmes effets ou risques que la pilule et une efficacité identique. Il n'y a pas de diminution de l'efficacité du patch en cas de vomissements ou de diarrhée. L'efficacité serait diminuée chez les patientes pesant plus de 90 kg. Cinq pour cent des femmes décrivent un manque d'adhésion et 2 % abandonnent la méthode suite à une irritation cutanée importante.

Selon les études, l'acceptation moyenne du patch est de 88,2% et celles de la pilule de 77,7%.

### **L'ANNEAU VAGINAL (NUVARING<sup>®</sup>, Organon)**

L'anneau vaginal contraceptif libère quotidiennement 15µg d'éthinylœstradiol et 150 µg d'étonogestrel dans la circulation sanguine. La patiente place elle-même l'anneau et le retire après 3 semaines. Un nouvel anneau est mis en place une semaine après le retrait du précédent. Ce mode de libération des hormones œstro-progestatives évite un premier passage hépatique. Cette méthode contraceptive est beaucoup moins contraignante que la pilule qui nécessite une discipline quotidienne et permet d'éviter les oublis liés à la prise journalière.

L'anneau vaginal a une efficacité comparable à la pilule (indice de Pearl de 0,4) et présente peu de risques de saignements irréguliers (4,4%). Les effets secondaires tels que céphalées, nausées, tension mammaire et vaginite sont peu fréquents. Il n'y a pas d'action sur le poids et le taux de satisfaction et de compliance est de 91%.

L'introduction et le retrait de l'anneau sont très faciles. La manière la plus simple de l'introduire est, par exemple, debout avec une jambe relevée en posant le pied sur le bord de la cuvette ou d'une chaise. On peut également l'introduire en position accroupie ou couchée sur le dos. La femme doit choisir la position qui est la plus confortable pour elle. La procédure d'insertion est la même dans toutes les positions. L'anneau doit être pressé entre le pouce et l'index et introduit dans le vagin jusqu'à ce que la femme ne le sente plus. La position précise de l'anneau dans le vagin n'a aucune influence sur l'activité de la contraception vaginale et



n'affectera nullement sa fiabilité. Si l'anneau est bien placé, la patiente ne le sent dans la plus part des cas plus du tout. Le partenaire ne le sent pas dans 75% des cas et n'est de toute façon quasi jamais gêné. Pour retirer l'anneau, il suffit à la patiente d'accrocher le bord de l'anneau avec l'index et de tenir ce bord entre l'index et le majeur.

## **LES PROGESTATIFS**

### **La mini-pilule**

Elle est surtout utilisée par la femme qui allaite ou par celles qui ne peuvent ou ne veulent pas utiliser d'oestrogènes.

Très faiblement dosées en progestatifs, elles entraînent essentiellement une modification de la glaire et facultativement une action sur les sécrétions de LH et FSH. Elles sont administrées en non-stop 30 jours/30.

3 patientes sur 10 présenteront des troubles du cycle, soit aménorrhée, soit spotting continu. Ces deux phénomènes sont liés à une perturbation de l'ovulation tout comme les mastodynies ou les douleurs pelviennes dont se plaignent certaines femmes sous mini-pilule.

Elle est essentiellement conseillée en cas de contre-indication vasculaire et métabolique aux oestroprogestatifs, car elle n'a aucun retentissement sur ces métabolismes ; de ce fait aucune surveillance biologique n'est nécessaire. Elle est aussi conseillée en cas de céphalée sous œstro-progestatif.

### **Le contraceptif injectable**

L'injection intra-musculaire d'acétate de médroxyprogestérone tous les 3 mois (Dépoprovera<sup>®</sup>, Pharmacia) est une contraception efficace qui peut s'accompagner d'une prise de poids, de séborrhée, d'irrégularité menstruelle et d'une reprise plus tardive de la fertilité.

**Les macro-progestatifs** n'ont pas l'AMM dans cette indication.

### **L'implant (IMPLANON<sup>®</sup>, Organon)**

Contraception progestative exclusive, réalisée par la pose d'un implant d'étonogestrel, sous la peau, à la face interne du bras non dominant dans le sillon entre le biceps et le triceps. Sa durée d'action est de 3 ans.

