Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Conférence de presse

Mise en œuvre de la politique sur la contraception

Lancement de la campagne de communication

15 mai 2013

DOSSIER DE PRESSE

Contact presse : Ministère des Affaires sociales et de la Santé
cab-ass-presse@sante.gouv.fr

SOMMAIRE

Communiqué de presse p 3

HAS p 4
Vers une contraception mieux adaptée à chacun

ANSM p 6
Evolution de la consommation de contraceptifs en France

INPES p 8
La contraception qui vous convient existe

ANNEXES p 10

- Fiches HAS 1 à 9
- Campagne INPES : plan média et visuels
- Contacts presse

Communiqué de presse

Marisol Touraine lance la campagne de communication « La contraception qui vous convient existe »

Afin de poursuivre le travail d'information des femmes sur la diversité des moyens de contraception, la ministre des Affaires sociales et de la Santé, Marisol Touraine, présente aujourd'hui la nouvelle campagne de communication à destination du grand public « La contraception qui vous convient existe » conçue par l'Inpes.

Fondée sur les travaux de la Haute autorité de santé (HAS), commandés par la ministre, cette campagne met l'accent sur la diversité des modes de contraception, qui permet sa bonne adaptation aux modes de vie, aux âges, ainsi qu'aux projets des femmes et des couples. La HAS a établi pour les professionnels des fiches mémo d'aide à la prescription qui illustrent des situations types : une adolescente devenant sexuellement active, une femme souhaitant avoir des enfants, une femme venant d'accoucher… Selon chaque profil, un moyen de contraception efficace est alors proposé, qui doit répondre également à l'étude des antécédents médicaux de chaque femme. Autant de situations que la campagne radio met en scène grâce à différents témoignages de femmes mais aussi d'hommes.

Lors de ce lancement, Marisol Touraine a réaffirmé sa volonté de lutter contre les obstacles à un libre exercice du droit à la contraception. Qu'il s'agisse d'une plus grande mobilisation des professionnels et des associations, d'une meilleure information des couples ou du développement de l'éducation à la sexualité, toutes les pistes doivent être poursuivies pour mener une politique complète et cohérente en matière de contraception.

Contact presse : Ministère des Affaires sociales et de la Santé
cab-ass-presse@sante.gouv.fr

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Vers une contraception mieux adaptée au profil de chacun

Deux grossesses non prévues sur trois surviennent alors qu'une méthode contraceptive est utilisée. Plusieurs facteurs expliquent cette situation : tout d'abord, il y a un écart entre l'efficacité théorique d'une méthode contraceptive et son efficacité en vie réelle. En effet, la méthode utilisée par la personne n'est pas toujours la plus adaptée à sa situation personnelle. Par ailleurs, il existe en France une notion de « norme contraceptive » qui est utilisée pour caractériser les pratiques contraceptives au cours de la vie. En France, cette norme se traduit par un recours au préservatif en début de vie sexuelle, à l'utilisation de la pilule ensuite et au recours au dispositif intra-utérin (DIU) comme alternative à la pilule à partir de 30-35 ans, une fois que les femmes ont eu les enfants qu'elles désiraient.

Le manque d'information sur les autres possibilités de contraception et cette norme sociale guident souvent le choix et n'aident pas à identifier la méthode la plus adaptée à ses besoins. Afin de répondre à ce besoin d'information sur les méthodes de contraception disponibles, la HAS a diffusé fin mars un document de synthèse. Celui-ci rassemble toutes les informations sur les méthodes jugées très efficaces par l'OMS (Organisation mondiale de la santé) et permet aux professionnels de santé de proposer une méthode efficace à chaque personne qui le demande. Ce document est accompagné d'une fiche mémo reprenant les conseils à donner aux femmes pour trouver une contraception adaptée à leur propre cas. En effet, la HAS a souhaité souligner l'importance du libre choix à la personne concernée afin que soit prise avec le prescripteur, la décision la plus adaptée à son profil.

La HAS complète aujourd'hui cette publication par celle de 8 fiches mémo par situation clinique et d'un rapport sur les freins et les leviers pour le choix d'une contraception adaptée.

La HAS publiera au cours de l'année d'autres travaux pour continuer l'amélioration des pratiques professionnelles. Elle élabore actuellement une fiche mémo sur l'évaluation des risques cardio-vasculaires qui sera rendue publique en juin et évalue l'intérêt du dépistage des troubles de la coagulation avant la prescription d'une méthode de contraception.

DES FICHES MEMO POUR REPONDRE AUX BESOINS DES PROFESSIONNELS DE SANTE

La HAS publie ce jour 8 fiches mémo visant à fournir aux professionnels de santé des outils pour aider femmes et hommes à trouver la méthode de contraception qui leur convient. Tous ces outils sont à la disposition des professionnels de santé et permettront de discuter, d'informer, et d'aider au choix de la contraception la mieux adaptée à chaque temps de la vie. Ces fiches viennent en complément de la première fiche mise en ligne fin mars « Contraception : prescriptions et conseils aux femmes ». Cette fiche sert de base aux professionnels de santé pour l'entretien clinique et pour le suivi de chaque femme. Elle réaffirme l'importance d'une bonne information des femmes, fondement d'un choix éclairé et personnalisé.

Les fiches mémo répondent à 7 situations cliniques qu'un professionnel de santé peut rencontrer dans son exercice:

- contraception chez la femme adulte en âge de procréer (hors postpartum et post IVG),
- contraception chez l'adolescente,
- contraception en postpartum,
- contraception en post IVG,
- contraception chez l'homme,
- stérilisation chez l'homme et la femme,
- contraception d'urgence.

A cela s'ajoute une fiche mémo reprenant les méthodes contraceptives et leur efficacité respective. Les fiches sont placées en annexes de ce Dossier de presse.

Ces fiches mémo présentent chaque méthode de contraception disponible pour chaque cas (pilules, DIU, implants, anneau vaginal, patch, méthodes barrières ou naturelles par exemple) et en présente les bénéfices et les inconvénients selon le profil de l'usager. Un chapitre « Particularités de la prescription et du conseil chez …» permet de clarifier les points importants pour chaque situation. Par exemple, pour la femme en péri-ménopause, il faudra réévaluer l'intérêt de la contraception et le choix de la méthode contraceptive ou encore informer sur la ménopause…Ou encore, pour la contraception chez l'adolescente, une fiche mémo qui précise que l'examen gynécologique et le bilan biologique peuvent être différés à une autre consultation pour que la jeune fille soit plus à l'aise.

Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

Evolution de la consommation des contraceptifs en France

Une baisse très modérée de la contraception en France

- 1,9 % des ventes globales de contraceptifs (hors préservatifs) entre décembre 2012 et mars 2013 par rapport à décembre 2011 – mars 2012.

Contraceptifs oraux combinés de 3ème et 4ème générations

Les professionnels de santé ont parfaitement intégré les messages et ont rapidement modifié leurs habitudes de prescription

- 37 % de ventes de contraceptifs oraux combinés (COC) de 3ème et 4ème générations en mars 2013, en comparaison aux ventes de mars 2012 (- 26 % entre décembre 2012 et mars 2013).

+ 22 % de ventes de COC de 1ère et 2ème générations en mars 2013, en comparaison aux ventes de mars 2012. L'augmentation la plus importante concerne les 15-19 ans avec des ventes de COC de 1ère et 2ème générations les plus faiblement dosés en estrogènes

(La baisse de la consommation de Diane 35 et ses génériques sur la même période est de 75 %.)

Autres contraceptifs

Les femmes ont pris conscience que la pilule est un médicament comportant des risques ; les femmes et leurs médecins ont su trouver des modes de contraception adaptés à chacune

- 11 % de ventes d'estroprogestatifs non oraux (dispositifs transdermiques et anneaux vaginaux) en mars 2013 par rapport à mars 2012

+ 28 % de ventes d'autres dispositifs contraceptifs (implants, dispositifs intra-utérins) par comparaison entre les ventes de mars 2013 et celles de mars 2012. Les dispositifs non imprégnés de progestatifs connaissent la plus forte augmentation : + 42 % en mars 2013 par rapport à mars 2012.

Ces données confirment la diminution importante de l'utilisation des COC de 3ème et 4ème générations et, dans le même temps, l'augmentation importante de l'utilisation des COC de 1ère et 2ème générations. Cette augmentation est exclusivement liée à la hausse des COC faiblement dosées en estrogènes (20 microgrammes), ce qui va dans le sens d'une minimisation des risques liés aux COC.

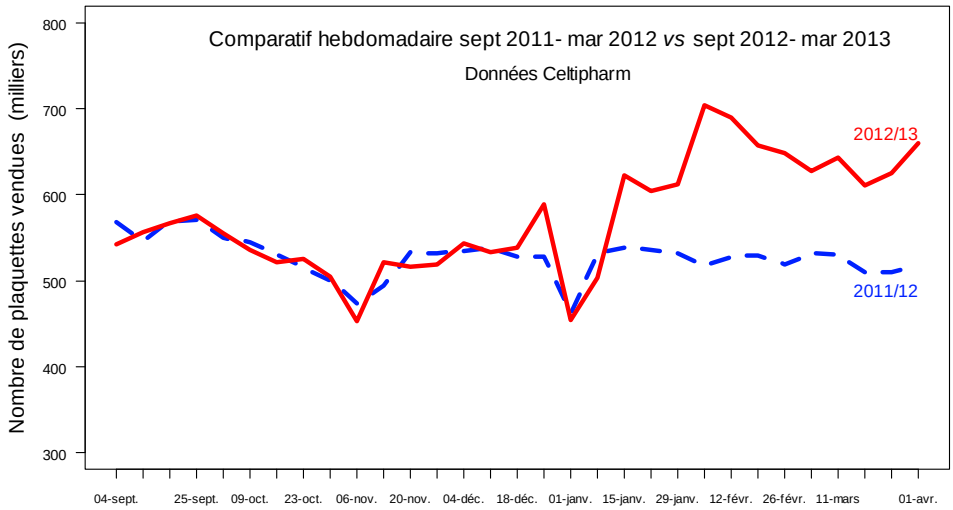
Par ailleurs, il y a eu un excellent report de la contraception orale combinée chez les femmes les plus jeunes (de 15 à 30 ans avec un excellent report de la prise de COC 3ème génération vers des COC de 2ème génération faiblement dosés en estrogènes (20 microgrammes). Dans la tranche d'âge 30-50 ans, la baise de contraception par COC est de l'ordre de 6 %.

Actuellement la répartition COC 2ème génération / COC 3ème et 4ème générations est de 70 %/30 % alors qu'en décembre 2013, elle était de 50 %/50 %. Ainsi les messages donnés par les autorités de santé vis-à-vis des COC 3ème et 4ème générations (et de Diane 35) ont été parfaitement compris et intégrés, tant par les prescripteurs que par les femmes. Cette diminution de prescription des COC 3ème et 4ème générations devrait encore se poursuivre, compte tenu des préconisations de ne pas arrêter brutalement une contraception en cours afin de prévenir la survenue de grossesse non désirée.

Source : données de vente Celtipharm.

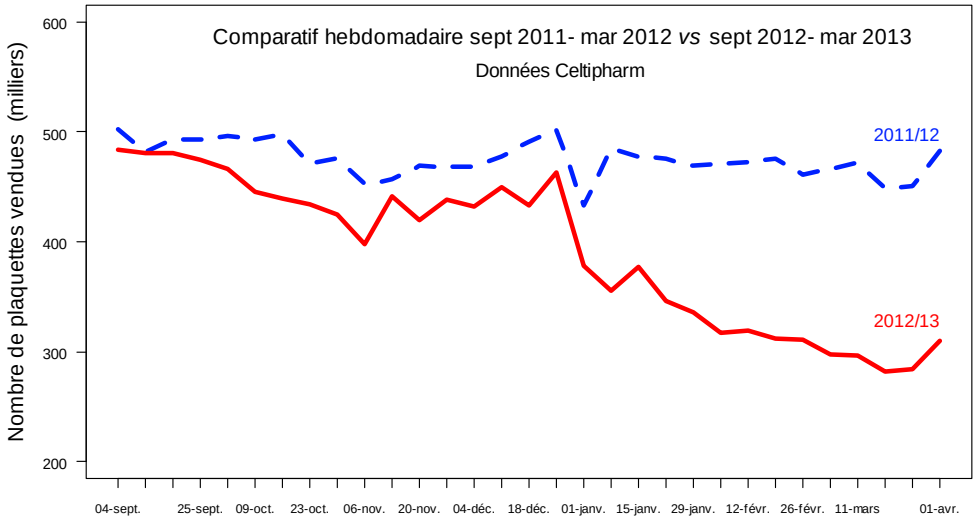
Ventes de COC de 1ère et 2ème générations

En mars 2013, les ventes de COC de 1ère et 2ème générations ont augmenté de 22 % en comparaison aux ventes de mars 2012.



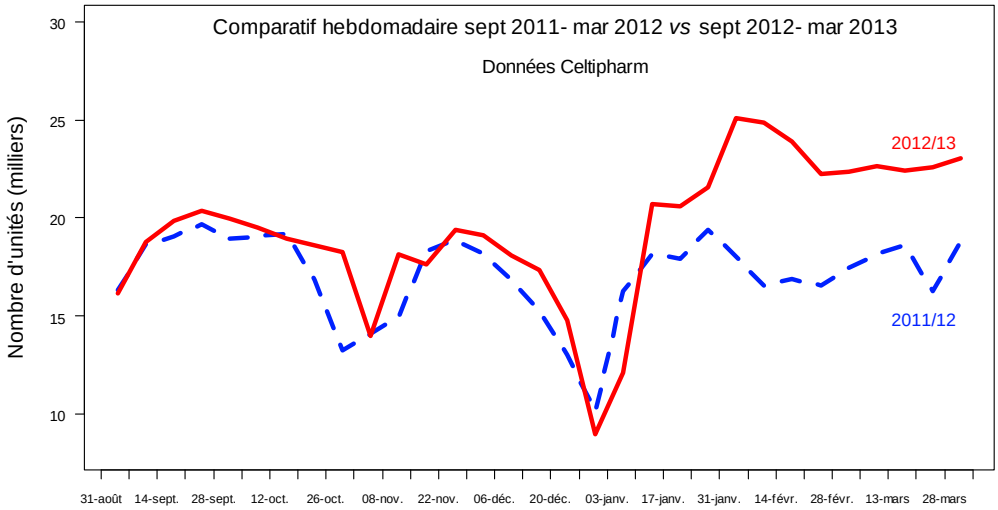
Ventes de COC de 3ème et 4ème générations

En mars 2013, les ventes de COC de 3ème et 4ème générations ont diminué de 37 % en comparaison aux ventes de mars 2012.



Ventes des autres contraceptifs : DIU médicament, DIU dispositif médical et implants

Les dispositifs non imprégnés de progestatifs connaissent la plus forte augmentation : + 42 % en mars 2013 par rapport à mars 2012.



Nouvelle campagne grand public : « La contraception qui vous convient existe »

Ces dernières années, les méthodes contraceptives se sont beaucoup diversifiées : implant, préservatif, patch, ou encore anneau vaginal. Aujourd'hui, chaque femme, chaque couple, a la possibilité de choisir la contraception qui convient à son mode de vie, sa situation affective, médicale, etc. Pour autant, cette diversité reste encore peu connue. Pour la promouvoir et aider ainsi les femmes à trouver la contraception la mieux adaptée, le ministère des Affaires sociales et de la Santé et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) lancent une nouvelle campagne nationale d'information, diffusée à partir du 18 mai.

A chaque moment de la vie, un moyen contraceptif adéquat

L'entrée dans la sexualité, un changement de mode de vie, des contre-indications médicales, l'arrivée d'un enfant, après une IVG ou encore la reprise du tabac…sont autant de moments de vie à l'occasion desquels la contraception peut être interrogée. Aujourd'hui, grâce aux progrès de la médecine, le choix des moyens contraceptifs s'est étoffé permettant ainsi à celles qui fument, celles qui ont peur d'oublier, celles qui ne veulent pas d'hormones ou encore celles qui veulent une solution discrète… de trouver la contraception qui leur convient.
Toutefois, en dépit de cette diversité, un schéma contraceptif persiste en France. En effet, on entre dans la sexualité avec le préservatif, la pilule prend le relais lorsque la relation s'installe et un dispositif intra utérin (ou stérilet) est proposé lorsque le nombre d'enfant(s) désiré est atteint. Or, si ces contraceptifs sont adaptés à un moment de vie, ils peuvent au fil du temps ne plus correspondre à la situation affective ou médicale de ses utilisatrices. Adapter le contraceptif à son mode de vie permet une contraception plus efficace.
L'efficacité biologique d'un contraceptif n'est en effet pas le seul critère à prendre en compte pour s'assurer d'une bonne protection. Il faut considérer son efficacité pratique et donc son usage au quotidien. Si la contraception est facile à utiliser, adaptée à la situation médicale de son utilisatrice, à son mode de vie, sa personnalité, sa vie affective, sa sexualité… elle sera convenablement utilisée et jouera son rôle de protection contre les risques de grossesse. La diversité de l'offre contraceptive permet aujourd'hui aux femmes de bénéficier d'une contraception plus adaptée et donc plus efficace. Elle renforce le droit, gagné en 1967, de choisir le moment de sa grossesse.