Contraception beaucoup moins contraignante que la pilule combinée, elle constitue par ailleurs une excellente alternative chez les patientes ayant des antécédents thrombo-emboliques. Son indice de Pearl est de 0 à 0,7%

Le cycle menstruel peut être très variable chez les utilisatrices de l'implant sous-cutané et il est primordial de prévenir les patientes de son influence sur le cycle menstruel et sur les saignements. En effet, 3 mois après le placement, 30 à 40 % des patientes sont en aménorrhée, 55% présentent des cycles irréguliers et 30% des saignements prolongés. Après 6 mois, 40% sont en aménorrhée, 30% présentent des cycles irréguliers et 10 à 20% des saignements prolongés.

### **Le stérilet hormonal (MIRENA®)**

Il libère en permanence une petite quantité de progestatif au niveau de l'endomètre qui devient alors atrophique et inadéquat à l'implantation. Il est efficace chez les patientes présentant par ailleurs des ménorragies.

Il entraîne une aménorrhée dans environ 70% des cas et peut être responsable de spotting pendant plusieurs mois.

## **QUESTIONS PRATIQUES**

### **1- Quand débuter une contraception hormonale combinée ?**

- **La patiente n'a pas utilisé de contraception hormonale au cours du mois précédent.**

Elle doit être débutée entre le premier et le cinquième jour du cycle.

- **La patiente prenait une pilule contraceptive orale combinée.**

L'anneau vaginal ou le patch doivent être placés à n'importe quel moment pendant les 7 premiers jours qui suivent la prise de la dernière pilule et donc au plus tard le jour où elle devrait commencer une nouvelle plaquette de pilule. La patiente est alors immédiatement protégée contre une grossesse.

- **La patiente prenait une méthode contraceptive uniquement progestative.**

S'il s'agit d'une minipilule progestative, la patiente doit commencer l'une des méthodes hormonales combinées à n'importe quel jour du mois, mais immédiatement après la prise du dernier comprimé de la minipilule.

S'il s'agit d'un implant, la nouvelle méthode hormonale combinée doit être débutée le jour du retrait de l'implant.

S'il s'agit d'un stérilet libérant des progestatif (MIRENA®), la nouvelle méthode hormonale combinée doit être débutée le jour du retrait du stérilet.

- **La patiente passe d'un anneau vaginal ou un patch contraceptif vers une pilule combinée.**

La pilule combinée doit être débutée à n'importe quel moment pendant les 7 premiers jours qui suivent le retrait de l'anneau vaginal ou du patch.

## **2- Quand doit-on commencer une contraception hormonale combinée après un accouchement ?**

Elle peut être débutée 10 à 30 jours environ après l'accouchement. La patiente doit être prévenue du risque de spotting pendant le premier mois.

Lorsque la patiente souhaite être enceinte, la contraception peut être interrompue à tout moment mais de préférence en fin de cycle.

## **3- Comment peut-on retarder ses règles ?**

Avec l'anneau vaginal : insérer un nouvel anneau immédiatement après avoir retiré le précédent. Celui-ci sera efficace 3 semaines. On ne doit pas laisser un même anneau pendant plus de 3 semaines, celui-ci est conçu pour être efficace que 3 semaines.

Avec le patch contraceptif : Placer immédiatement un nouveau patch après avoir retiré le précédent. Répéter cette opération si l'on désire retarder de plus d'une semaine l'arrivée des règles.

Avec la pilule combinée : Il suffit de commencer une nouvelle plaquette. S'il s'agit d'un bi- ou triphasique, continuer à prendre les comprimés de la dernière phase de la plaquette.

## **4- En cas d'oubli de pilule :**

L'oubli est responsable de 5 à 10 % des IVG.

- Le risque essentiel est pour les rapports ayant lieu après l'oubli de pilule : il faut se méfier et prendre toute précaution jusqu'aux règles suivantes.
- Le risque est maximal au début de la plaquette car une croissance folliculaire peut déjà être en cours.
- Si l'oubli est de plusieurs comprimés, il y a souvent des métrorragies et le plus simple est de stopper de reprendre au 1er jour des règles.
- La pilule du lendemain est un bon recours s'il y a eu un rapport le jour de l'oubli.

### **Attitude lors d'un oubli de pilule (selon Guillebaud)**

Heure de retard	1 <sup>ère</sup> semaine comprimé 1-7	2 <sup>ème</sup> semaine comprimé 8-14	3 <sup>ème</sup> semaine comprimé 15-21
Moins de 12 heures	Prenez la pilule oubliée, continuez la plaquette, vous restez protégée	Prenez la pilule oubliée, continuez la plaquette, vous restez protégée	Prenez la pilule oubliée, continuez la plaquette, vous restez protégée
Plus de 12 heures, pas de rapport la semaine précédente	Prenez la pilule oubliée, continuez la plaquette, préservatifs pendant 7 jours	Prenez la pilule oubliée, continuez la plaquette, vous restez protégée	Prenez la pilule oubliée, continuez la plaquette, entamez nouvelle plaquette sans arrêter 7 jours
Plus de 12 heures, rapport la semaine précédente	Prenez la pilule oubliée, continuez la plaquette, préservatifs pendant 7 jours, pilule du lendemain	Prenez la pilule oubliée, continuez la plaquette, vous restez protégée	Ou arrêtez la pilule recommencer nouvelle plaquette après 7 jours

### **5- En cas de vomissements ou de diarrhées après la prise de pilule :**

Si vomissements ou diarrhées surviennent dans les 4 heures suivant la prise de pilule, prendre un nouveau comprimé. Soit celui d'une nouvelle plaquette que l'on conserve comme plaquette de réserve, soit le dernier comprimé de la plaquette, ainsi on ne modifie pas l'ordre des jours indiqués sur la plaquette. Si les troubles persistent, la pilule ne protège plus assez efficacement et il est souhaitable d'utiliser temporairement une autre forme de contraception comme le préservatif. Vomissements et diarrhées n'influencent pas l'activité contraceptive de l'anneau vaginal et du patch.

### **6- L'anneau vaginal tombe accidentellement lors de sa mise en place :**

Le laver à l'eau froide ou tiède (jamais chaude) et le remettre en place.

### **7- L'anneau ressort du vagin ou est accidentellement expulsé :**

Le rincer et le remettre immédiatement en place. Si l'anneau n'est plus en place pendant plus de 3 heures, une autre méthode contraceptive doit être assurée pendant les 7 jours suivants. Si cela se produit pendant la première semaine d'utilisation, une grossesse éventuelle doit être exclue.

### **8- En cas d'oubli de mise en place de l'anneau, du patch ou de reprise de la pilule au bon moment :**

S'il n'y a pas eu de rapport sexuel pendant la période sans contraception, la méthode contraceptive peut être reprise immédiatement. Une méthode supplémentaire telle que le préservatif devra être réalisée pendant les 7 premiers jours.

Si par contre il y a eu des rapports sexuels pendant la période sans contraception, une grossesse devra être exclue.

## **CONTRACEPTION D'URGENCE**

Principe : L'objectif est d'utiliser une méthode empêchant la nidation de l'œuf.

Deux possibilités sont envisageables :

### **1. les contraceptifs hormonaux :**

- Tetragynon®, remboursé par la Sécurité sociale :
  - 2 comprimés (équivalent de Stédiril®) à prendre dans les 72 heures et à renouveler 12 heures plus tard, sur ordonnance exclusivement.
  - La tolérance est moyenne du fait des nausées et d'une tension des seins possibles.
- Norlevo® correspondant à 0,75mg de levonorgestrel est devenu la **référence** +++ :

- Disponibilité sans autorisation médicale (vente libre),
- 2 pilules à prendre entre 12 et 24 heures d'intervalle (ou mieux 2 cp à la fois) remboursé SS sur ordonnance.
- La tolérance est bonne,
- Le taux d'échec est rare 1 à 3 %

## **2. Le DIU :**

- Il doit être mis dans les 5 jours après le rapport non protégé,
- La tolérance est bonne,
- L'efficacité est proche de 100%,
- A recommander aux patients qui envisagent ce mode de contraception pour l'avenir.

## **LE PRESERVATIF**

Assurent une bonne protection contre les M.S.T.

En vente libre.

Nécessité d'un apprentissage.

Avec ou sans réservoir, opaque ou transparent, lisse ou finement strié, de différentes couleurs. Préférer les préservatifs comportant le label NF car ont été testés et tout risque de porosité est exclu.

Doit être placé sur la verge en érection avant toute pénétration dans le vagin.

Dès que l'intumescence se produit, retrait en maintenant le préservatif contre la base de la verge pour éviter tout reflux de sperme.