La campagne : « la contraception qui vous correspond existe »

Le ministère des Affaires sociales et de la Santé et l'Inpes lancent une nouvelle campagne dont l'objectif est d'inciter les femmes, mais également les hommes, à s'informer sur les différents moyens contraceptifs, et à les encourager à choisir une contraception adaptée à leur mode de vie, à leurs antécédents médicaux et à leurs besoins. À l'heure où la confiance dans la contraception doit être récréée, donner aux femmes et aux hommes les moyens de mieux connaître cette diversité se révèle d'autant plus essentiel.
Cette campagne aborde la question de la contraception sous un angle quotidien à travers des témoignages de femmes et d'hommes évoquant leur situation, leurs choix, leurs interrogations. Sous forme de spots radio et de bannières web, elle cible les femmes et plus particulièrement les jeunes femmes de 15-30 ans. Toutefois, cette campagne n'aura pas comme seul public les femmes car les hommes sont également concernés par cette question.

L'Inpes poursuit ainsi son travail d'information et de sensibilisation axé sur la promotion de la diversité contraceptive débuté en 2007.

1/ La contraception sur les ondes

Sous forme de témoignages du quotidien de femmes et d'hommes : « *Moi, j'ai pas de copain, donc pour l'instant, quand j'en ai besoin, le préservatif, c'est parfait pour moi.* » ; « *J'ai envie d'une contraception discrète, comme l'implant par exemple.* » … les spots reflètent les choix ou interrogations de chacun sur la contraception. Ils rappellent que chaque situation est unique, que l'on a le choix de sa contraception… ce choix dépendant du moment de vie, des attentes, de l'évolution de sa situation médicale.

Les spots se concluent par « La contraception qui vous convient existe. Pour vous aider à la choisir, parlez-en à votre médecin ou à une sage-femme, demandez conseil à votre pharmacien ou rendez-vous sur choisirsacontraception.fr ».

Quatre spots de 35 secondes pour la métropole et deux spots de 35 secondes pour les DOM seront diffusés du 18 mai au 9 juin sur les principales radios féminines et généralistes.

2/ Des bannières web

Le volet web de la campagne, diffusé du 23 mai au 12 juin, est constitué de deux bannières : l'une mettant en parallèle la diversité des attentes et des situations en matière de contraception et la diversité des moyens de contraception existants, la seconde jouant sur les connaissances des femmes et des hommes en matière de diversité contraceptive. Avec pour chaque bannière la signature commune « La contraception qui vous convient existe ».

3/ Un dispositif à destination des professionnels de santé

Les professionnels de santé sont les principaux interlocuteurs des femmes en matière de contraception. Afin de les aider à aborder cette question dans le cadre de leur consultation et à guider les femmes vers un choix qui correspond à leur vie affective et sexuelle mais aussi à leur situation médicale, l'Inpes diffuse dans la presse professionnelle sous forme de publi-rédactionnel **« La contraception : comment mieux la personnaliser ? ».** Ce document donne les chiffres clés sur la contraception, des repères pour la consultation, les ressources disponibles.

L'affiche « A chacun sa contraception » et la brochure « Choisir sa contraception » seront disponibles à la commande. Ces documents insistent sur la diversité des méthodes disponibles et invitent à en parler avec un professionnel de santé afin de trouver celle qui convient.

4/ Choisirsacontraception.fr, le site de référence

Le site www.choisirsacontraception.fr propose une information complète sur la contraception. L'ensemble des méthodes contraceptives y sont présentées, il suffit de cliquer sur le pictogramme correspondant. Le site répond aux questions pratiques qui peuvent se poser pour chacun des moyens : Qu'est-ce que c'est ? Comme l'utilise-t-on ? Quelle est son efficacité et qu'est-ce qui peut la compromettre ? Qui peut l'utiliser ? Quels sont ses avantages et ses inconvénients… Les internautes pourront aussi y trouver des informations plus générales ou comprendre comment aborder le sujet de la contraception en couple, avec un proche ou avec un professionnel.

ANNEXES

Fiches HAS

- Contraception : prescriptions et conseils
- Contraception chez la femme adulte en âge de procréer (hors postpartum et post IVG)
- Contraception chez l'adolescente
- Contraception en postpartum
- Contraception en post IVG
- Contraception chez l'homme
- Stérilisation chez l'homme et la femme
- Contraception d'urgence
- Efficacité des méthodes contraceptives

Fiches INPES

- Campagne grand public : plan média
- Scripts des 4 spots radio Métropole
- Scripts des 2 spots radio DOM
- Visuels des bannières
- Essentiel – La contraception

Fiche Contact

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Fiche Mémo

Contraception : prescriptions et conseils aux femmes

Mars 2013

Cette fiche mémo, fondée sur les recommandations les plus récentes, fait partie d'un ensemble de fiches mémo concernant la contraception et complète plusieurs documents sur ce thème produits par la HAS[1]. Elle est un outil pour le professionnel de santé afin de mieux aider les femmes à trouver la méthode de contraception qui leur convient le mieux à une période donnée de leur vie.

1. Document de synthèse sur les méthodes contraceptives et état des lieux sur les pratiques contraceptives, sur les freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée et sur les modalités de prescription et de dispensation des méthodes contraceptives.

Un choix personnalisé après une information éclairée

- La méthode contraceptive doit être adaptée à chaque femme et choisie par et avec elle, en fonction de sa réalité quotidienne et des éventuelles contre-indications. La méthode choisie peut évoluer au fil de la vie et des situations rencontrées par la femme et/ou le couple[2].
- L'implication du partenaire dans le choix de la contraception peut avoir des conséquences positives sur l'observance et l'acceptation de la méthode.

2. Dans ces conditions, un algorithme décisionnel simple et pratique n'est pas envisageable.

Une consultation dédiée

- Une femme qui consulte pour une première demande contraceptive doit bénéficier d'une consultation uniquement dédiée à ce motif, quel que soit son âge. En cas d'impossibilité (en cas d'urgence par exemple), programmer à court terme une consultation entièrement dédiée.

Une consultation essentielle dans la démarche d'aide au choix

→ C'est une consultation d'écoute, d'échange et de dialogue, qui doit respecter intimité et confidentialité.

→ La consultation doit permettre[3] :

- d'évaluer les attentes et besoins de la personne, ses connaissances et ses habitudes de vie ;
- de fournir une information individualisée, claire et hiérarchisée sur les méthodes contraceptives disponibles (y compris la stérilisation) et adaptées à la personne demandeuse et s'assurer de la compréhension de ces informations ;
- de conseiller et/ou prescrire la méthode choisie par la personne, la plus adaptée et acceptable pour elle en fonction de ses préférences, de son état de santé, du rapport bénéfices/risques des différentes méthodes, et de la possibilité pour elle d'adhérer à la méthode en fonction de sa situation et de ses habitudes de vie.

3. Démarche éducative de type Bercer. Rinehart W, Rudy S, Drennan M. Gather *guide to counseling. Popul Rep J* 1998;(48):1-31.

Un entretien dont le champ est large tant au plan médical qu'au plan du vécu de la femme

→ Le recueil d'information recouvre un large champ :

- âge, profession, habitudes de vie (**tabac**, pratiques sexuelles [risque infectieux]), méthodes de contraception utilisées jusque-là, date des dernières règles, allaitement en cours ;
- nombre d'enfants, antécédents de fausses couches et d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) ;
- antécédents familiaux chez les apparentés au premier degré (parents, frères et sœurs ou enfants) d'accidents thromboemboliques veineux ou artériels (âge de survenue et si possible circonstances de survenue), hypertension artérielle (HTA), diabète, dyslipidémie ;
- antécédents personnels :
  - d'accidents thromboemboliques veineux ou artériels, HTA, diabète, dyslipidémie, migraine avec ou sans aura,
  - autres antécédents médicaux (cardiovasculaires et neurologiques), chirurgicaux ou gynéco-obstétricaux (notamment infections sexuellement transmissibles [IST], grossesses extra-utérines [GEU], cancers, pathologie ou chirurgie utérine, trophoblastique ou vaginale) ;
- traitements en cours (anticiper de possibles interactions médicamenteuses).

Un examen clinique et biologique visant à rechercher des contre-indications mais visant également à faire de la prévention

→ L'examen clinique comprend : examen général, poids, taille, indice de masse corporelle (IMC), tension artérielle (TA).

→ L'examen gynécologique peut être expliqué et programmé pour une consultation ultérieure, notamment lorsqu'il s'agit d'une adolescente.

→ L'examen des seins et l'examen gynécologique (avec frottis du col utérin à partir de 25 ans) visent à dépister des cancers ou des lésions précancéreuses.

... / ...

Un examen clinique et biologique visant à rechercher des contre-indications mais visant également à faire de la prévention (suite et fin)

→ Le bilan biologique lors de la prescription d'une contraception hormonale estroprogestative (pilule, patch, anneau) :

- comporte un dosage du cholestérol total, des triglycérides et une glycémie à jeun :
  - est à renouveler tous les 5 ans en cas de bilan normal et en l'absence de faits cliniques ou familiaux nouveaux,
  - chez une personne sans antécédent personnel ni familial de maladie métabolique ou thromboembolique, qui ne fume pas et dont l'examen clinique est normal, peut être réalisé 3 à 6 mois après la prescription,
  - en cas d'antécédent familial de dyslipidémie, doit être réalisé avant le début de toute contraception estroprogestative et 3 à 6 mois après ;
- peut comporter un bilan d'hémostase (dosages d'antithrombine, protéine C, protéine S, résistance à la protéine C activée ou recherche de la mutation du facteur V de Leiden et de la mutation de la prothrombine ou facteur II G20210A) : à discuter après avis spécialisé en cas d'antécédent personnel ou familial de maladie thromboembolique (survenue chez un apparenté au premier degré avant l'âge de 50-60 ans).

→ Avant la pose d'un dispositif intra-utérin, en présence de facteur de risque infectieux (notamment certaines IST, infection génitale haute en cours ou récente, âge < 25 ans, partenaires multiples), rechercher une infection à *C trachomatis* et *N gonorrhoeae*.

Des informations à donner à la femme sur les méthodes existantes et sur la façon d'utiliser la méthode choisie

Informer sur

→ Les méthodes contraceptives :

- mécanisme d'action et mode d'emploi : quand démarrer la contraception choisie, comment se prend la pilule choisie et trouver avec la femme l'horaire le mieux adapté, que faire en cas d'oubli, comment s'utilise le patch ou l'anneau vaginal, comment et quand se fait la pose d'un dispositif intra-utérin ou d'un implant, comment s'utilisent les différentes méthodes barrières,
- efficacité (optimale et en utilisation courante[4]), contre-indications, avantages, risques et effets indésirables possibles, procédure pour l'instauration et l'arrêt (ou le retrait), coût, remboursement et reste à charge, etc. ;

→ Les possibilités d'aide au sevrage en cas de tabagisme ;

→ La possibilité de contacter un professionnel (médecin, pharmacien, sage-femme, infirmière, conseillère conjugale et familiale) en cas de doute sur les modalités d'utilisation de sa contraception ;

→ Les différentes possibilités de rattrapage en cas de rapport non protégé (contraception d'urgence), leur efficacité et les conditions d'accès ;

→ Les symptômes en termes simples évoquant une possible complication (en fonction de la méthode choisie) et qui doivent conduire à consulter un médecin ou une sage-femme ;

→ La nécessité de signaler à tout médecin la prise d'une contraception hormonale en cas de traitement intercurrent (risque d'interaction médicamenteuse), d'intervention chirurgicale, d'immobilisation prolongée et de longs voyages en avion ;

→ La nécessité d'anticiper ses renouvellements d'ordonnance pour ne pas interrompre son traitement contraceptif ;

→ Les IST/sida, la prévention par les préservatifs (masculin et féminin).

4. L'efficacité est habituellement décrite en indice de Pearl qui correspond au rapport du nombre de grossesses sur le nombre total de cycles observés pour l'ensemble des femmes étudiées rapportés à 1 an. Le résultat est exprimé en grossesses pour 100 femmes par an. Les données d'efficacité concernant une méthode contraceptive distinguent l'efficacité optimale qui correspond à celle obtenue dans les essais thérapeutiques et l'efficacité en utilisation courante.

Un suivi visant à évaluer adéquation de la méthode choisie, observance, tolérance et satisfaction de la femme

- Évaluer l'adéquation de la méthode contraceptive et la satisfaction de la femme : en cas d'insatisfaction ou d'intolérance, rappeler les autres méthodes de contraception et proposer d'y réfléchir.
- Prendre en compte les modifications de situation personnelle, médicale, affective et sociale qui pourraient modifier l'adéquation de la méthode.
- Évaluer l'observance : fréquence et circonstances des oublis, trouver avec la femme l'horaire le mieux adapté pour éviter un oubli, réévaluer ses connaissances et réitérer les conseils sur la conduite à tenir en cas d'oubli[5] et sur la contraception d'urgence (à utiliser le plus rapidement possible après le rapport à risque).
- À chaque renouvellement de prescription, réévaluer les risques en fonction de la méthode choisie.
- Refaire une information sur les possibilités de sevrage en cas de tabagisme.
- Chez les femmes utilisant une contraception estroprogestative de 3e ou 4e génération, le surrisque thrombo-embolique veineux ne justifie pas un arrêt brutal de cette contraception jusque-là bien supportée. À l'issue de la prescription en cours, le prescripteur envisagera avec la femme une autre méthode contraceptive plus appropriée pour elle (autre contraceptif hormonal, dispositif intra-utérin, etc.).
- Le suivi médical comporte :
  - un interrogatoire sur les problèmes de santé survenus depuis la dernière consultation et sur la prise de médicaments ;
  - un examen clinique : poids, taille, IMC, TA, examen des seins et gynécologique si besoin ;
  - un frottis cervico-utérin : 2 frottis à 1 an d'intervalle puis tous les 3 ans à partir de 25 ans (si frottis normaux) ;
  - des examens biologiques : cholestérol total, triglycérides et glycémie à jeun tous les 5 ans si contraception estroprogestative (pilule, anneau ou patch).
- Rappeler les principes de protection contre les infections sexuellement transmissibles et le sida (intérêt du préservatif, possibilité d'un dépistage du VIH, notamment à l'occasion du bilan sanguin de surveillance).
- Programmer la consultation suivante : première consultation à 3 mois puis généralement une consultation par an si la femme va bien, plus souvent et autant que nécessaire en cas de difficultés rencontrées avec sa contraception ou de symptômes évoquant une complication.

5. Voir carte « Que faire en cas d'oubli de pilule ? ».
Téléchargeable gratuitement sur le site de l'Inpes – www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1368.pdf.

En savoir plus

Sources Internet

- Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé : **www.ansm.sante.fr**
- Association fil-santé jeunes : **www.filsantejeunes.com**
- Association française pour la contraception : **www.contraceptions.org**
- Choisir sa contraception : **www.choisirsacontraception.fr**
- Haute Autorité de Santé : **www.has-sante.fr**
- Institut National de prévention et d'éducation pour la santé : **www.inpes.sante.fr**

HAS
www.has-sante.fr
2 avenue du Stade de France - 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. : +33 (0) 1 55 93 70 00 - Fax : +33 (0) 1 55 93 74 00

© Haute Autorité de santé 2013 — FMContraception — SDIP/V.combe

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Fiche Mémo

Contraception chez la femme adulte en âge de procréer (hors *post-partum* et *post*-IVG)

Avril 2013

Cette fiche mémo, fondée sur les recommandations les plus récentes, fait partie d'un ensemble de fiches mémo concernant la contraception et complète plusieurs documents sur ce thème produits par la HAS[1]. Elle est un outil pour le professionnel de santé afin de mieux aider les femmes/les hommes à trouver la méthode de contraception qui leur convient le mieux à une période donnée de leur vie.

1. Voir fiche mémo « Contraception : prescriptions et conseils aux femmes », document de synthèse « Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles » et rapport « État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée » (HAS, 2013).

Particularités de la prescription et du conseil

Le choix de la méthode contraceptive doit être réévalué à chaque renouvellement de prescription

→ Chez la femme en âge de procréer, le choix d'une contraception doit prendre en compte outre ses souhaits, l'évolution de sa situation personnelle, la baisse progressive de la fertilité, l'augmentation des facteurs de risque vasculaire et l'évolution des contre-indications.

Le risque cardio-vasculaire et les contre-indications évoluent avec l'âge

→ Le risque cardio-vasculaire augmente avec l'âge et modifie le rapport bénéfice/risque des méthodes.

→ Les contre-indications évoluent avec l'âge, notamment pour l'utilisation des estroprogestatifs en cas de céphalées ou de tabagisme :

- avant 35 ans : les estroprogestatifs sont contre-indiqués en cas de migraines avec aura. En cas de tabagisme, le surrisque de thrombose artérielle doit être pris en compte et une information doit être faite sur les possibilités d'aide au sevrage ;
- après 35 ans : les estroprogestatifs sont contre-indiqués chez la femme fumeuse ou avec des migraines, avec ou sans aura. La substitution par une méthode progestative seule ou par une autre contraception est recommandée.

L'éventualité d'une grossesse diminue avec l'âge mais une grossesse reste possible jusqu'à l'arrêt complet du fonctionnement ovarien (ménopause)

→ L'âge de la ménopause ne pouvant pas être déterminé de manière précise individuellement, il n'est pas possible de déterminer le moment correspondant à l'arrêt complet de l'ovulation et donc de la fertilité. Il faut donc réévaluer lors de chaque consultation l'intérêt de la contraception et la poursuivre jusqu'à la certitude du diagnostic de ménopause.

→ La femme doit être informée sur :

- la possibilité de grossesse non prévues toujours possibles jusqu'à l'arrêt complet de l'ovulation ;
- la nécessité d'être attentive à la survenue de signes évocateurs de ménopause dont certains peuvent être masqués en fonction de la méthode choisie (contraception hormonale ou DIU au LNG) ;
- la confirmation du diagnostic de ménopause par l'arrêt des règles depuis plus de 1 an. En période de péri-ménopause, il peut être proposé à la femme d'interrompre la contraception hormonale pendant quelques mois, tout en conseillant l'usage d'une méthode barrière, et de suivre l'évolution des règles pour déterminer si une ménopause est installée.