Indice de Pearl : 0,6 à 6,8 % (amélioré lorsqu'il est utilisé conjointement avec un spermicide).

## **LE STERILET**

Indication idéale : multigeste ne désirant plus d'enfant, dont l'appareil génital est sain et dont la vie sexuelle est stable.

Les différents modèles de stérilets :

### **-DIU en Cuivre**

Adjonction d'un fil de cuivre.

Modèles commercialisés : Nova T<sup>®</sup>, U T 380<sup>®</sup>, ML Cu 375<sup>®</sup>, MLCu Short Gyne-Fix<sup>®</sup>.

Durée d'utilisation 5 ans

Leur mode d'action est multiple : au niveau de l'endomètre (réaction inflammatoire) de la glaire cervicale (diminution de la mobilité des spermatozoïdes)...

### **-DIU aux Progestatifs**

Mirena<sup>®</sup> : durée d'utilisation 5 ans.

Surtout indiqués chez les patientes présentant une dysménorrhée ou des ménorragies.

Outre les modes d'action précités, le progestatif est responsable d'une atrophie endométriale et

d'une raréfaction de la glaire.

## **1- Technique de pose d'un DIU :**

Le choix dépend des conditions anatomiques (volume utérin, ouverture du col) et de l'habitude du médecin.

### ***Moment de l'insertion***

- pose en fin de règles (4ème et 6ème jour),
- peut être placé immédiatement après une IVG,
- En Europe, attendre le retour de couches après un accouchement normal et 6 mois après une césarienne,
- Utilisable en contraception du lendemain après un rapport supposé fécondant, jusqu'à 6 jours après.

### ***Technique d'insertion***

- TV pour connaître l'orientation de l'utérus (anté ou rétroversé),
- Mise en place du spéculum et désinfection cervico-vaginale,
- Pose d'une pince de Pozzi sur la lèvre antérieure du col pour tracter l'utérus afin de mettre le col dans l'axe du corps utérin,
- Hystérométrie,
- Introduction douce de l'inserteur jusqu'au fond utérin (sensation de butée),
- Retrait de l'inserteur en fonction du modèle,

### ***Incidents possibles lors de la pose sont :***

- Douleurs à type de crampes ou de contractions,
- spasme du col,
- malaise vagal.

Un accident rare : la perforation, souvent isthmique, douleur +, surtout en cas d'antécédent de césarienne.

## **2- Principales complications des DIU :**

### **●Ennuis mineurs :**

- Douleurs pelviennes à type de contractions
- Leucorrhées exacerbées par la présence du DIU et de son fil
- Dysménorrhée : par concentration élevée en prostaglandines, avec les DIU au cuivre ; proposer des AINS (Antadys®, Ponstyl®). En cas d'échec on peut proposer un DIU au lévonorgestrel.

-Hémorragies

Inconvénient le + fréquent.

10 à 15 % des motifs d'abandon du DIU.

Soit augmentation du volume ou de la durée des règles (ménorragies) +++, soit apparition de saignements intermenstruels (spotting, métrorragies). Traitement : Exacyl® ou Ponstyl® 6 cp/jour.

*En cas de métrorragie inhabituelle, pensez infection et surtout grossesse extra-utérine.*

### ●Les complications

*Expulsion :*

-Taux d'expulsion : < 5% des femmes après 1 an d'utilisation,

-Survient le + souvent dans les 3 premiers mois après la pose,

-Passe inaperçue 1 fois sur 5,

-Diagnostic : disparition des fils repères ou fil anormalement long dans le vagin, confirmation par échographie.

*Perforation :*

*Liée à :*

-l'inexpérience de l'opérateur,

-l'introduction en force.

-Des causes utérines : fragilisation du myomètre par des grossesses multiples et des césariennes, utérus très antéversé ou rétroversé, utérus hypoplasique,

La perforation est généralement contemporaine de l'insertion. Elle provoque alors de vives douleurs. Elle peut s'effectuer à distance, elle est alors souvent asymptomatique.

Diagnostic clinique : disparition des fils.

Echographie voire ASP pour localiser le DIU.

Traitement : ablation du DIU (sous hystéroscopie en cas de perforation incomplète, sous coelioscopie en cas de perforation complète).

*Infection génitale*

Complication la + grave du fait du risque de stérilité.

Fréquence : 3 à 9 %.

Populations à risque : femmes jeunes (< 25 ans), nulligestes, ayant des rapports sexuels fréquents avec des partenaires différents.

*Grossesse extra-utérine*

### **3- Principales Contre-indications du DIU :**

**Contre-indications absolues**

-Grossesse,

-Infection génitale haute,

-Trouble de la crase sanguine,

- Cardiopathies valvulaires (risque de greffes oslériennes),
- Maladie de Wilson (DIU au cuivre),
- Cancer de l'utérus.

### **Contre-indications relatives**

Anomalies de la cavité utérine (fibrome, malformation) :

- Traitements anticoagulants,
- ATCD de GEU,
- ATCD d'infection génitale haute,
- Partenaires multiples,
- Nulligeste,
- Maladies et syndromes imposant une corticothérapie ou un traitement anti-inflammatoire au long cours.

## **LES CONTRACEPTIONS VAGINALES**

### **1-Spermicides (non remboursés Sécurité Sociale)**

Produits tensio-actifs qui se déposent sur la muqueuse vaginale et ont une action spermicide et éventuellement bactéricide.

La plupart des produits ont comme principe actif le chlorure de benzalkonium :

- Alpagelle® : crème contraceptive, tube avec applicateur-doseur ou doses unitaires,
- Pharmatex® : ovules contraceptifs, crème, unidose,
- CdB® Théramex : ovules contraceptifs,
- Tampons Pharmatex : tampons imprégnés et crème contraceptive,
- Tampon Today : éponge au 9 nonoxynol,

Recommandation générale et mode d'emploi :

Éviter la toilette intime avec du savon et l'utilisation d'ovules antiseptiques car détruisent le principe actif et l'action contraceptive du chlorure de benzalkonium.

### **Crème et ovules**

- Application au fond du vagin, au moins 10 min. avant le rapport,
- Protection de 4 h,
- Nouvelle application avant chaque rapport,
- Pas de toilette vaginale dans les 2 h qui précèdent le rapport et dans les 2 h qui le suivent
- Indice de Pearl : 2-6 %.

### **Tampons et éponges**

- Pas de toilette vaginale dans les 4 h qui précèdent le rapport et dans les 2 h qui le suivent,
- Enfoncer le tampon profondément dans le vagin,
- Efficacité immédiate, se maintenant pendant 24 h,
- Ne jamais retirer moins de 2 h après le rapport,



-Indice de Pearl : 3,5 %.

#### *Efficacité*

Échecs liés à une mauvaise utilisation : rôle essentiel du prescripteur qui doit sélectionner les utilisatrices et les informer.

#### *Innocuité*

Innocuité totale.

Tolérance vaginale excellente (< 2 % d'effets indésirables : brûlure vaginale, picotement chez le partenaire).

### **2-Obturateurs féminins : diaphragmes** (remboursés 70 % SS)

Très peu utilisé en France :

Plusieurs modèles commercialisés en fonction de leur taille : 50 à 90 mm de diamètre (Diafam®).

Les 2 faces de la cupule doivent être imprégnées d'une crème spermicide, renouvelée lors de chaque rapport.

Le diaphragme doit être placé 2 h avant le rapport et retiré plus de 2 h après.

Indice de Pearl : 8 à 17 %.

Taux d'échec lié à la mise en place défectueuse du diaphragme.

#### *Contre-indications :*

- anatomiques : cystocèle, bride vaginale,
- liées à l'utilisatrice : indiscipline, pudeur....

### **3-Préservatifs féminins (Femidon)**

Préservatif lubrifié sur les 2 faces, de forme oblongue fermé au niveau de l'extrémité interne.

L'anneau interne est placé au fond du vagin.

L'anneau externe repose au niveau de l'orifice vulvaire.

Acceptabilité > 50 %.

Nécessité d'une période d'apprentissage.

Très efficace contre les MST.

Adapté aux femmes qui ont une vie sexuelle irrégulière et espacée

## **LES METHODES DEFINITIVES**

En principe définitive, mais des repérmeabilisations chirurgicales sont parfois possibles.

### **1. Stérilisation tubaire**

Elle doit être considérée comme une intervention irréversible sur le plan de la restauration tubaire.

Plusieurs voies sont possibles : coelioscopique (Clips Tubaires), hystéroscopique (dispositif Essure®).