Méthodes utilisables

- Le préservatif (masculin, féminin) représente la seule méthode de contraception efficace contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le sida. Il est donc nécessaire d'associer un préservatif à toute autre méthode contraceptive si une protection contre les IST/sida est recherchée.
- Les méthodes ci-après sont présentées dans l'ordre adopté par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Cette présentation ne préjuge en rien de leur niveau d'efficacité, ni de leur fréquence d'utilisation en France.

Méthodes hormonales – Estroprogestatifs (pilule, anneau vaginal, patch transdermique)

- Les estroprogestatifs sont utilisables chez la femme ne présentant pas de contre-indications (principalement d'ordre thromboembolique veineux ou artériel[2], hépatique, carcinologique…) et en prenant en compte les facteurs de risque de thrombose (notamment antécédents personnels ou familiaux de thrombose veineuse ou artérielle, thrombophilie biologique connue, immobilisation prolongée, obésité, âge > 35 ans, HTA, diabète, dyslipidémie, tabagisme, migraine).
- Plusieurs voies d'administration sont disponibles (pilule, anneau, patch) : il est recommandé de prescrire en 1re intention une pilule combinée contenant de la noréthistérone ou du lévonorgestrel contenant moins de 50 µg d'éthinylestradiol (pilules de 1re ou 2e génération)[3]. Les autres estroprogestatifs (dont anneaux et patchs) ne devraient être réservés qu'aux cas d'intolérance aux pilules de 1re ou 2e génération et aux femmes pour lesquelles un autre type de contraception n'est pas possible.
- Les femmes doivent être informées sur :
  - les différentes modalités d'instauration et d'utilisation des estroprogestatifs selon leur voie d'administration : prise quotidienne, toujours au même moment de la journée pour la voie orale ;
  - la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule de plus de 12 h[4] (ou de retard à la mise en place d'un patch ou d'un anneau, de décollement de patch ou de perte de l'anneau vaginal) et sur la contraception d'urgence ;
  - l'efficacité contraceptive de ces méthodes (voir fiche « Efficacité des méthodes contraceptives ») ;
  - leurs possibles inconvénients (mastodynies, troubles du cycle, etc.) ;
  - leurs risques, notamment le risque d'accidents thromboemboliques veineux[5] ou artériels, surtout la première année après l'instauration de la méthode ou après une interruption et reprise de la méthode (informer sur les symptômes évoquant ces complications et qui doivent conduire à consulter)[6] ;
  - la nécessité de signaler à tout médecin la prise d'une contraception hormonale en cas de traitement intercurrent, d'intervention chirurgicale, d'immobilisation prolongée et de trajets prolongés en position assise (avion, train, autocar, voiture…) ;
  - le risque de diminution d'efficacité en cas de diarrhée ou vomissements ou d'association à certains médicaments (dont millepertuis, certains anticonvulsivants, antiprotéases, rifampicine/rifabutine, bosentan, griséofulvine, modafinil, orlistat)[7];
  - la possibilité de faire renouveler une fois leur contraceptif oral pour une période supplémentaire de 6 mois par le pharmacien ou l'infirmière sur présentation d'une ordonnance datant de moins de 1 an.

2. Concernant le bilan biologique à réaliser lors de la prescription, se référer à la fiche mémo « Contraception : prescriptions et conseils aux femmes » (HAS, 2013).
3. Voir fiche de bon usage du médicament « Contraceptifs oraux estroprogestatifs : préférez les pilules de 1re ou 2e génération » (HAS, 2012).
4. Voir carte « Que faire en cas d'oubli de pilule ? », téléchargeable gratuitement sur le site de l'Inpes. http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1368.pdf.
5. Le risque thromboembolique veineux est de 0,5 à 1/10 000 chez les femmes non utilisatrices de pilule, 2/10 000 chez les utilisatrices d'estroprogestatifs à base de lévonorgestrel, 3 à 4/10 000 chez les utilisatrices d'estroprogestatifs à base de désogestrel ou gestodène (3e génération) ou à base de drospirénone, 6/10 000 chez les femmes au cours de la grossesse (ANSM, 2012).
6. Œdème, douleur au niveau du mollet, dyspnée, douleur thoracique, hémoptysie, apparition ou aggravation de céphalées, déformation de la bouche, hémiparésie, dysphasie, etc.
7. Pour les autres interactions médicamenteuses, se référer au résumé des caractéristiques du produit et au « Thésaurus des interactions médicamenteuses » (disponible sur le site de l'ANSM : http://ansm.sante.fr).

Méthodes hormonales – Progestatifs (pilule, implant sous-cutané, injection intramusculaire)

- Les progestatifs sont utilisables chez la femme ne présentant pas de contre-indications (notamment accidents thromboemboliques veineux évolutifs, saignements génitaux inexpliqués, cancer du sein ou de l'utérus, pathologie hépatique sévère actuelle ou ancienne).
- Plusieurs voies d'administration sont disponibles :
  - pilule microprogestative : pilule au lévonorgestrel ou au désogestrel ;
  - implant à l'étonogestrel : méthode de longue durée d'action : est laissé en place et efficace pendant 3 ans (diminution possible de l'efficacité en cas de surpoids/d'obésité). Adapté aux femmes ayant des problèmes d'observance. Prendre en compte le risque de troubles menstruels (aménorrhée, spotting) pouvant être à l'origine d'un retrait prématuré du dispositif ;
  - les injections d'acétate de médroxyprogestérone (tous les 3 mois) : leur indication est limitée aux cas où il n'est pas possible d'utiliser d'autres méthodes contraceptives. Compte tenu des risques potentiels (notamment thrombose veineuse, diminution de la densité minérale osseuse, prise de poids), leur utilisation doit être limitée dans le temps.

⇨

Méthodes hormonales – Progestatifs (suite)

→ Les femmes doivent être informées sur :

- les modalités d'instauration et d'utilisation des pilules microprogestatives (prise quotidienne ; le retard de prise de la pilule ne doit pas dépasser 3 h pour le lévonorgestrel, 12 h pour le désogestrel), la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule et la contraception d'urgence ;
- l'efficacité contraceptive de ces méthodes (voir fiche « Efficacité des méthodes contraceptives ») ;
- les possibles troubles menstruels (métrorragies, spotting ou aménorrhée) fréquents avec ce type de contraception mais qui ne doivent pas faire arrêter la contraception sans avis d'un professionnel ;
- le risque de diminution d'efficacité en cas de diarrhée ou vomissements ou d'association à certains médicaments (dont millepertuis, certains anticonvulsivants, antiprotéases, rifampicine/rifabutine, bosentan, griséofulvine, modafinil, orlistat)[8];
- la possibilité de faire renouveler une fois leur contraceptif oral pour une période supplémentaire de 6 mois par le pharmacien ou l'infirmière sur présentation d'une ordonnance datant de moins de 1 an.

→ Les macroprogestatifs *per os* ne disposent pas d'AMM dans l'indication contraception.

8. Pour les autres interactions médicamenteuses, se référer au résumé des caractéristiques du produit et au « Thésaurus des interactions médicamenteuses » (disponible sur le site de l'ANSM : http://ansm.sante.fr).

Dispositifs intra-utérins (DIU) (DIU au cuivre et au lévonorgestrel [LNG])

→ Les DIU peuvent être proposés aux femmes, quelles que soient la parité et la gestité (femmes multipares **ou nullipares/nulligestes**).

→ Les DIU sont utilisables chez la femme ne présentant pas de contre-indications (en particulier malformations utérines, infections en cours ou saignements inexpliqués), après avoir évalué et écarté un risque infectieux (rechercher une infection à *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae*[9] avant la pose notamment en cas d'IST, infection génitale haute en cours ou récente, âge < 25 ans, partenaires multiples). Les contre-indications du DIU au LNG sont les mêmes que celles des progestatifs.

→ Les femmes doivent être informées sur :

- l'efficacité contraceptive de ces méthodes (voir fiche « Efficacité des méthodes contraceptives ») ;
- leur longue durée d'action (4 à 10 ans pour le DIU au cuivre, 5 ans pour le DIU au LNG) ;
- leurs risques potentiels (risque d'expulsion, risque de perforation et de migration le plus souvent lié à la pose [exceptionnel]) ;
- l'impact du DIU sur les cycles (règles plus importantes avec le DIU au cuivre, spotting, oligoménorrhée ou aménorrhée avec le DIU au LNG) ;
- la pose souvent plus douloureuse chez les nullipares.

→ Le DIU au LNG est à privilégier en cas de ménorragies fonctionnelles ou de saignements abondants avec un DIU au cuivre, à condition que les femmes acceptent l'éventualité de ne plus avoir de règles.

→ Conseiller aux femmes de consulter 1 à 3 mois après la pose puis annuellement ainsi qu'en cas de douleurs pelviennes, de fièvre et saignements inexpliqués.

9. Ces examens sont gratuits en centre de planification ou d'éducation familiale.

Méthodes barrières (préservatifs masculins et féminins, diaphragme et cape cervicale, spermicides)

→ Ces méthodes ont une efficacité contraceptive moindre que celle de la contraception hormonale ou du DIU. Elles nécessitent que les deux partenaires soient motivés, aient bien compris leur utilisation après un apprentissage spécifique ; elles doivent être utilisées lors de tous les rapports sexuels, quelle que soit la date du cycle.

→ Compte tenu du taux élevé d'échec en utilisation courante, l'éventualité d'une grossesse non prévue doit être acceptable, sinon préférer une autre méthode.

→ Préservatifs (masculins, féminins) :

- seule méthode de contraception efficace contre les IST, y compris le sida ;
- efficacité contraceptive (voir fiche « Efficacité des méthodes contraceptives ») ;
- préservatifs en latex recommandés de préférence aux préservatifs en polyuréthane (risque de rupture ou de glissement) sauf si allergie au latex ; n'utiliser que des lubrifiants aqueux ;
- informer sur le mode d'emploi des préservatifs (masculins, féminins)[10] ;
- informer sur la conduite à tenir en cas de rupture/glissement du préservatif et sur la contraception d'urgence.

10. Voir documents de l'Inpes :
- « Mode d'emploi du préservatif féminin » – http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/616.pdf
- « Mode d'emploi du préservatif masculin » – http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/748.pdf

Méthodes barrières (suite)

- Diaphragme, cape cervicale, spermicides :
  - efficacité contraceptive du diaphragme/de la cape améliorée par l'association à un spermicide (voir fiche « Efficacité des méthodes contraceptives ») ;
  - **ne sont pas efficaces pour protéger contre les IST/sida** ;
  - la détermination de la taille du diaphragme/de la cape, au préalable, par le praticien (médecin ou sage-femme) et l'apprentissage se font en consultation ;
  - les spermicides s'achètent en pharmacie sans prescription.

Méthodes naturelles (retrait, méthodes d'abstinence périodique et d'auto-observation)

- Leur efficacité est moins bonne que celle des méthodes hormonales, mécaniques ou barrières (voir fiche « Efficacité des méthodes contraceptives »).
- Elles peuvent convenir à des femmes connaissant bien leur cycle, ayant des règles régulières, maîtrisant bien l'utilisation de la méthode. En période de périménopause, marquée par l'irrégularité des cycles, ces méthodes sont moins faciles d'utilisation.
- Compte tenu du taux d'échec élevé, l'éventualité d'une grossesse non prévue doit être acceptable, sinon préférer une autre méthode.
- Une formation spécifique de la femme et/ou du couple est nécessaire.
- Ces méthodes ne protègent pas contre les IST/sida.

Méthodes de stérilisation (voir fiche stérilisation)

- Peuvent apporter une réponse contraceptive appropriée dans certaines situations.
- Plusieurs méthodes disponibles :
  - insertion d'un dispositif intratubaire par hystéroscopie ;
  - ligature des trompes et autres méthodes (électrocoagulation, pose d'anneaux ou de clips).
- Les présenter comme irréversibles.
- Un délai de réflexion de 4 mois doit être respecté entre la demande initiale et la réalisation de la stérilisation.

Ressources Internet

- Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé : **www.ansm.sante.fr**
- Association fil-santé jeunes : **www.filsantejeunes.com**
- Association française pour la contraception : **www.contraceptions.org**
- Centres de planification ou d'éducation familiale : **www.sante.gouv.fr/les-centres-de-planification-ou-d-education-familiale**
- Haute Autorité de Santé : **www.has-sante.fr**
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé : **www.inpes.sante.fr, www.choisirsacontraception.fr, www.onsexprime.fr, www.info-ist.fr**
- Ministère de la Santé : **www.sante.gouv.fr** – rubrique « Contraception »
- Mouvement français pour le planning familial : **www.planning-familial.org**

HAS
www.has-sante.fr
2 avenue du Stade de France - 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. : +33 (0) 1 55 93 70 00 - Fax : +33 (0) 1 55 93 74 00

© Haute Autorité de santé 2013 — FMContraception Femmme Adulte — SDIP/V.combe

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Fiche Mémo

Contraception chez l'adolescente

Avril 2013

Cette fiche mémo, fondée sur les recommandations les plus récentes, fait partie d'un ensemble de fiches mémo concernant la contraception et complète plusieurs documents sur ce thème produits par la HAS[1]. Elle est un outil pour le professionnel de santé afin de mieux aider les femmes/les hommes à trouver la méthode de contraception qui leur convient le mieux à une période donnée de leur vie.

1. Voir fiche mémo « Contraception : prescriptions et conseils aux femmes », document de synthèse « Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles » et rapport « État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée » (HAS, 2013).

Particularités de la prescription et du conseil chez l'adolescente

L'adolescente sera reçue de préférence sans ses parents, en toute confidentialité

→ L'adolescente sera reçue de préférence sans ses parents. Si l'adolescente est accompagnée par ses parents, proposer un temps de la consultation uniquement avec elle.

→ L'entretien est confidentiel, ce dont l'adolescente doit être informée.

→ Une prise en charge gratuite et confidentielle est possible dans les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF). En dehors des CPEF, les pilules estroprogestatives ou progestatives, l'implant progestatif et le dispositif intra-utérin (DIU) sont délivrés gratuitement sur prescription pour les mineures de 15 à 18 ans en pharmacie.

La démarche de conseil/accompagnement doit être adaptée à l'âge et aux besoins

→ Engager le dialogue en évitant d'être intrusif, évoquer ses habitudes de vie, ses besoins, ses souhaits, rassurer l'adolescente quant aux inquiétudes qu'elle peut avoir concernant sa transformation physique, ses désirs, ses craintes…

→ Évoquer avec l'adolescente, sans porter de jugement, ses connaissances sur la physiologie, les méthodes de contraception qu'elle connaît, la compréhension des risques de grossesse, son activité sexuelle, l'utilisation antérieure d'une méthode contraceptive, l'existence d'une grossesse antérieure et son évolution.

→ Recueillir des informations sur les antécédents personnels ou familiaux en utilisant des termes compréhensibles.

→ Expliquer que le risque de grossesse existe dès l'apparition des premières règles, même si elles sont irrégulières, et dès le premier rapport sexuel.

→ Prendre en compte les comportements à risque (addictions tabac, alcool, drogues, dépression, mauvaise estime de soi, difficultés scolaires, manque de soutien familial, niveau d'éducation et de revenus) et évaluer la possibilité de contrainte ou violence dans les relations sexuelles.

→ Réévaluer chaque année l'adéquation entre la situation personnelle de la jeune fille et son mode de contraception et lui rappeler les autres méthodes possibles dans sa situation.

L'examen gynécologique peut être différé

→ L'examen clinique comprend : examen général, taille, indice de masse corporelle, **tension artérielle**, autres éléments comme importance et localisation de l'acné, pilosité.

→ L'examen gynécologique n'est pas nécessaire lors de la 1re consultation, sauf symptômes ou antécédents le justifiant. L'examen gynécologique peut être expliqué lors du 1er entretien et programmé pour une consultation ultérieure.

L'information à délivrer

→ Informer sur les différentes méthodes contraceptives disponibles :

- l'âge en lui-même ne devrait pas limiter le choix de la méthode contraceptive, en dehors de la stérilisation ;
- contenu de l'information : mode d'emploi, efficacité (optimale et en utilisation courante), contre-indications, risques (notamment risque thromboembolique) et effets indésirables possibles (notamment sur l'acné et les règles), autres avantages non contraceptifs, procédure pour l'instauration et l'arrêt (ou le retrait), coût, remboursement…

⇨

L'information à délivrer (suite)

→ Rassurer sur les éventuelles craintes des adolescentes concernant :

- la prise de poids : pas de preuve de prise de poids sous pilule estroprogestative, relation entre prise de poids et progestatifs seuls mal documentée ;
- l'acné : effets variables selon la femme et le type de contraception hormonale ;
- le retour de la fertilité : est en général immédiat **sauf après injection de progestatif** où il peut prendre jusqu'à 12 mois ;
- l'impact sur les règles : amélioration possible des dysménorrhées sous pilule estroprogestative, risque de trouble des règles (aménorrhée, spotting) sous contraception hormonale.

→ Informer sur les préservatifs, les IST y compris le sida : encourager l'utilisation des préservatifs et expliquer concrètement leur utilisation. Évaluer la capacité d'utilisation des préservatifs et la possibilité d'une réticence à leur utilisation.