**Les conséquences potentielles :** 0,5 à 1 % de complications graves, principalement liés à l'abord cœlioscopique ; et regrets (< 10 %), minimisés par le respect des bonnes pratiques recommandées par l'encadrement réglementaire. **Elles doivent faire l'objet d'une information.**

## **2. Vasectomie bilatérale**

- Effets définitifs,
- Section des canaux déférents, sans modifier la fonction endocrine du testicule,
- Efficacité non immédiate : seulement après 90 j (délai correspondant à la période de maturation),
- Reperméabilisation possible mais résultats < 70 %.

### **Aspect juridique.**

La pratique des stérilisations est encadrée par des textes réglementaires : Loi n° 2001-588 (4 juillet 2001), et Circulaire d'application (septembre 2001).

**La stérilisation est interdite chez les mineurs, et ne peut être pratiquée que si la personne intéressée a exprimé une volonté libre et délibérée en considération d'une information claire et complète sur ses conséquences.**

Les personnes demandeuses d'une stérilisation :

- doivent faire l'objet d'une **consultation médicale initiale**, au cours de laquelle la personne sera informée des risques médicaux qu'elle encourt et des conséquences de l'intervention, et un dossier d'information écrite (servant de support à l'information orale) lui sera remis,
- doivent disposer d'un **délai de réflexion de 4 mois** après la consultation médicale initiale, avant de confirmer leur volonté, par écrit.

Tout médecin sollicité par une personne demandeuse d'une stérilisation **dispose d'une clause de conscience**, mais doit l'informer de son refus dès la consultation initiale.

Leur réalisation n'est possible chez les **handicapés mentaux majeurs** sous tutelle que s'il existe une contre-indication médicale absolue aux méthodes de contraception, ou une impossibilité de les mettre en œuvre efficacement. Elle fera alors l'objet d'une décision du juge des tutelles qui se prononce après avoir entendu parents ou représentant légal, confirmé le consentement de la personne concernée, et présenté le dossier à une commission spécifique.

## **LES METHODES NATURELLES**

Ces méthodes font partie des moins fiables.

### **1- Coït interrompu (retrait).**

Échecs : 15 %.

Continence périodique. Peu efficace, très astreignante et implique de longues périodes de continence, source de difficultés conjugales.

### **2- Méthode Ogino-Knauss**

- Se base sur la durée de vie des spermatozoïdes dans la glaire (3 jours) et sur celle de l'ovocyte II (1 jour),
- Rapports interdits du 10ème au 18ème j d'un cycle de 28 j,
- Inefficace en cas de troubles du cycle car l'ovulation survient à des dates variables.

### **3- Méthode des températures**

- Rapports possibles seulement 2 j après la montée de la température,
- Limite les rapports à la période post-ovulatoire.

### **4- Méthode de la glaire cervicale (Billings) abstinence périodique**

- Abstinence dès l'apparition de la glaire, recherchée par la femme après introduction dans le vagin de 2 doigts puis écartement pour apprécier la filance,
- Abstinence à poursuivre 4 j après l'apparition de la dernière glaire humide.

## **COMMENT ADAPTER LE CHOIX CONTRACEPTIF EN FONCTION DE CERTAINES SITUATIONS ?**

### **1- En fonction de la période de la vie génitale :**

#### **●Adolescente**

La contraception hormonale est la méthode de choix, le préservatif est surtout utile à prévenir le risque MST.

Pilule minidosée, remboursée (Trinordiol®, Minidril®) ou adaptée à une acné fréquente à cet âge (Hoglyeme®, Diane 35®).

#### **●Après 35 – 40 ans**

Tenir compte de l'insuffisance lutéale physiologique, du tabagisme, du poids, du terrain cardiovasculaire et mammaire.

- les macroprogestatifs discontinus 20 jours sur 28 ont leur place.
- Le DIU au progestatif pour celles, fréquentes, qui ont des ménorragies.
- La pilule garde une place notable en l'absence de facteur de risque.

#### **●Post-partum :**

La prescription est relativement codifiée :

- Avant 2 mois : méthode naturelle ou spermicide, microprogestatif à partir du 10e j ou pilule minidosée à partir du 21ème j,
- Après 2 mois : toute méthode est possible si l'allaitement est arrêté, sinon DIU ou pilule minidosée,

### ●Post-abortionum

La fertilité est rétablie dès le 1er cycle s'il s'agissait d'une grossesse < 13 semaines.  
La contraception pourra être démarrée immédiatement.