→ Contraception d'urgence : informer sur :

- la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule (ou de retard à la mise en place d'un patch ou d'un anneau, de décollement de patch ou de perte de l'anneau vaginal), de non-utilisation ou de rupture d'un préservatif et sur les méthodes de rattrapage possibles ;
- la gratuité et l'anonymat en pharmacie, dans les infirmeries scolaires ou en centre de planification ou d'éducation familiale de la contraception d'urgence au lévonorgestrel.

Méthodes utilisables

→ Le préservatif (masculin, féminin) représente la seule méthode de contraception efficace contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le sida. Il est donc nécessaire d'associer un préservatif à toute autre méthode contraceptive si une protection contre les IST/sida est recherchée.

→ Les méthodes ci-après sont présentées dans l'ordre adopté par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Cette présentation ne préjuge en rien de leur niveau d'efficacité, ni de leur fréquence d'utilisation en France.

Méthodes hormonales – Estroprogestatifs (pilule, anneau vaginal, patch transdermique)

→ Les estroprogestatifs sont utilisables chez l'adolescente ne présentant pas de contre-indications (principalement d'ordre thromboembolique veineux ou artériel[2], hépatique, carcinologique…) et en prenant en compte les facteurs de risque de thrombose (notamment antécédents personnels ou familiaux de thrombose veineuse ou artérielle, thrombophilie biologique connue, immobilisation prolongée, obésité, HTA, diabète, dyslipidémie, tabagisme, migraine…).

→ Plusieurs voies d'administration sont disponibles (pilule, anneau, patch) : il est recommandé de prescrire en 1re intention une pilule combinée contenant de la noréthistérone ou du lévonorgestrel contenant moins de 50 µg d'éthinylestradiol (pilules de 1re ou 2e génération)[3]. Les autres estroprogestatifs (dont anneaux et patchs) ne devraient être réservés qu'aux cas d'intolérance aux pilules de 1re ou 2e génération et aux adolescentes pour lesquelles un autre type de contraception n'est pas possible.

→ Le prescripteur doit fournir des informations aux adolescentes et s'assurer de leur bonne compréhension concernant :

- les différentes modalités d'instauration et d'utilisation des estroprogestatifs selon leur voie d'administration : pour la voie orale, prise quotidienne, toujours au même moment de la journée. Trouver avec l'adolescente les moyens d'une bonne observance (sonnerie sur le téléphone portable, etc.) ;
- la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule de plus de 12 h[4] (ou de retard à la mise en place d'un patch ou d'un anneau, de décollement de patch ou de perte de l'anneau vaginal) et sur la contraception d'urgence ;
- l'efficacité contraceptive de ces méthodes (voir fiche « Efficacité des méthodes contraceptives ») ;
- leurs possibles inconvénients (mastodynies, troubles du cycle, etc.) ;
- leurs risques, notamment le risque d'accidents thromboemboliques veineux[5] ou artériels, surtout la première année après l'instauration de la méthode ou après une interruption et reprise de la méthode (informer sur les symptômes évoquant ces complications et qui doivent conduire à consulter)[6] ;
- la nécessité de signaler à tout médecin la prise d'une contraception hormonale en cas de traitement intercurrent, d'intervention chirurgicale, d'immobilisation prolongée et trajets prolongés en position assise (avion, train, autocar, voiture…) ;
- le risque de diminution d'efficacité en cas de diarrhée ou vomissements ou d'association à certains médicaments (dont millepertuis, certains anticonvulsivants, antiprotéases, rifampicine/rifabutine, bosentan, griséofulvine, modafinil, orlistat)[7] ;
- la possibilité de faire renouveler une fois leur contraceptif oral pour une période supplémentaire de 6 mois par le pharmacien ou l'infirmière sur présentation d'une ordonnance datant de moins de 1 an.

2. Concernant le bilan biologique à réaliser lors de la prescription, se référer à la fiche mémo « Contraception : prescriptions et conseils aux femmes » (HAS, 2013).
3. Voir fiche de bon usage du médicament « Contraceptifs oraux estroprogestatifs : préférez les pilules de 1re ou 2e génération » (HAS, 2012).
4. Voir carte « Que faire en cas d'oubli de pilule ? », téléchargeable gratuitement sur le site de l'Inpes - http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1368.pdf.
5. Le risque thromboembolique veineux est de 0,5 à 1/10 000 chez les femmes non utilisatrices de pilule, 2/10 000 chez les utilisatrices d'estroprogestatifs à base de lévonorgestrel, 3 à 4/10 000 chez les utilisatrices d'estroprogestatifs à base de désogestrel ou gestodène (3e génération) ou à base de drospirénone, 6/10 000 chez les femmes au cours de la grossesse (ANSM, 2012).
6. Œdème, douleur au niveau du mollet, dyspnée, douleur thoracique, hémoptysie, apparition ou aggravation de céphalées, déformation de la bouche, hémiparésie, dysphasie, etc.
7. Pour les autres interactions médicamenteuses, se référer au résumé des caractéristiques du produit et au « Thésaurus des interactions médicamenteuses » (disponible sur le site de l'ANSM : http://ansm.sante.fr).

Méthodes hormonales – Progestatifs (pilule, implant sous-cutané, injection intramusculaire)

→ Les progestatifs sont utilisables chez l'adolescente ne présentant pas de contre-indications (notamment accidents thromboemboliques veineux évolutifs, saignements génitaux inexpliqués, pathologie hépatique sévère actuelle ou ancienne).

→ Plusieurs voies d'administration sont disponibles :

- pilule microprogestative : pilule au lévonorgestrel ou au désogestrel ;
- implant à l'étonogestrel - méthode de longue durée d'action : est laissé en place et efficace pendant 3 ans (diminution possible de l'efficacité en cas de surpoids/d'obésité). Intéressant chez des adolescentes ayant des problèmes d'observance. Prendre en compte le risque de trouble menstruel (aménorrhée, spotting) pouvant être à l'origine d'un retrait prématuré du dispositif ;
- les injections d'acétate de médroxyprogestérone (tous les 3 mois) : leur indication est limitée aux cas où il n'est pas possible d'utiliser d'autres méthodes contraceptives. Compte tenu des risques potentiels (notamment thrombose veineuse, diminution de la densité minérale osseuse, prise de poids), leur utilisation doit être limitée dans le temps.

→ Les adolescentes doivent être informées sur :

- les modalités d'instauration et d'utilisation des pilules microprogestatives (prise quotidienne, le retard de prise de la pilule ne doit pas dépasser 3 h pour le lévonorgestrel, 12 h pour le désogestrel), la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule et la contraception d'urgence ;
- l'efficacité contraceptive de ces méthodes (voir fiche « Efficacité des méthodes contraceptives ») ;
- les possibles troubles menstruels (métrorragies, spotting ou aménorrhée) fréquents avec ce type de contraception mais qui ne doivent pas faire arrêter la contraception sans avis d'un professionnel ;
- le risque de diminution d'efficacité en cas de diarrhée ou vomissements ou d'association à certains médicaments (dont millepertuis, certains anticonvulsivants, antiprotéases, rifampicine/rifabutine, bosentan, griséofulvine, modafinil, orlistat)[8] ;
- la possibilité de faire renouveler une fois leur contraceptif oral pour une période supplémentaire de 6 mois par le pharmacien ou l'infirmière sur présentation d'une ordonnance datant de moins de 1 an.

→ Les macroprogestatifs *per os* ne disposent pas d'AMM dans l'indication contraception.

8. Pour les autres interactions médicamenteuses, se référer au résumé des caractéristiques du produit et au « Thésaurus des interactions médicamenteuses» (disponible sur le site de l'ANSM : http://ansm.sante.fr).

Dispositifs intra-utérins (DIU) (DIU au cuivre et au lévonorgestrel [LNG])

→ Les DIU peuvent être proposés aux femmes, quelles que soient la parité et la gestité (femmes multipares **ou nullipares/nulligestes**).

→ Les DIU sont utilisables chez l'adolescente ne présentant pas de contre-indications (en particulier malformations utérines, infections en cours ou saignements inexpliqués), après avoir évalué et écarté un risque infectieux (rechercher une infection à *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae*[9] avant la pose). Les contre-indications du DIU au LNG sont les mêmes que celles des progestatifs.

→ Les adolescentes doivent être informées sur :

- l'efficacité contraceptive de ces méthodes (voir fiche « Efficacité des méthodes contraceptives ») ;
- leur longue durée d'action (4 à 10 ans pour le DIU au cuivre, 5 ans pour le DIU au LNG) ;
- leurs risques potentiels (risque d'expulsion, risque de perforation et de migration le plus souvent lié à la pose [exceptionnel]) ;
- l'impact du DIU sur les cycles (règles plus abondantes avec le DIU au cuivre, spotting, oligoménorrhée ou aménorrhée avec le DIU au LNG) ;
- la pose souvent plus douloureuse chez les nullipares.

→ Certains dispositifs de plus petite taille sont mieux adaptés aux adolescentes.

→ Le DIU au LNG est à considérer avec précaution chez l'adolescente, notamment en raison des difficultés de la pose. Il est cependant possible de le proposer aux adolescentes ayant des règles abondantes, à condition qu'elles acceptent l'éventualité de ne plus avoir de règles.

→ Il faut conseiller aux adolescentes de consulter 1 à 3 mois après la pose puis annuellement ainsi qu'en cas de douleurs pelviennes, de saignements ou de fièvre inexpliqués.

9. Ces examens sont gratuits en centre de planification ou d'éducation familiale.

Méthodes barrières (préservatifs masculins et féminins, diaphragme et cape cervicale, spermicides)

→ Ces méthodes ont une efficacité contraceptive moindre que celle de la contraception hormonale ou du DIU. Elles nécessitent que les deux partenaires soient motivés, aient bien compris leur utilisation après un apprentissage spécifique ; elles doivent être utilisées lors de tous les rapports sexuels, quelle que soit la date du cycle. Néanmoins, le risque d'échec est plus élevé chez les jeunes.

→ Compte tenu du taux d'échec élevé, l'éventualité d'une grossesse non prévue doit être envisagée et discutée avec les adolescents.

⇨

Méthodes barrières (suite)

→ Préservatifs (masculins, féminins) :

- seule méthode de contraception efficace contre les IST, y compris le sida ;
- efficacité contraceptive (voir fiche « Efficacité des méthodes contraceptives ») ;
- préservatifs en latex recommandés de préférence aux préservatifs en polyuréthane (risque de rupture ou de glissement) sauf si allergie au latex ; n'utiliser que des lubrifiants aqueux ;
- informer sur le mode d'emploi des préservatifs (masculins, féminins)[10] ;
- informer sur la conduite à tenir en cas de rupture/glissement du préservatif et sur la contraception d'urgence.

→ Diaphragme, cape cervicale, spermicides :

- efficacité contraceptive du diaphragme / de la cape améliorée par l'association à un spermicide (voir fiche « Efficacité des méthodes contraceptives »)
- **ne sont pas efficaces pour protéger contre les IST/sida**.
- la détermination de la taille du diaphragme/de la cape, par le praticien (médecin ou sage-femme) après examen gynécologique et l'apprentissage se font en consultation.
- les spermicides s'achètent en pharmacie sans prescription.

10. Voir documents de l'Inpes :
- « Mode d'emploi du préservatif féminin » – http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/616.pdf.
- « Mode d'emploi du préservatif masculin » – http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/748.pdf.

Méthodes naturelles (retrait, méthodes d'abstinence périodique et d'auto-observation)

→ Méthodes peu adaptées aux adolescentes en raison de l'irrégularité de leur cycle, de leur indice de fertilité élevé et du risque d'échec élevé de ces méthodes (voir fiche « Efficacité des méthodes contraceptives »).

Méthodes de stérilisation (voir fiche stérilisation)

→ Non autorisées par la loi chez les mineures[11].

11. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (codifiée à l'article L. 2123-1 du CSP).

Ressources Internet

→ Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé : **www.ansm.sante.fr**
→ Association fil-santé jeunes : **www.filsantejeunes.com**
→ Association française pour la contraception : **www.contraceptions.org**
→ Centres de planification ou d'éducation familiale : **www.sante.gouv.fr/les-centres-de-planification-ou-d-education-familiale**
→ Haute Autorité de Santé : **www.has-sante.fr**
→ Institut national de prévention et d'éducation pour la santé : **www.inpes.sante.fr, www.choisirsacontraception.fr, www.onsexprime.fr, www.info-ist.fr**
→ Ministère de la Santé : **www.sante.gouv.fr** - rubrique « Contraception »
→ Mouvement français pour le planning familial : **www.planning-familial.org**

HAS
www.has-sante.fr
2 avenue du Stade de France - 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. : +33 (0) 1 55 93 70 00 - Fax : +33 (0) 1 55 93 74 00

© Haute Autorité de santé 2013 — FMContraception Adolescente — SDIP/V.combe

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Fiche Mémo

Contraception chez la femme en *post-partum*

Avril 2013

Cette fiche mémo, fondée sur les recommandations les plus récentes, fait partie d'un ensemble de fiches mémo concernant la contraception et complète plusieurs documents sur ce thème produits par la HAS[1]. Elle est un outil pour le professionnel de santé afin de mieux aider les femmes/les hommes à trouver la méthode de contraception qui leur convient le mieux à une période donnée de leur vie.

1. Voir fiche mémo « Contraception : prescriptions et conseils aux femmes », document de synthèse « Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles » et rapport « État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée » (HAS, 2013).

Particularités de la prescription et du conseil chez la femme en *post-partum*

→ Le choix d'une méthode doit prendre en compte :
- l'allaitement éventuel ;
- le risque thromboembolique veineux majoré durant la grossesse et dans les premières semaines *post-partum* (jusqu'à 42 jours [6 semaines]) ;
- les pathologies survenues pendant la grossesse (HTA gravidique, prééclampsie, diabète gestationnel, phlébite, etc.).

→ Il est important d'aborder la contraception et d'informer les femmes sur les méthodes possibles au cours de la grossesse et de la proposer en *post-partum* immédiat. La consultation du *post-partum* (6 à 8 semaines après l'accouchement) doit permettre de confirmer le choix contraceptif, son renouvellement éventuel, sa surveillance ou la pose d'un dispositif de longue durée (DIU, implant).

→ Informer sur la reprise de l'ovulation :
- il n'y a pas de reprise de l'ovulation avant le 21e jour après l'accouchement : une contraception n'est donc pas nécessaire avant ce délai.
- à l'inverse, à partir du 21e jour, il existe un retour de fertilité et une contraception devient donc nécessaire.

→ Informer sur :
- les différentes méthodes contraceptives utilisables chez la femme qui allaite ou non : mode d'emploi, efficacité en pratique courante, durée d'utilisation, contre-indications, risques et effets indésirables possibles (notamment sur l'enfant allaité, le volume de lait, etc.), autres avantages non contraceptifs, procédure pour l'instauration et l'arrêt (ou le retrait du moyen contraceptif), coût, remboursement… ;
- les différentes possibilités de rattrapage en cas de rapport non ou mal protégé (contraception d'urgence), leur efficacité et leurs conditions d'accès.

Méthodes utilisables

→ Le préservatif (masculin, féminin) représente la seule méthode de contraception efficace contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le sida. Il est donc nécessaire d'associer un préservatif à toute autre méthode contraceptive si une protection contre les IST/sida est recherchée.

→ Les méthodes ci-après sont présentées dans l'ordre adopté par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Cette présentation ne préjuge en rien de leur niveau d'efficacité, ni de leur fréquence d'utilisation en France.

Méthodes hormonales – Estroprogestatifs (pilule, anneau vaginal, patch transdermique)

→ **Chez la femme qui allaite : les estroprogestatifs ne sont pas recommandés dans les 6 mois suivant l'accouchement.**

→ **Chez la femme qui n'allaite pas :**
- **les estroprogestatifs sont utilisables à partir de 42 jours après l'accouchement** (normalisation du risque thromboembolique) en l'absence de contre-indications (principalement d'ordre thromboembolique veineux ou artériel[2], hépatique, carcinologique…) et en prenant en compte les facteurs de risque de thrombose (notamment antécédents personnels ou familiaux de thrombose veineuse ou artérielle, thrombophilie biologique connue, immobilisation prolongée, obésité, âge > 35 ans, HTA, diabète, dyslipidémie, tabagisme, migraine) ;
- **selon l'OMS, ce délai peut être raccourci à 21 jours en l'absence de facteur de risque thromboembolique veineux** (antécédent thromboembolique veineux, thrombophilie, immobilisation, transfusion lors de l'accouchement, IMC > 30 kg/m^2, hémorragie du *post-partum*, accouchement par césarienne, prééclampsie ou tabagisme) et **en l'absence d'autres contre-indications** ;

⇨

2. Concernant le bilan biologique à réaliser lors de la prescription, se référer à la fiche mémo « Contraception : prescriptions et conseils aux femmes » (HAS, 2013).

Méthodes hormonales – Estroprogestatifs (suite)

→ Plusieurs voies d'administration sont disponibles (pilule, anneau, patch) : il est recommandé de prescrire en 1re intention une pilule combinée contenant de la noréthistérone ou du lévonorgestrel contenant moins de 50 µg d'éthinylestradiol (pilules de 1re ou 2e génération)[3]. Les autres estroprogestatifs (dont anneaux et patchs) ne devraient être réservés qu'aux cas d'intolérance aux pilules de 1re ou 2e génération et aux femmes pour lesquelles un autre type de contraception n'est pas possible.

→ Les femmes doivent être informées sur :

- les différentes modalités d'instauration et d'utilisation des estroprogestatifs selon leur voie d'administration : prise quotidienne, toujours au même moment de la journée pour la voie orale ;
- la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule de plus de 12 h[4] (ou de retard à la mise en place d'un patch ou d'un anneau, de décollement de patch ou de perte de l'anneau vaginal) et sur la contraception d'urgence ;
- l'efficacité contraceptive de ces méthodes (voir fiche « Efficacité des méthodes contraceptives ») ;
- leurs possibles inconvénients (mastodynies, troubles du cycle, etc.) ;
- leurs risques, notamment le risque d'accidents thromboemboliques veineux[5] ou artériels, surtout la première année après l'instauration de la méthode ou après une interruption et reprise de la méthode (informer sur les symptômes évoquant ces complications et qui doivent conduire à consulter)[6] ;
- la nécessité de signaler à tout médecin la prise d'une contraception hormonale en cas de traitement intercurrent, d'intervention chirurgicale, d'immobilisation prolongée et de trajets prolongés en position assise (avion, train, autocar, voiture…) ;
- le risque de diminution d'efficacité en cas de diarrhée ou vomissements ou d'association à certains médicaments (dont millepertuis, certains anticonvulsivants, antiprotéases, rifampicine/rifabutine, bosentan, griséofulvine, modafinil, orlistat)[7];
- la possibilité de faire renouveler une fois leur contraceptif oral pour une période supplémentaire de 6 mois par le pharmacien ou l'infirmière sur présentation d'une ordonnance datant de moins de 1 an.

3. Voir fiche de bon usage du médicament « Contraceptifs oraux estroprogestatifs : préférez les pilules de 1re ou 2e génération » (HAS, 2012).
4. Voir carte « Que faire en cas d'oubli de pilule ? », téléchargeable gratuitement sur le site de l'Inpes - http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1368.pdf.
5. Le risque thromboembolique veineux est de 0,5 à 1/10 000 chez les femmes non utilisatrices de pilule, 2/10 000 chez les utilisatrices d'estroprogestatifs à base de lévonorgestrel, 3 à 4/10 000 chez les utilisatrices d'estroprogestatifs à base de désogestrel ou gestodène (3e génération) ou à base de drospirénone, 6/10 000 chez les femmes au cours de la grossesse (ANSM, 2012).
6. Œdème, douleur au niveau du mollet, dyspnée, douleur thoracique, hémoptysie, apparition ou aggravation de céphalées, déformation de la bouche, hémiparésie, dysphasie, etc.
7. Pour les autres interactions médicamenteuses, se référer au résumé des caractéristiques du produit et au « Thésaurus des interactions médicamenteuses » (disponible sur le site de l'ANSM : http://ansm.sante.fr).

Méthodes hormonales – Progestatifs (pilule, implant sous-cutané, injection intramusculaire)

→ **Les progestatifs sont utilisables chez la femme en *post-partum* ne présentant pas de contre-indications** (notamment accidents thromboemboliques veineux évolutifs, saignements génitaux inexpliqués, cancer du sein ou de l'utérus, pathologie hépatique sévère actuelle ou ancienne) ;

- **en cas d'allaitement : les progestatifs seuls peuvent être utilisés à partir de 21 jours après l'accouchement ;**
- **en l'absence d'allaitement : les progestatifs seuls sont utilisables à partir de 21 jours après l'accouchement.**

→ Plusieurs voies d'administration sont disponibles :

- pilule microprogestative : pilule au lévonorgestrel ou au désogestrel ;
- implant à l'étonogestrel : méthode de longue durée d'action : est laissé en place et efficace pendant 3 ans (diminution possible de l'efficacité en cas de surpoids/d'obésité). Intéressant chez des adolescentes ayant des problèmes d'observance. Prendre en compte le risque de troubles menstruels (aménorrhée, spotting) pouvant être à l'origine d'un retrait prématuré du dispositif ;
- les injections d'acétate de médroxyprogestérone (tous les 3 mois) : leur indication est limitée aux cas où il n'est pas possible d'utiliser d'autres méthodes contraceptives. Compte tenu des risques potentiels (notamment thrombose veineuse, diminution de la densité minérale osseuse, prise de poids), leur utilisation doit être limitée dans le temps.

→ Les femmes doivent être informées sur :

- les modalités d'instauration et d'utilisation des pilules microprogestatives (prise quotidienne, le retard de prise de la pilule ne doit pas dépasser 3 h pour le lévonorgestrel, 12 h pour le désogestrel), la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule et la contraception d'urgence ;
- l'efficacité contraceptive de ces méthodes (voir fiche « Efficacité des méthodes contraceptives ») ;
- les possibles troubles menstruels (métrorragies, spotting ou aménorrhée) fréquents avec ce type de contraception mais qui ne doivent pas faire arrêter la contraception sans avis d'un professionnel ;
- le risque de diminution d'efficacité en cas de diarrhée ou vomissements ou d'association à certains médicaments (dont millepertuis, certains anticonvulsivants, antiprotéases, rifampicine/rifabutine, bosentan, griséofulvine, modafinil, orlistat)[8] ;
- la possibilité de faire renouveler une fois leur contraceptif oral pour une période supplémentaire de 6 mois par le pharmacien ou l'infirmière sur présentation d'une ordonnance datant de moins de 1 an.

→ Les macroprogestatifs *per os* ne disposent pas d'AMM dans l'indication contraception.

8. Pour les autres interactions médicamenteuses, se référer au résumé des caractéristiques du produit et au « Thésaurus des interactions médicamenteuses » (disponible sur le site de l'ANSM : http://ansm.sante.fr).

Dispositifs intra-utérins (DIU) (DIU au cuivre et au lévonorgestrel [LNG])

→ **Les DIU sont utilisables chez la femme en *post-partum* que la femme allaite ou non :**
- **à partir de 4 semaines après l'accouchement**[9] **;**
- après avoir évalué et écarté un risque infectieux (rechercher une infection à *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae*[10] avant la pose notamment en cas d'IST, infection génitale haute en cours ou récente, âge < 25 ans, partenaires multiples).

→ Les contre-indications du DIU au LNG sont les mêmes que celles des progestatifs.

→ La pose d'un DIU au cuivre dans les 48 heures après un accouchement est possible mais n'est pas d'usage courant en France.

→ Les femmes doivent être informées sur :
- l'efficacité contraceptive de ces méthodes (voir fiche « Efficacité des méthodes contraceptives ») ;
- leur longue durée d'action (4 à 10 ans pour le DIU au cuivre, 5 ans pour le DIU au LNG) ;
- leurs risques potentiels (risque d'expulsion, risque de perforation et de migration le plus souvent lié à la pose [exceptionnel mais **augmenté chez la femme qui allaite**]) ;
- l'impact du DIU sur les cycles (règles plus importantes avec le DIU au cuivre, spotting, oligoménorrhée ou aménorrhée avec le DIU au LNG).

→ Le DIU au LNG est à privilégier en cas de ménorragies fonctionnelles ou de saignements abondants avec un DIU au cuivre, à condition que les femmes acceptent l'éventualité de ne plus avoir de règles.

→ Conseiller aux femmes de consulter 1 à 3 mois après la pose puis annuellement ainsi qu'en cas de douleurs pelviennes, de saignements ou de fièvre inexpliqués.

9. **Situation hors AMM pour le DIU au LNG** (délai requis de 6 semaines pour la pose après l'accouchement). Selon les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2009), du *Centers for Disease Control* (CDC, 2010) et de la *Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare* (FSRH, 2009), le DIU au LNG est utilisable dès 4 semaines après l'accouchement.
10. Ces examens sont gratuits en centre de planification ou d'éducation familiale.

Méthodes barrières (préservatifs masculins et féminins, diaphragme et cape cervicale, spermicides)

→ Ces méthodes ont une efficacité contraceptive moindre que celle de la contraception hormonale ou du DIU. Elles nécessitent que les deux partenaires soient motivés, aient bien compris leur utilisation après un apprentissage spécifique ; elles doivent être utilisées lors de tous les rapports sexuels, quelle que soit la date du cycle.

→ Compte tenu du taux élevé d'échec, l'éventualité d'une grossesse non prévue doit être acceptable, sinon préférer une autre méthode.

→ **Préservatifs (masculins, féminins) :**
- seule méthode de contraception efficace contre les IST, y compris le sida ;
- à privilégier si une méthode barrière doit être choisie en *post-partum* ;
- efficacité contraceptive (voir fiche « Efficacité des méthodes contraceptives ») ;
- préservatifs en latex recommandés de préférence aux préservatifs en polyuréthane (risque de rupture ou de glissement) sauf si allergie au latex ; n'utiliser que des lubrifiants aqueux ;
- informer sur le mode d'emploi des préservatifs (masculins, féminins)[11] ;
- informer sur la conduite à tenir en cas de rupture/glissement du préservatif et sur la contraception d'urgence.

→ **Diaphragme, cape cervicale, spermicides :**
- **inutilisables avant 42 jours (6 semaines)** après l'accouchement ;
- efficacité contraceptive du diaphragme/de la cape améliorée par l'association à un spermicide (voir fiche « Efficacité des méthodes contraceptives ») ;
- **ne sont pas efficaces pour protéger contre les IST/sida** ;
- la détermination de la taille du diaphragme/de la cape, au préalable, par le praticien (médecin ou sage-femme) et l'apprentissage se font en consultation. En cas d'utilisation d'un diaphragme avant la grossesse, la taille de celui-ci doit être réévaluée après un accouchement ;
- les spermicides s'achètent en pharmacie sans prescription.

11. Voir documents de l'Inpes :
- « Mode d'emploi du préservatif féminin » – http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/616.pdf.
- « Mode d'emploi du préservatif masculin » – http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/748.pdf.

Méthodes naturelles (aménorrhée lactationnelle, retrait, méthodes d'abstinence périodique et d'auto-observation)

→ **Aménorrhée lactationnelle (méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée [MAMA]) :** l'allaitement peut avoir un effet contraceptif jusqu'à 6 mois après l'accouchement (risque de grossesse à 6 mois < 2 %) si toutes les conditions suivantes sont réunies :

- allaitement exclusif ;
- allaitement jour et nuit, 6 à 10 tétées/jour ;
- pas plus de 6 heures entre 2 tétées la nuit, pas plus de 4 heures le jour ;
- aménorrhée persistante (absence totale de règles).

→ Il convient d'utiliser une autre méthode de contraception en cas de retour des règles, de réduction de la fréquence ou de la durée des tétées, d'introduction de l'alimentation au biberon ou dès que le nourrisson atteint l'âge de 6 mois (OMS).

→ Autres méthodes naturelles :

- les méthodes d'abstinence périodique et d'auto-observation ne sont utilisables qu'après retour des règles (nécessité d'avoir eu ses règles à 3 reprises et d'avoir des cycles réguliers).
- leur efficacité est moins bonne que celle des méthodes hormonales, mécaniques ou barrières (voir fiche « Efficacité des méthodes contraceptives »). Elles peuvent convenir à des femmes connaissant bien leur cycle, ayant des règles régulières, maîtrisant bien l'utilisation de la méthode.
- compte tenu du taux élevé d'échec, l'éventualité d'une grossesse non prévue doit être acceptable, sinon préférer une autre méthode.
- une formation spécifique de la femme et/ou du couple est nécessaire.
- Ces méthodes ne protègent pas contre les IST/sida.

Méthodes de stérilisation (voir fiche stérilisation)

→ Peuvent apporter une réponse contraceptive appropriée dans certaines situations.

→ Plusieurs méthodes disponibles :

- insertion d'un dispositif intratubaire par hystéroscopie : réalisable à partir de la 6e semaine après l'accouchement ou la césarienne ;
- ligature des trompes et autres méthodes (électrocoagulation, pose d'anneaux ou de clips) : peuvent être réalisées soit dans les 7 jours après l'accouchement, soit à partir de 42 jours (6e semaine) après l'accouchement ou la césarienne (délai d'involution utérine).

→ Les présenter comme irréversibles.

→ Un délai de réflexion de 4 mois doit être respecté entre la demande initiale et la réalisation de la stérilisation.

Ressources Internet

→ Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé : **www.ansm.sante.fr**

→ Association française pour la contraception : **www.contraceptions.org**

→ Centres de planification ou d'éducation familiale : **www.sante.gouv.fr/les-centres-de-planification-ou-d-education-familiale**

→ Haute Autorité de Santé : **www.has-sante.fr**

→ Institut national de prévention et d'éducation pour la santé : **www.inpes.sante.fr, www.choisirsacontraception.fr, www.onsexprime.fr, www.info-ist.fr**

→ Ministère de la Santé : **www.sante.gouv.fr** - rubrique « Contraception »

→ Mouvement français pour le planning familial : **www.planning-familial.org**

HAS

www.has-sante.fr

2 avenue du Stade de France - 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. : +33 (0) 1 55 93 70 00 - Fax : +33 (0) 1 55 93 74 00

© Haute Autorité de santé 2013 — FMContraception *post-partum* — SDIP/V.combe

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Fiche Mémo

Contraception chez la femme après une interruption volontaire de grossesse (IVG)

Avril 2013

Cette fiche mémo, fondée sur les recommandations les plus récentes, fait partie d'un ensemble de fiches mémo concernant la contraception et complète plusieurs documents sur ce thème produits par la HAS[1]. Elle est un outil pour le professionnel de santé afin de mieux aider les femmes/les hommes à trouver la méthode de contraception qui leur convient le mieux à une période donnée de leur vie.

1. Voir fiche mémo « Contraception : prescriptions et conseils aux femmes », document de synthèse « Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles » et rapport « État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée » (HAS, 2013).

Particularités de la prescription et du conseil chez la femme après une IVG

→ La reprise de la fertilité après une IVG est immédiate ; une contraception efficace est donc indispensable dès la réalisation de l'IVG.

→ Une information sur la contraception doit être délivrée lors de la consultation pré-IVG. C'est le moment de :

- réévaluer le parcours contraceptif et l'adéquation de la méthode à sa situation ;
- refaire une information sur toutes les méthodes de contraception (et en particulier les méthodes de longue durée d'action [dispositifs intra-utérins, implants]) et sur les méthodes de rattrapage et s'assurer qu'elle a bien été comprise ;
- informer sur la prévention des les infections sexuellement transmissibles (IST)/Sida).

→ La consultation en post-IVG permet de vérifier si la méthode choisie est adéquate et bien adaptée à la femme, notamment au regard de l'observance.

Méthodes utilisables

→ Le préservatif (masculin, féminin) représente la seule méthode de contraception efficace contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le sida. Il est donc nécessaire d'associer un préservatif à toute autre méthode contraceptive si une protection contre les IST/sida est recherchée.

→ Les méthodes ci-après sont présentées dans l'ordre adopté par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Cette présentation ne préjuge en rien de leur niveau d'efficacité, ni de leur fréquence d'utilisation en France.

Méthodes hormonales – Estroprogestatifs (pilule, anneau vaginal, patch transdermique)

→ Les estroprogestatifs (quelle que soit la voie d'administration : pilule, patch ou anneau vaginal) **sont utilisables immédiatement après une IVG** (chirurgicale ou médicamenteuse) chez la femme ne présentant pas de contre-indications (principalement d'ordre thromboembolique veineux ou artériel[2], hépatique, carcinologique…) et en prenant en compte les facteurs de risque de thrombose (notamment antécédents personnels ou familiaux de thrombose veineuse ou artérielle, thrombophilie biologique connue, immobilisation prolongée, obésité, âge > 35 ans, HTA, diabète, dyslipidémie, tabagisme, migraine).

→ Il est recommandé de prescrire en 1re intention une pilule combinée contenant de la noréthistérone ou du lévonorgestrel contenant moins de 50 µg d'éthinylestradiol (pilules de 1re ou 2e génération)[3]. Les autres estroprogestatifs (dont anneaux et patchs) ne devraient être réservés qu'aux cas d'intolérance aux pilules de 1re ou 2e génération et aux femmes pour lesquelles un autre type de contraception n'est pas possible.

→ Les estroprogestatifs peuvent être commencés :

- le jour de l'aspiration ou le lendemain en cas d'IVG chirurgicale ;
- le jour de prise des prostaglandines ou le lendemain en cas d'IVG médicamenteuse.

→ Les femmes doivent être informées sur :

- les différentes modalités d'instauration et d'utilisation des estroprogestatifs selon leur voie d'administration : prise quotidienne, toujours au même moment de la journée pour la voie orale ;
- la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule de plus de 12 h[4] (ou de retard à la mise en place d'un patch ou d'un anneau, de décollement de patch ou de perte de l'anneau vaginal) et sur la contraception d'urgence ;
- l'efficacité contraceptive de ces méthodes (voir fiche « Efficacité des méthodes contraceptives ») ;
- leurs possibles inconvénients (mastodynies, troubles du cycle, etc.) ;
- leurs risques, notamment le risque d'accidents thromboemboliques veineux[5] ou artériels, surtout la première année après l'instauration de la méthode ou après une interruption et reprise de la méthode (informer sur les symptômes évoquant ces complications et qui doivent conduire à consulter[6]) ;
- la nécessité de signaler à tout médecin la prise d'une contraception hormonale en cas de traitement intercurrent, d'intervention chirurgicale, d'immobilisation prolongée et de trajets prolongés en position assise (avion, train, autocar, voiture…) ;
- le risque de diminution d'efficacité en cas de diarrhée ou vomissements ou d'association à certains médicaments (dont millepertuis, certains anticonvulsivants, antiprotéases, rifampicine/rifabutine, bosentan, griséofulvine, modafinil, orlistat)[7] ;
- la possibilité de faire renouveler une fois leur contraceptif oral pour une période supplémentaire de 6 mois par le pharmacien ou l'infirmière sur présentation d'une ordonnance datant de moins de 1 an.