### ●Sportive de haut niveau

Existence de troubles du cycle fréquents pouvant aller jusqu'à l'aménorrhée avec hypo-oestrogénie et risques de déminéralisation osseuse.

Contraception oestro-progestative logique pour compenser le déficit hormonal.

Pilule " non stop " pour éviter la survenue d'une hémorragie de privation qui peut être gênante lors des compétitions, ce qui est facile à faire avec les monophasiques.

## **2- En fonction de l'association à certaines thérapeutiques :**

### ●Produits diminuant l'efficacité des oestroprogestatifs (++)

*Inducteurs enzymatiques du métabolisme hépatocytaire des stéroïdes contraceptifs :*

- Rifampicine,
- Barbituriques anticonvulsivants (phénytoïnes, phénobarbital, primidone, carbamazépine).
- Millepertuis (utilisé dans les petites dépressions).

Ces prescriptions doivent inciter à revoir le mode de contraception du fait d'un taux d'échec non négligeable avec la pilule.

*Inhibiteurs de la réabsorption intestinale des oestroprogestatifs :*

- Cholestyramine,
- Antibiotiques oraux : ampicilline, néomycine, tétracyclines surtout.

L'ensemble de ces effets est fonction de la biodisponibilité des oestroprogestatifs (facteur personnel) et de la durée du traitement intercurrent. En pratique, ceci est de peu de conséquences.

### ●Produits dont la toxicité hépatique ou l'efficacité est augmentée par les oestro-progestatifs :

*Association TAO-estroprogestatifs est contre-indiquée,*

Les oestroprogestatifs augmentent :

- La toxicité hépatique des IMAO, des antidépresseurs tricycliques et de l'alphaméthylidopa,
- La demi-vie plasmatique du nitrazépam, du diazépam, du chlordiazépoxide.

## **3- En fonction de certaines pathologies :**

### ●Insuffisance rénale

- Microprogestatifs en continu ou progestatifs cycliques (J5-J25)

### ●Problèmes dermatologiques

-*Séborrhée, acné, alopécie androgénique* sont améliorées ± rapidement par l'acétate de cyprotérone (bien que la pratique ait consacré l'activité contraceptive des spécialités Diane et

de ses génériques, ces médicaments ne disposent pas de l'indication « contraception » dans leur AMM. Certaines pilules possèdent la double AMM « contraceptifs anti-acnéiques », Tricilest® et Triafem® pour l'acnée sévère à modérée.

-*L'érythème noueux, la sclérodermie* sont des contre-indications relatives à la contraception hormonale,

-*Lupus* : Progestatifs cycliques

### ●Ophtalmologie

Avant de prescrire une contraception orale, il faut prescrire une consultation ophtalmologique dans 5 cas :

- diabète,
- myopie importante,
- glaucome,
- migraine ophtalmique,
- monophtalmie.

### ●Consultation urgente en cas de survenue sous oestro-progestatifs de :

- Diplopie,
- Hémianopsie,
- Altération du champ visuel,
- Amaurose,
- Baisse de l'acuité visuelle.

### ●ORL

Arrêt urgent des oestro-progestatifs en cas de baisse brutale de l'acuité auditive.

### ●Diabète :

- Le stérilet est possible s'il n'y a pas d'antécédent infectieux gynécologique.
- La pilule n'est possible qu'en cas de diabète insulino-dépendant bien équilibré, sans complication oculaire.
- Il existe une place à la stérilisation dès que le nombre de grossesse souhaité a été obtenu.

### ●Mastopathies bénignes

- Prudence avec la pilule œstro-progestative (risque mal évalué)
- Les microprogestatifs augmentent la dysovulation et le risque de mastodynie.
- Utilisation possible des macroprogestatifs cycliques et DIU

### ●Dystrophie ovarienne

Contre-indication relative des microprogestatifs continus (faible action antigonadotrope).

Quand signes d'hyperandrogénie absents ou peu importants : minidosées à 30 µg.

Quand signes d'hyperandrogénie présents :

Androcur<sup>®</sup> 50 mg/j, 20 jours par mois + dose percutanée de 17 bêta-estradiol 20 jours par mois.