2. Concernant le bilan biologique à réaliser lors de la prescription, se référer à la fiche mémo « Contraception : prescriptions et conseils aux femmes » (HAS, 2013).
3. Voir fiche de bon usage du médicament « Contraceptifs oraux estroprogestatifs : préférez les pilules de 1re ou 2e génération » (HAS, 2012).
4. Voir carte « Que faire en cas d'oubli de pilule ? », téléchargeable gratuitement sur le site de l'Inpes - http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1368.pdf.
5. Le risque thromboembolique veineux est de 0,5 à 1/10 000 chez les femmes non utilisatrices de pilule, 2/10 000 chez les utilisatrices d'estroprogestatifs à base de lévonorgestrel, 3 à 4/10 000 chez les utilisatrices d'estroprogestatifs à base de désogestrel ou gestodène (3e génération) ou à base de drospirénone, 6/10 000 chez les femmes au cours de la grossesse (ANSM, 2012).
6. Œdème, douleur au niveau du mollet, dyspnée, douleur thoracique, hémoptysie, apparition ou aggravation de céphalées, déformation de la bouche, hémiparésie, dysphasie, etc.
7. Pour les autres interactions médicamenteuses, se référer au résumé des caractéristiques du produit et au « Thésaurus des interactions médicamenteuses » (disponible sur le site de l'ANSM : http://ansm.sante.fr).

Méthodes hormonales – Progestatifs (pilule, implant sous-cutané, injection intramusculaire)

→ Les progestatifs (quelle que soit la voie d'administration) **sont utilisables immédiatement après une IVG** (chirurgicale ou médicamenteuse) en l'absence de contre-indications (notamment accidents thromboemboliques veineux évolutifs, saignements génitaux inexpliqués, cancer du sein ou de l'utérus, pathologie hépatique sévère actuelle ou ancienne).

→ **Les progestatifs peuvent être commencés :**

- le jour de l'aspiration ou le lendemain en cas d'IVG chirurgicale ;
- le jour de prise des prostaglandines ou le lendemain en cas d'IVG médicamenteuse.

→ Plusieurs voies d'administration sont disponibles :

- pilule microprogestative : pilule au lévonorgestrel ou au désogestrel ;
- implant à l'étonogestrel : méthode de longue durée d'action : est laissé en place et efficace pendant 3 ans (diminution possible de l'efficacité en cas de surpoids/d'obésité). Adapté aux femmes ayant des problèmes d'observance. Prendre en compte le risque de troubles menstruels (aménorrhée, spotting) pouvant être à l'origine d'un retrait prématuré du dispositif ;
- les injections d'acétate de médroxyprogestérone (tous les 3 mois) : leur indication est limitée aux cas où il n'est pas possible d'utiliser d'autres méthodes contraceptives. Compte tenu des risques potentiels (notamment thrombose veineuse, diminution de la densité minérale osseuse, prise de poids), leur utilisation doit être limitée dans le temps.

⇨

Méthodes hormonales – Progestatifs (suite)

→ Les femmes doivent être informées sur :

- les modalités d'instauration et d'utilisation des pilules microprogestatives (prise quotidienne, le retard de prise de la pilule ne doit pas dépasser 3 h pour le lévonorgestrel, 12 h pour le désogestrel), la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule et la contraception d'urgence ;
- l'efficacité contraceptive de ces méthodes (voir fiche « Efficacité des méthodes contraceptives ») ;
- les possibles troubles menstruels (métrorragies, spotting ou aménorrhée) fréquents avec ce type de contraception mais qui ne doivent pas faire arrêter la contraception sans avis d'un professionnel ;
- le risque de diminution d'efficacité en cas de diarrhée ou vomissements ou d'association à certains médicaments (dont millepertuis, certains anticonvulsivants, antiprotéases, rifampicine/rifabutine, bosentan, griséofulvine, modafinil, orlistat)[8] ;
- la possibilité de faire renouveler une fois leur contraceptif oral pour une période supplémentaire de 6 mois par le pharmacien ou l'infirmière sur présentation d'une ordonnance datant de moins de 1 an.

→ Les macroprogestatifs *per os* ne disposent pas d'AMM dans l'indication contraception.

8. Pour les autres interactions médicamenteuses, se référer au résumé des caractéristiques du produit et au « Thésaurus des interactions médicamenteuses» (disponible sur le site de l'ANSM : http://ansm.sante.fr).

Dispositifs intra-utérins (DIU) (DIU au cuivre et au lévonorgestrel [LNG])

→ **Les DIU sont utilisables après une IVG** (chirurgicale ou médicamenteuse) en l'absence de contre-indications (en particulier malformations utérines, infections en cours ou saignements inexpliqués), après avoir évalué et écarté un risque infectieux (rechercher une infection à *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae*[9] avant la pose notamment en cas d'IST, infection génitale haute en cours ou récente, âge < 25 ans, partenaires multiples). Les contre-indications du DIU au LNG sont les mêmes que celles des progestatifs.

→ **Quel que soit le DIU, il peut être mis en place :**

- immédiatement au décours de l'aspiration après une IVG chirurgicale (sauf en cas d'épisode infectieux) ;
- lors de la visite de contrôle après une IVG médicamenteuse si la vacuité utérine à l'échographie est constatée ou si le dosage de bêta-hCG plasmatique est négatif. En cas de doute, le DIU est posé lors des règles suivantes (dans ce cas, une autre contraception doit être utilisée dans l'intervalle).

→ Les femmes doivent être informées sur :

- l'efficacité contraceptive de ces méthodes (voir fiche « Efficacité des méthodes contraceptives ») ;
- leur longue durée d'action (4 à 10 ans pour les DIU au cuivre, 5 ans pour le DIU au LNG) ;
- leurs risques potentiels (risque d'expulsion, risque de perforation et de migration le plus souvent lié à la pose [exceptionne]) ;
- l'impact du DIU sur les cycles (règles plus importantes avec le DIU au cuivre, spotting, oligoménorrhée ou aménorrhée avec le DIU au LNG).

→ Le DIU au LNG est à privilégier en cas de ménorragies fonctionnelles ou de saignements abondants avec un DIU au cuivre, à condition que les femmes acceptent l'éventualité de ne plus avoir de règles.

→ Conseiller aux femmes de consulter 1 à 3 mois après la pose puis annuellement ainsi qu'en cas de douleurs pelviennes, de saignements ou de fièvre inexpliqués.

9. Ces examens sont gratuits en centre de planification ou d'éducation familiale.

Méthodes barrières (préservatifs masculins et féminins, diaphragme et cape cervicale, spermicides)

→ Ces méthodes ont une efficacité contraceptive moindre que celle de la contraception hormonale ou du DIU. Elles nécessitent que les deux partenaires soient motivés, aient bien compris leur utilisation après un apprentissage spécifique ; elles doivent être utilisées lors de tous les rapports sexuels, quelle que soit la date du cycle.

→ Compte tenu du taux d'échec élevé, l'éventualité d'une grossesse non prévue doit être acceptable sinon préférer une autre méthode.

→ Préservatifs (masculins, féminins) :

- efficacité contraceptive (voir fiche « Efficacité des méthodes contraceptives ») ;
- préservatifs en latex recommandés de préférence aux préservatifs en polyuréthane (risque de rupture ou de glissement) sauf si allergie au latex ; n'utiliser que des lubrifiants aqueux ;
- informer sur le mode d'emploi des préservatifs (masculins, féminins)[10] ;
- informer sur la conduite à tenir en cas de rupture/glissement du préservatif et sur la contraception d'urgence.

10. Voir documents de l'Inpes :
- « Mode d'emploi du préservatif féminin » – http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/616.pdf.
- « Mode d'emploi du préservatif masculin » – http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/748.pdf.

⇨

Méthodes barrières (suite)

→ Diaphragme, cape cervicale, spermicides :

- efficacité contraceptive du diaphragme/de la cape améliorée par l'association à un spermicide (voir fiche « Efficacité des méthodes contraceptives »)
- **ne sont pas efficaces pour protéger contre les IST/sida**.
- la détermination de la taille du diaphragme/de la cape, au préalable, par le praticien (médecin ou sage-femme) et l'apprentissage se font en consultation.
- les spermicides s'achètent en pharmacie sans prescription.

→ **Il est conseillé d'utiliser une méthode ne nécessitant pas de manipulation vaginale (comme le préservatif masculin), pendant le premier cycle suivant l'IVG.**

Méthodes naturelles (retrait, méthodes d'abstinence périodique et d'auto-observation)

→ Bien expliquer aux femmes/couples que ces méthodes ont un taux d'échec élevé (voir fiche « Efficacité des méthodes contraceptives »). C'est pourquoi l'éventualité d'une grossesse non prévue doit être acceptable, sinon préférer une autre méthode.

→ Ces méthodes ne protègent pas contre les IST/sida.

Méthodes de stérilisation (voir fiche stérilisation)

→ Peuvent apporter une réponse contraceptive appropriée dans certaines situations.

→ Plusieurs méthodes disponibles :

- insertion d'un dispositif intratubaire par hystéroscopie ;
- ligature des trompes et autres méthodes (électrocoagulation, pose d'anneaux ou de clips).

→ Les présenter comme irréversibles.

→ Un délai de réflexion de 4 mois doit être respecté entre la demande initiale et la réalisation de la stérilisation.

Ressources Internet

→ Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé : **www.ansm.sante.fr**

→ Association française pour la contraception : **www.contraceptions.de_grossesse.pdf**

→ Centres de planification ou d'éducation familiale : **www.sante.gouv.fr/les-centres-de-planification-ou-d-education-familiale**

→ Haute Autorité de Santé : **www.has-sante.fr**

→ Interruption volontaire de grossesse – Dossier - Guide : **http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_interruption_volontaire**

→ Institut national de prévention et d'éducation pour la santé : **www.inpes.sante.fr, www.choisirsacontraception.fr, www.onsexprime.fr, www.info-ist.fr**

→ Ministère de la Santé : **www.sante.gouv.fr** – rubrique « Contraception »

→ Mouvement français pour le planning familial : **www.planning-familial.org**

HAS

www.has-sante.fr

2 avenue du Stade de France - 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. : +33 (0) 1 55 93 70 00 - Fax : +33 (0) 1 55 93 74 00

© Haute Autorité de santé 2013 — FMContraception post-IVG— SDIP/V.combe

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Fiche Mémo

Contraception chez l'homme

Avril 2013

Cette fiche mémo, fondée sur les recommandations les plus récentes, fait partie d'un ensemble de fiches mémo concernant la contraception et complète plusieurs documents sur ce thème produits par la HAS[1]. Elle est un outil pour le professionnel de santé afin de mieux aider les femmes/les hommes à trouver la méthode de contraception qui leur convient le mieux à une période donnée de leur vie.

1. Voir fiche mémo « Contraception : prescriptions et conseils aux femmes », document de synthèse « Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles » et rapport « État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée » (HAS, 2013).

Préambule

- Comme chez la femme, la démarche de conseil et d'accompagnement doit être adaptée à l'âge et aux besoins.
- L'implication du partenaire dans le choix de la contraception permet de favoriser l'observance et l'acceptation de la méthode.
- Faire réfléchir sur les conséquences d'une grossesse non désirée.
- Informer sur la contraception d'urgence et ses modalités d'accès.

Méthodes utilisables

- Trois méthodes sont utilisables chez l'homme :
  - le préservatif masculin ;
  - la vasectomie (voir fiche stérilisation) ;
  - le retrait.
- Des recherches sont en cours sur les contraceptions hormonales pour l'homme mais leur application clinique n'est actuellement pas envisageable.

Préservatif masculin

- Seule méthode de protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST)/sida (comme le préservatif féminin).
- Efficacité contraceptive : voir fiche « Efficacité des méthodes contraceptives ».
- À utiliser seul ou en association aux autres méthodes, lors de tous les rapports sexuels, quelle que soit la date du cycle chez la partenaire.

Les règles d'utilisation d'un préservatif

- Préférer des préservatifs en latex à ceux en polyuréthane (ruptures moins fréquentes) sauf si allergie au latex.
- Vérifier la date de péremption, la norme de qualité (NF, CE) et l'intégrité de l'emballage.
- Ouvrir l'emballage à la main, ne pas utiliser d'objet tranchant, attention à ne pas abîmer le préservatif avec les ongles.
- Placer le préservatif sur le pénis en érection, avant tout contact entre le pénis et le corps de la partenaire afin de prévenir les IST et le risque de grossesse.
- Dérouler le préservatif jusqu'à la base du sexe en érection.
- N'utiliser que des lubrifiants aqueux (jamais de vaseline ou de corps huileux).
- Dès la fin du rapport et avant la fin de l'érection, se retirer en maintenant le préservatif à la base du pénis.
- Nouer le préservatif usagé puis le jeter à la poubelle.
- Laver le pénis à l'eau savonneuse avant tout autre contact.

Méthode de stérilisation – Vasectomie (voir fiche stérilisation)

- Peut apporter une réponse contraceptive appropriée dans certaines situations.
- La présenter comme irréversible.
- Ne peut pas être pratiquée sur un mineur.
- Respecter un délai de réflexion de 4 mois entre la demande initiale et la réalisation de la stérilisation[2].
- Associer un préservatif (masculin, féminin) si une protection contre les IST/sida est recherchée car la stérilisation ne protège pas contre les IST/sida.

2. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (codifiée à l'article L. 2123-1 du CSP).

Méthode naturelle (retrait)

- Chez les couples qui choisissent cette méthode, compte tenu de son taux élevé d'échec (voir fiche « Efficacité des méthodes contraceptives »), l'éventualité d'une grossesse non prévue doit être acceptable, sinon préférer une autre méthode.

Ressources Internet

- Stérilisation à visée contraceptive – livret d'information : **www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/BD-Sterilisation-25oct2012.pdf**
- Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé : **www.ansm.sante.fr**
- Association française pour la contraception : **www.contraceptions.org**
- Centres de planification ou d'éducation familiale : **www.sante.gouv.fr/les-centres-de-planification-ou-d-education-familiale**
- Haute Autorité de Santé : **www.has-sante.fr**
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé : **www.inpes.sante.fr, www.choisirsacontraception.fr, www.onsexprime.fr, www.info-ist.fr**
- Ministère de la Santé : **www.sante.gouv.fr** – rubrique « Contraception »
- Mouvement français pour le planning familial : **www.planning-familial.org**

HAS
www.has-sante.fr
2 avenue du Stade de France - 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. : +33 (0) 1 55 93 70 00 - Fax : +33 (0) 1 55 93 74 00

© Haute Autorité de santé 2013 — FMContraception Homme — SDIP/V.combe

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Fiche Mémo

Stérilisation à visée contraceptive chez l'homme et chez la femme

Avril 2013

Cette fiche mémo, fondée sur les recommandations les plus récentes, fait partie d'un ensemble de fiches mémo concernant la contraception et complète plusieurs documents sur ce thème produits par la HAS[1]. Elle est un outil pour le professionnel de santé afin de mieux aider les femmes/les hommes à trouver la méthode de contraception qui leur convient le mieux à une période donnée de leur vie.

1. Voir fiche mémo « Contraception : prescriptions et conseils aux femmes », document de synthèse « Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles » et rapport « État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée » (HAS, 2013).

Préambule

- La loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception précise que la stérilisation ne peut être pratiquée que sur une personne majeure. La même loi définit des conditions particulières pour les majeurs handicapés[2]
- Chez la personne majeure, la loi ne prévoit pas de condition d'âge, de nombre d'enfants ou de statut marital.

2. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (codifiée à l'article L. 2123-1 du CSP). Pour les « personnes dont l'altération des facultés mentales constitue un handicap », cette même loi définit des conditions très précises pour pouvoir mettre en œuvre une contraception.

Consultations préalables à l'intervention

Consultation initiale

- Discuter avec la personne des motifs de sa demande.
- S'assurer que la volonté de la personne est « libre, motivée et délibérée ». La responsabilité du choix de la stérilisation relève de la seule personne concernée par l'intervention mais il lui est possible, si il (elle) le désire, d'associer sa (son) partenaire. Cependant, seul le consentement de l'intéressé(e) est recueilli.
- Informer sur les méthodes contraceptives alternatives, les techniques de stérilisation et leur principe, les modalités de l'intervention, leur efficacité contraceptive, leur irréversibilité, les risques et complications, évoquer le risque de regret potentiel. L'information doit être hiérarchisée, compréhensible, personnalisée, adaptée aux connaissances de la personne.
- Rechercher d'éventuelles situations nécessitant des précautions d'emploi. S'informer de l'âge de la personne, du nombre d'enfants et de l'âge du dernier enfant, du nombre d'interruptions volontaires de grossesse chez la femme, de l'utilisation antérieure d'autres méthodes contraceptives.
- Proposer au besoin à la personne un accompagnement pour l'aider à prendre sa décision (conseiller conjugal et familial, psychologue ou psychiatre).
- Remettre à la personne le livret d'information du ministère de la Santé sur la stérilisation à visée contraceptive ainsi qu'une attestation de consultation.
- Informer la personne et l'orienter vers un médecin qui pratique cet acte si le médecin consulté ne le réalise pas.

Délai de réflexion

- Respecter un délai de réflexion de 4 mois entre la demande initiale et la réalisation de la stérilisation.

Consultation préopératoire suivante

- Demander à la personne de confirmer par écrit sa volonté d'accéder à l'intervention à visée de stérilisation.

Réalisation de l'acte en établissement de santé (public ou privé)

Stérilisation chez l'homme : information à délivrer à la personne

- Une seule méthode est disponible : la vasectomie.
- Cette méthode doit être présentée comme permanente et irréversible.
- Le taux de grossesses non souhaitées pour 100 femmes la 1re année est de 0,10 % en pratique optimale, 0,15 % en pratique courante[3].
- La fréquence et la nature des complications (parmi lesquelles hématomes, infections, douleur scrotale) varient selon les techniques et les voies d'abord.
- La vasectomie n'a pas d'impact sur l'apparence physique, ne modifie pas la qualité de l'érection, de l'éjaculation, le désir et le plaisir sexuel.
- La vasectomie ne protège pas contre les infections sexuellement transmissibles (IST)/sida. Associer un préservatif (masculin, féminin) si une protection contre les IST/sida est recherchée.

La vasectomie

- Réalisée en établissement de santé, elle se fait le plus souvent en ambulatoire sous anesthésie locale, parfois sous anesthésie générale. Une hospitalisation avec hébergement n'est généralement pas nécessaire.
- Consiste à couper ou obturer les canaux déférents auxquels on accède par une incision de la peau des bourses. Cette obturation empêche alors le passage des spermatozoïdes vers la verge et aboutit à une azoospermie.
- N'est pas efficace immédiatement mais au bout de 8 à 16 semaines et environ 20 éjaculations pour la disparition des spermatozoïdes. Un spermogramme est réalisé afin de s'assurer de l'azoospermie. Durant cette période, il est recommandé de recourir à une méthode de contraception complémentaire.
- Le recours à une opération restauratrice est possible mais le résultat aléatoire.

Stérilisation chez la femme : information à délivrer à la personne

- Plusieurs méthodes sont disponibles :
  - l'insertion de dispositif intratubaire par hystéroscopie ;
  - la ligature des trompes et autres techniques (électrocoagulation, pose d'anneaux ou de clips).
- Ces méthodes doivent être présentées comme permanentes et irréversibles. Le recours à une opération restauratrice est parfois possible mais le résultat aléatoire.
- Le taux de grossesses non souhaitées pour 100 femmes la 1re année d'utilisation est de 0,5 % en pratique optimale ou courante[3]. Tout retard de règles doit amener à consulter un médecin ou une sage-femme.
- La fréquence et la nature des complications varient selon les techniques et les voies d'abord.
- Ces interventions n'ont pas d'impact sur l'équilibre hormonal, le désir et le plaisir sexuel.
- Ces méthodes ne protègent pas contre les IST/Sida. Associer un préservatif (masculin, féminin) si une protection contre les IST/sida est recherchée.

L'insertion d'un dispositif intratubaire

- Réalisée en établissement de santé, dans des conditions d'asepsie de bloc opératoire.
- Se fait par hystéroscopie ; est réalisable sans anesthésie générale et ne nécessite pas d'hospitalisation habituellement.
- Consiste à insérer un micro-implant dans la trompe ce qui entraîne une fibrose progressive et une obstruction totale au bout de 3 mois.
- N'est donc pas efficace immédiatement mais seulement au bout de 3 mois. Un contrôle du bon positionnement du dispositif par radiographie (abdomen sans préparation) ou par échographie doit être réalisé au bout de 3 mois et montré au médecin responsable de la stérilisation. Durant cette période, il est recommandé de recourir à une méthode contraceptive complémentaire.
- La reperméabilisation chirurgicale est impossible.

La ligature des trompes et autres méthodes (électrocoagulation, pose d'anneaux ou de clips)

- Réalisées en établissement de santé, elles se font généralement par voie cœlioscopique, plus rarement par laparotomie (au décours d'une autre intervention, césarienne par exemple) ou par culdoscopie.
- Nécessitent une hospitalisation de 1 à 3 jours et habituellement une anesthésie générale.
- Sont immédiatement efficaces.
- La reperméabilisation chirurgicale est possible mais difficile et d'efficacité incertaine.

3. Efficacité contraceptive exprimée en taux de grossesses non souhaitées pour 100 femmes la 1re année d'utilisation. L'efficacité en utilisation optimale correspond à celle obtenue dans les essais thérapeutiques. Source des données : efficacité en utilisation optimale et en utilisation courante aux États-Unis : OMS : Trussel J. *Summary table of contraceptive efficacy. In:* Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Cates W, Kowal D, Policar M, ed. *Contraceptive technology: twentieth revised edition. New York: Ardent Media*; 2011.

Ressources Internet

- Stérilisation à visée contraceptive - livret d'information : **www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/BD-Sterilisation-25oct2012.pdf**
- Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé : **www.ansm.sante.fr**
- Association française pour la contraception : **www.contraceptions.org**
- Centres de planification ou d'éducation familiale : **www.sante.gouv.fr/les-centres-de-planification-ou-d-education-familiale**
- Haute Autorité de Santé : **www.has-sante.fr**
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé : **www.inpes.sante.fr, www.choisirsacontraception.fr, www.onsexprime.fr, www.info-ist.fr**
- Ministère de la Santé : **www.sante.gouv.fr** - rubrique « Contraception »
- Mouvement français pour le planning familial : **www.planning-familial.org**

www.has-sante.fr

2 avenue du Stade de France - 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. : +33 (0) 1 55 93 70 00 - Fax : +33 (0) 1 55 93 74 00

© Haute Autorité de santé 2013 — FMSterilisation-contraceptive — SDIP/V.combe

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Fiche Mémo

Contraception d'urgence

Avril 2013

Cette fiche mémo, fondée sur les recommandations les plus récentes, fait partie d'un ensemble de fiches mémo concernant la contraception et complète plusieurs documents sur ce thème produits par la HAS[1].

1. Voir fiche mémo « Contraception : prescriptions et conseils aux femmes », document de synthèse « Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles », rapport « État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée » et recommandations en santé publique : « Contraception d'urgence : prescription et délivrance à l'avance » (HAS, 2013).

Préambule

→ La contraception d'urgence désigne les méthodes contraceptives qu'une femme peut utiliser pour prévenir la survenue d'une grossesse non prévue après un rapport non ou mal protégé (échec ou usage défectueux d'une méthode contraceptive comme l'oubli de la pilule ou la déchirure d'un préservatif).

→ **La contraception d'urgence hormonale est une méthode de rattrapage qui ne vise pas à être utilisée de façon régulière notamment en raison du risque d'échec plus élevé que les contraceptions régulières.**

Méthodes utilisables

	Lévonorgestrel (LNG) *per os* (dose unique de 1,5 mg)	Ulipristal acétate (UPA) *per os* (dose unique de 30 mg)	Dispositifs intra-utérins (DIU) au cuivre
Mode d'action	Progestatif agissant principalement en inhibant ou en retardant l'ovulation	Modulateur sélectif des récepteurs à la progestérone agissant principalement par inhibition ou retardement de l'ovulation	→ Effet cytotoxique du cuivre sur les gamètes inhibant ainsi la fécondation → Inflammation locale de l'endomètre empêchant l'implantation dans l'utérus de l'ovocyte fécondé
Délai d'utilisation possible	**D'autant plus efficace qu'elle est utilisée précocement après le rapport non ou mal protégé**		→ **Jusqu'à 120 h (5 jours)** après un rapport sexuel non ou mal protégé
	→ **Jusqu'à 72 h (3 jours)** après un rapport sexuel non ou mal protégé (indication de l'AMM) **mais de préférence dans les 12 h après le rapport**, à n'importe quelle période du cycle menstruel sauf en cas de retard des règles	→ **Jusqu'à 120 h (5 jours)** après un rapport sexuel non ou mal protégé, à n'importe quelle période du cycle menstruel, sauf en cas de retard des règles	
Principales contre-indications	→ Hypersensibilité au LNG	→ Hypersensibilité à l'UPA → Grossesse	→ Celles des DIU (en particulier malformations utérines, infections en cours ou saignements inexpliqués) → **La nulliparité/nulligestité n'est pas une contre-indication**

⇨

Méthodes utilisables (suite)

	Lévonorgestrel (LNG) *per os* (dose unique de 1,5 mg)	Ulipristal acétate (UPA) *per os* (dose unique de 30 mg)	Dispositifs intra-utérins (DIU) au cuivre
Principales précautions d'emploi[2]	→ Déconseillé chez les femmes présentant un risque de grossesse ectopique (antécédents de salpingite ou de grossesse extra-utérine) → Après la prise de LNG, allaitement non recommandé pendant 8 heures (allaiter juste avant la prise du comprimé) → L'utilisation répétée de la contraception d'urgence au LNG semble possible[3]	→ Non recommandé en cas d'insuffisance hépatique sévère et d'asthme sévère insuffisamment contrôlé par un glucocorticoïde oral → Après la prise d'UPA, allaitement non recommandé pendant une semaine (au cours de cette période, tirer et jeter le lait maternel afin de maintenir la stimulation de la lactation) → Ne pas utiliser plus d'une fois au cours d'un même cycle	→ Avant la pose, évaluer et écarter un risque infectieux[4]
Effets indésirables	→ Généralement modérés et de courte durée : **troubles des règles** (spotting, retard de règles ou règles en avance), fatigue, nausées, vomissements, douleurs abdominales, diarrhées, céphalées, vertiges, tension mammaire	→ Généralement modérés et de courte durée : **troubles des règles** (spotting, retard de règles ou règles en avance), fatigue, nausées, vomissements, douleurs abdominales, céphalées, vertiges, tension mammaire, troubles de l'humeur, myalgies, douleurs dorsales, douleurs pelviennes	→ Ceux propres au DIU en général : • risque d'expulsion, risque de perforation lié à la pose (exceptionnel) • effets sur les règles (règles plus importantes ou dysménorrhée)
Interactions médicamenteuses	→ Inducteurs enzymatiques (anticonvulsivants, [phénobarbital, phénytoïne, primidone, carbamazépine], rifabutine, rifampicine, griséofulvine, ritonavir, millepertuis)	→ Inducteurs enzymatiques (anticonvulsivants, [phénobarbital, phénytoïne, primidone, carbamazépine], rifabutine, rifampicine, griséofulvine, ritonavir, millepertuis) → Autres contraceptions hormonales (estroprogestatives ou progestatives seules) : réduction possible de l'action contraceptive → LNG dans le cadre d'une contraception d'urgence : utilisation simultanée d'UPA non recommandée	→ Aucune
Modalités d'accès	→ **Pharmacie** • directement sans prescription médicale (anonyme et gratuit pour les mineures en situation d'urgence – sinon, non remboursé) • après prescription par un médecin ou une sage-femme (remboursement à 65 %) → **Centres de planification et d'éducation familiale :** délivrance anonyme et gratuite pour les mineures et pour les majeures sans couverture sociale → **Infirmeries scolaires :** délivrance anonyme et gratuite pour les élèves des collèges et lycées (mineures ou majeures) → **Services universitaires et interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé :** délivrance anonyme et gratuite pour les étudiants	→ Nécessité d'une prescription par un médecin ou une sage-femme pour la délivrance et le remboursement à 65 %[5]	

⇨

2. Pour les autres précautions d'emploi, se référer au résumé des caractéristiques du produit.
3. L'utilisation répétée de la contraception d'urgence au LNG est hors AMM. Néanmoins, les recommandations sur les critères d'éligibilité aux contraceptions de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2009), du *Centers for Disease Control* (CDC, 2010) et de la *Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare* (FSRH, 2009) s'accordent sur la possibilité d'utiliser plus d'une fois au cours d'un même cycle la contraception au lévonorgestrel (catégorie 1), sans effets indésirables notoires démontrés. Dans cette situation, il est recommandé de conseiller la femme en matière de contraception. De plus, il est précisé que l'utilisation fréquemment répétée peut être nocive chez les femmes ayant une pathologie rangée dans la catégorie 2, 3 ou 4 des critères d'éligibilité pour les estroprogestatifs ou les progestatifs. Catégorie 1 : méthode utilisable sans aucune restriction d'utilisation, suivi normal ; catégorie 2 : méthode utilisable de manière générale avec un suivi plus attentif qu'en règle normale ; catégorie 3 : méthode contre-indiquée de manière générale, à moins qu'une autre méthode appropriée ne soit disponible ou acceptable ; elle nécessite un suivi rigoureux ; catégorie 4 : méthode non recommandée, à proscrire.
4. Rechercher une infection à *Chlamydia trachomatis et Neisseria gonorrhoeae* avant la pose, notamment en cas d'infection sexuellement transmissible, d'infection génitale haute en cours ou récente, d'âge < 25 ans, de partenaires multiples.
5. Pour les DIU, remboursement à 65 % du prix limite de vente (30,50 euros).

Méthodes utilisables (fin)

	Lévonorgestrel (LNG) *per os* (dose unique de 1,5 mg)	Ulipristal acétate (UPA) per os (dose unique de 30 mg)	Dispositifs intra-utérins (DIU) au cuivre
Informations/ conseils aux femmes	→ Adopter une méthode contraceptive complémentaire (préservatifs) jusqu'au début des règles suivantes → **Informer sur la possibilité de l'avance ou du retard des règles** → **Réaliser un test de grossesse** si les règles ne surviennent pas dans les 5 à 7 jours après la date attendue, ou en cas de saignements anormaux à la date prévue des règles, ou en cas de signes évocateurs de grossesse → En cas de vomissements survenant dans les 3 heures suivant la prise du comprimé ou en cas de fortes diarrhées, reprendre immédiatement un comprimé → Informer sur les méthodes de contraception régulières et proposer une consultation dédiée		→ Rappeler que la pose d'un DIU dans le cadre d'une contraception d'urgence **représente également une méthode de contraception régulière efficace** (au minimum 4 ans) → Informer sur les complications potentielles et les symptômes les évoquant → Programmer une consultation 1 à 3 mois après la pose puis annuellement ainsi qu'en cas de douleurs pelviennes, de saignements ou de fièvre inexpliqués
	Informer sur la prévention des infections sexuellement transmissibles/sida et proposer un dépistage, ainsi qu'au(x) partenaire(s), si nécessaire		

Ressources Internet

- → Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé : **www.ansm.sante.fr**
- → Association fil-santé jeunes : **www.filsantejeunes.com**
- → Association française pour la contraception : **www.contraceptions.org**
- → Centres de planification ou d'éducation familiale : **www.sante.gouv.fr/les-centres-de-planification-ou-d-education-familiale**
- → Haute Autorité de Santé : **www.has-sante.fr**
- → Institut national de prévention et d'éducation pour la santé : **www.inpes.sante.fr, www.choisirsacontraception.fr, www.onsexprime.fr, www.info-ist.fr**
- → Ministère de la Santé : **www.sante.gouv.fr** - rubrique « Contraception »
- → Mouvement français pour le planning familial : **www.planning-familial.org**

HAS

www.has-sante.fr

2 avenue du Stade de France - 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. : +33 (0) 1 55 93 70 00 - Fax : +33 (0) 1 55 93 74 00

© Haute Autorité de santé 2013 — FMContraception d'urgence— SDIP/V.combe

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Efficacité des méthodes contraceptives

Efficacité contraceptive et taux d'abandon de la méthode après un an au États-Unis et en France, adapté de l'OMS (OMS 2011 b).
Données extraites de « État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée », HAS 2013

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

Les taux publiés par l'OMS proviennent largement des États-Unis (Trussel 2011). Les taux pour la France sont issus de l'étude Cocon (Moreau 2007, Moreau 2009) ; En fonction du taux de grossesse au cours de la 1re année d'utilisation, la méthode est considérée par l'OMS comme : < 1 : très efficace ; 1 – 9 : efficace ; 10 – 25 : modérément efficace ; 26 – 32 : moins efficace

[1]tout type de DIU (cuivre et lévonorgestrel) ; [2]diaphragme avec spermicide ; [3]les éponges spermicides ont été retirées du marché en mars 2013 ; [4]femmes uni/multipares : 24 ; femmes nullipares : 12 ; [5]spermicide ou éponge ; [6]femmes uni/multipares : 20 ; femmes nullipares : 9 ; [7]méthode sympto-thermique : 0,4 ; méthode de l'ovulation : 3 ; méthode des 2 jours : 4 ; méthode des jours fixes : 5 ; [8]femmes uni/multipares : 32 ; femmes nullipares : 16 ; [9]femmes uni/multipares : 26 ; femmes nullipares : 9

Références

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

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

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

Trussel J. *Summary table of contraceptive efficacy.* In: Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Cates W, Kowal D, Policar M, ed. *Contraceptive technology: twentieth revised edition. New York: Ardent Media*; 2011. p. http://www.contraceptivetechnology.com/

www.has-sante.fr

2 avenue du Stade de France - 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX

Tél. : +33 (0) 1 55 93 70 00 - Fax : +33 (0) 1 55 93 74 00

© Haute Autorité de santé 2013 –TB Efficacité contraceptive – SDIP/Vcombe

Campagne grand public : plan média

1/ A destination du grand public

- **4 spots radio Métropole (35 sec)**

  Diffusion du samedi 18 mai au dimanche 9 juin 2013 inclus : dispositif construit sur 3 blocs Sa-Ma + 1 bloc Sa-Di : soit 14 jours actifs.

  Stations : NRJ, Les indépendants, Skyrock, Fun Radio, Virgin Radio, Chérie FM

- **2 spots radio DOM (35 sec)**

  Diffusion du samedi 18 mai au 4 juin 2013 inclus : dispositif construit sur des semaines complètes soit 18 jours actifs

  Stations :
  - **Guadeloupe**: RCI Guadeloupe, 1ere Guadeloupe, NRJ Guadeloupe
  - **Martinique**: RCI Martinique, NRJ Martinique, Trace Martinique
  - **Guyane**: Guyane 1ere (RFO), Metis FM Guyane, NRJ Guyane, Trace Guyane
  - **Réunion**: Exo, NRJ Réunion, Freedom Réunion,
  - **Mayotte**; 1ere Mayotte, RMJ

- **Une campagne digitale**

  Diffusion du jeudi 23 mai au 12 juin

  Des bannières présentes sur les sites *Auféminin, Marie-Claire, Plurielles, Purepeople, Madmoizelle, Confidentielles, MSN, Deezer, Skyboard (Pack de sites loisirs et sorties), Skyrock, Facebook… et sur les sites accessibles depuis* mobile.

  Mise en place de liens éditoriaux sur les sites de *Elle, Grazia, Top Santé, Cosmopolitan, Version Fémina L'Express, JDD, 20minutes, Be, Psychologie, Actustar, libération, Première, La Tribune, TF1news, SFR, France24, Purecharts, NRJ…*

  Deux partenariats éditoriaux avec les sites mobiles *Closer.fr et Cosmopolitan.fr*

2/ A destination des professionnels de santé

- **Diffusion de l'Essentiel « Contraception : comment mieux la personnaliser ? »**

  Diffusion à partir du 15 mai 2013 dans les titres *Concours Médical, Généraliste, Médecine, Quotidien du Médecin, Revue du praticien médecine générale, Revue du praticien Monographie, TLM, Cahiers SYNGOF, Gynécologie pratique, Gynécologue obstétrique et Fertilité, Journal de Gynécologie, Lettre du gynécologue, Médecine thérapeutique médecine de la reproduction gynécologie endocrinologie, Dossiers de l'obstétrique, Profession sage-femme, revue sage-femme*

Scripts des 4 spots Radio Métropole

Spot 1

- Voix féminine: Moi j'oublie régulièrement ma pilule, ça me stresse… J'aimerais bien changer de contraceptif pour pas avoir à y penser tous les jours.

- Voix féminine : Moi j'ai pas de copain, donc pour l'instant, quand j'en ai besoin, le préservatif, c'est parfait pour moi.

- Voix masculine: Nous on vient d'avoir un bébé - *Voix féminine :* Oui et ma sage-femme m'a dit que c'était peut-être le bon moment pour trouver une nouvelle contraception, du coup je pense essayer l'anneau vaginal.

La contraception qui vous convient existe. Pour vous aider à la choisir, parlez-en à votre médecin ou à une sage-femme, demandez conseil à votre pharmacien ou rendez-vous sur choisirsacontraception.fr. C'était un message du ministère de la Santé et de l'Inpes.

Spot 2

- Voix féminine : Moi je prends la pilule depuis 10 ans, et rien à dire... elle me convient parfaitement.

- Voix féminine : Moi, je ne voulais pas d'hormones, j'en ai parlé avec ma gynéco et elle m'a conseillé un « dispositif intra-utérin au cuivre », un stérilet quoi!

- Voix féminine : Moi je me souviens de ma mère qui ne connaissait que deux méthodes de contraception, aujourd'hui je peux en citer 12!

La contraception qui vous convient existe. Pour vous aider à la choisir, parlez-en à votre médecin ou à une sage-femme, demandez conseil à votre pharmacien ou rendez-vous sur choisirsacontraception.fr. C'était un message du ministère de la Santé et de l'Inpes.

Spot 3

- Voix masculine : Moi, ma femme fume, notre médecin nous a dit que c'était déconseillé avec sa contraception, il nous a proposé d'autres solutions. On y réfléchit… En attendant, on utilise le préservatif.

- Voix féminine : Moi, je suis à nouveau célibataire… alors nouvelle vie, nouvelle contraception !

- Voix féminine : Moi pendant des années ma contraception c'était tous les jours. Et maintenant avec le patch qu'on m'a prescrit, c'est plus qu'une fois par semaine !

La contraception qui vous convient existe. Pour vous aider à la choisir, parlez-en à votre médecin ou à une sage-femme, demandez conseil à votre pharmacien ou rendez-vous sur choisirsacontraception.fr. C'était un message du ministère de la Santé et de l'Inpes.

Spot 4

- Voix féminine : Moi j'ai envie d'une contraception discrète, comme l'implant par exemple.

- Voix masculine : Moi, depuis le jour où j'ai cru que j'allais être père alors que c'était pas du tout dans mes projets, je m'intéresse à la contraception. Maintenant, à chaque nouvelle relation, j'en parle systématiquement…

- Voix féminine : Moi je fume ; j'aimerais bien arrêter mais en attendant, j'ai choisi une contraception adaptée : j'ai un stérilet. Enfin… un « dispositif intra-utérin » sans hormone.

La contraception qui vous convient existe. Pour vous aider à la choisir, parlez-en à votre médecin ou à une sage-femme, demandez conseil à votre pharmacien ou rendez-vous sur choisirsacontraception.fr. C'était un message du ministère de la Santé et de l'Inpes.

Scripts des 2 spots Radio DOM

Spot 1

- Voix féminine : Moi j'oublie régulièrement ma pilule, ça me stresse… J'aimerais bien changer de contraceptif pour pas avoir à y penser tous les jours.

- Voix masculine : Nous on vient d'avoir un bébé

- Voix féminine : on s'est dit que c'était peut-être le bon moment pour trouver une nouvelle contraception, du coup je pense essayer l'anneau vaginal.

- Voix féminine : Moi j'ai pas de copain, donc pour l'instant, quand j'en ai besoin, le préservatif, c'est parfait pour moi.

La contraception qui vous convient existe. Pour vous aider à la choisir, parlez-en à votre médecin ou à une sage-femme, demandez conseil à votre pharmacien ou rendez-vous sur choisirsacontraception.fr. C'était un message du ministère de la Santé et de l'Inpes.

Spot 2

- Voix féminine : Moi j'ai envie d'une contraception discrète, comme l'implant par exemple.

- Voix féminine : Moi je fume ; j'aimerais bien arrêter mais en attendant, on m'a prescrit une contraception adaptée : j'ai un stérilet. Enfin… un « dispositif intra-utérin » sans hormone.

- Voix masculine : Moi, depuis le jour où j'ai cru que j'allais être père alors que c'était pas dans mes projets, je m'intéresse à la contraception. Maintenant, à chaque nouvelle relation, j'en parle systématiquement…

La contraception qui vous convient existe. Pour vous aider à la choisir, parlez-en à votre médecin ou à une sage-femme, demandez conseil à votre pharmacien ou rendez-vous sur choisirsacontraception.fr. C'était un message du ministère de la Santé et de l'Inpes.

Visuels des bannières

LES ESSENTIELS DE L'INPES

LA CONTRACEPTION : Comment mieux la personnaliser ?

www.inpes.sante.fr
inpes
Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Aider au choix pour favoriser une contraception adaptée.
Il n'y a pas de contraception valable pour toutes les femmes : chacune est un cas unique. C'est la situation affective, le mode de vie, le rapport au corps qui guident le choix de la contraception. Trouver la contraception qui correspond le mieux à sa patiente peut prendre du temps. **La consultation de suivi offre l'opportunité** d'aborder les problèmes d'observance, responsables de nombreux échecs contraceptifs, et de réorienter le choix initial, si nécessaire. Afin de promouvoir la diversité de l'offre contraceptive et d'inviter les femmes et les hommes à échanger sur ce sujet, l'Inpes lance du 18 mai au 12 juin une campagne à destination du grand public.

DES REPÈRES POUR VOS CONSULTATIONS [5]

Évaluer la satisfaction, l'observance et la tolérance de la méthode contraceptive

« Avez-vous des questions concernant votre contraception actuelle ? »
« Êtes-vous satisfaite de votre moyen de contraception ? »
« Rencontrez-vous des problèmes avec votre méthode contraceptive ? »
« En avez-vous parlé à votre partenaire ? »

Pour les utilisatrices de contraception orale

• Explorer le sujet des oublis de pilule : les connaissances et l'attitude en cas d'oubli.
« La dernière fois que vous avez oublié de prendre un comprimé, c'était dans quelles circonstances ? »
« Que faites-vous en cas d'oubli ? »
« Avez-vous eu envie d'arrêter la pilule ? Si oui, pourquoi ? »

• Fournir des conseils pour une prise en routine et inviter la patiente à réfléchir à l'horaire le mieux adapté à ses activités. Conseiller de lire attentivement la notice de la pilule et proposer d'en reparler s'il y a des questions.

• Apporter une information sur la conduite à suivre en cas d'oubli de pilule *(remise de la carte Inpes : Que faire en cas d'oubli de pilule?)* et sur les méthodes de rattrapage possibles, dont la contraception d'urgence.

• Expliquer quand et comment utiliser la CU, indiquer celle en vente libre en pharmacie. Au cas par cas, associer le renouvellement de la pilule avec la rédaction d'une ordonnance de CU.

Assurer le suivi et réaliser le bilan de prévention

• Explorer notamment les problèmes de santé et les prises médicamenteuses éventuels depuis la dernière consultation.

• Pratiquer notamment : poids, IMC, TA, examen des seins et gynécologique, si besoin ; 2 frottis cervico-vaginaux à un an d'intervalle, puis tous les 3 ans, à partir de 25 ans ; examens biologiques : cholestérolémie totale, LDL et HDL cholestérol, triglycéridémie, glycémie à jeun tous les 5 ans si contraception œstroprogestative (pilule, anneau, patch).

Explorer la protection contre les IST et le VIH

• Expliquer que le préservatif est la seule méthode qui protège contre les IST. Insister sur l'intérêt d'une double protection (préservatif + autre contraceptif).

• Offrir la possibilité d'un dépistage du VIH, notamment à l'occasion du bilan sanguin de surveillance des patientes prenant une contraception orale.

En cas d'insatisfaction ou de difficultés

• Explorer la connaissance d'autres méthodes et rappeler la diversité des moyens de contraception.
« Quelles sont les méthodes contraceptives que vous connaissez ? Qu'en pensez-vous ? »
« Voulez-vous essayer une autre méthode ? »
« Je vous propose de consulter le site www.choisirsacontraception.fr, *ainsi que la brochure, d'y réfléchir et que nous en reparlions ».*
(remise de la brochure Inpes : « Choisir sa contraception »)

• Proposer de réfléchir à une contraception longue durée (par exemple : DIU, implant, injections trimestrielles).

Chez les femmes utilisant une contraception œstroprogestative de 3e ou 4e génération, le surrisque thromboembolique veineux ne justifie pas un arrêt brutal de cette contraception jusque-là bien supportée. À l'issue de la prescription en cours, vous pourrez proposer à votre patiente une autre méthode contraceptive plus appropriée pour elle (autre contraceptif hormonal, dispositif intra-utérin, etc.).

CHIFFRES CLÉS

• En France, plus de **9 femmes sur 10*** ne souhaitant pas avoir d'enfant utilisent une méthode contraceptive[1]
• **1 femme sur 2** ne souhaitant pas avoir d'enfant prennent la pilule (3 sur 4 chez les 20-24 ans)[1]
• Parmi les grossesses non prévues, **2 sur 3 surviennent** chez des femmes utilisant une contraception[2]
• **56 %** des femmes utilisant une contraception prennent la pilule (83 % chez les 20-24 ans)[1], mais seulement **34 %** des femmes prenant la pilule disent ne jamais l'oublier[3]
• **23 %** des femmes qui ont une IVG prenaient la pilule[4]

DOCUMENTS DESTINÉS AUX PROFESSIONNELS

– *« Méthodes contraceptives - Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles »*, HAS, 2013
– *Fiche « Contraception : prescriptions et conseils aux femmes »*, HAS, 2013
– *Pour plus d'informations, consultez le site* www.has-sante.fr

POUR VOS PATIENTS, DES SUPPORTS POUR LA DISCUSSION

– La brochure et l'affiche *« Choisir sa contraception »*
– La carte *« Que faire en cas d'oubli ? »*
– La brochure *« Questions d'ados »*
– Le site *www.choisirsacontraception.fr*

POUR COMMANDER

(gratuit, dans la limite des stocks)

Par e-mail : edif@inpes.sante.fr

Par fax : 01 49 33 23 91

Par courrier : Inpes, service Diffusion
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis Cedex

SOURCES

* Femmes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, ne sont pas stériles ni enceintes et ne souhaitent pas être enceintes.
(1) Bajos N., Bohet A., Le Guen M., Moreau C., l'équipe de l'enquête Fecond. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Population & Sociétés, 2012, n°492 : 4 p. (2) Bajos N., Leridon H., Goulard H., Oustry P., Job-Spira N., Cocon Group. Contraception: from accessibility to efficiency. *Human reproduction*, 2003, vol. 18, n°5 : p. 994-999 - (3) Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). *Les Français et la contraception*, Inpes, BVA, 2007 : 47 p. En ligne : http://www.choisirsacontraception.fr/pdf/francais_et_contraception.pdf - (4) Bajos N., Lamarche-Vadel A., Gilbert F., Ferrand M. I., Group C., Moreau C. Contraception at the time of abortion: high-risk time or high-risk women? Human reproduction, 2006, vol. 21, n°11 : p. 2863 - (5) Le guide BERCER de l'OMS et l'université Johns Hopkins isolent une étape de « Retour pour visite de suivi ». Anaes, Afssaps, Inpes. *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme : recommandations pour la pratique clinique. Argumentaire.* Saint-Denis : Anaes, 2004 : p. 154-198.

Une information de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (www.inpes.sante.fr).

Extrait des lettres d'information aux professionnels de santé

Lettre aux 115 000 médecins et aux 6 500 sages-femmes (juin 2013)

Contraception, stérilisation : nouveau guide HAS

La Haute Autorité de Santé (HAS) a rédigé un guide des méthodes de contraception et de stérilisation efficaces, qu'elles soient prises en charge ou non par l'Assurance Maladie. Ce guide, disponible sur le site de la HAS depuis le 31 mars, s'appuie sur les travaux et les données publiques les plus récents.

Ce guide insiste sur le fait qu'une méthode de contraception doit tenir compte impérativement des contre-indications, des préférences des personnes et de la tolérance clinique individuelle. Pour vous aider, la HAS vous propose des fiches pratiques sur certaines situations particulières. Thème de la première fiche : prescription et conseil d'une méthode contraceptive chez la femme.

Jeunes filles mineures : contraception gratuite en pharmacie

La loi garantit le secret de la délivrance et de la prise en charge des contraceptifs afin de faciliter l'accès à la contraception pour les jeunes filles mineures. Par ailleurs, la délivrance des contraceptifs remboursables : spécialités pharmaceutiques et dispositifs médicaux, pour les jeunes filles à partir de 15 ans, se fait sans avance de frais. Pour cela il est indispensable de la leur prescrire sur une ordonnance « Isolée » précisant, notamment leur identité, leur âge et la mention « contraception mineure ».

Lettre aux 23 000 pharmaciens (juin 2013)

Jeunes filles mineures : contraception gratuite en pharmacie

La loi garantit le secret de la délivrance et de la prise en charge des contraceptifs afin de faciliter l'accès à la contraception pour les jeunes filles mineures. Par ailleurs, la délivrance des contraceptifs remboursables : spécialités pharmaceutiques et dispositifs médicaux, pour les jeunes filles à partir de 15 ans, se fait sans avance de frais. Pour cela il est indispensable de la leur prescrire sur une ordonnance « Isolée » précisant, notamment leur identité, leur âge et la mention « contraception mineure ».

Extrait de la lettre d'information aux assurés abonnés

Ma Lettre électronique aux 5,2 millions d'assurés (juin-juillet 2013)

Accès à la contraception et à l'IVG - Deux droits nouveaux, notamment pour les mineures

Les mineures de 15 ans au moins peuvent dorénavant bénéficier de la prise en charge intégrale de la contraception et de l'interruption volontaire de grossesse (IVG), tout en étant assuré que la confidentialité sera respectée.

Je suis mineure et j'ai de nouveaux droits

Le secret de la délivrance et de la prise en charge de la contraception pour les mineures est maintenant garanti par la Loi*. Cela veut dire qu'elles n'ont pas à obtenir le consentement de leurs parents et que le secret médical sera respecté. Ainsi les relevés de l'Assurance Maladie ne font plus état des remboursements de leurs contraceptifs.

Médecin ou sage-femme : je consulte librement

Entre 15 et 18 ans, une contraception adaptée peut être prescrite par un médecin ou une sage-femme. La consultation de ces professionnels est remboursée dans les conditions habituelles. , En revanche, son remboursement est mentionné sur les relevés de remboursement. Pour plus de confidentialité, consultez un centre de planification ou d'éducation familiale (CPEF) installé dans tous les départements.

À la pharmacie, ma contraception en toute confidentialité

La contraception des mineures est prescrite sur une ordonnance « isolée » Munie de votre carte Vitale ou d'une attestation de droits (dès 16 ans), précisez à votre pharmacien que vous souhaitez « *bénéficier du secret de la délivrance* ». Le contraceptif vous sera dispensé sans avance de frais. Si vous n'avez pas de carte Vitale ni d'attestation de droits, parlez-en au pharmacien, il vous proposera une solution.

*Loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012 et décret n°2013-248 du 25 mars 2012.

Mineures : gratuité et anonymat de l'IVG

Depuis le 31 mars 2013, les mineures qui ont recours à un IVG bénéficient de l'assurance légale que ces soins leur seront délivrés gratuitement et dans le respect de l'anonymat. Pour les femmes majeures, l'IVG est aussi pris en charge à 100 %, quels que soient le lieu et la technique d'IVG pratiquée.

Contacts presse

Cabinet de Marisol Touraine :	cab-ass-presse@sante.gouv.fr 01 40 56 60 65	
Direction générale de la santé : Laurence Danand	PRESSE-DGS@sante.gouv.fr 01 40 56 84 00	
HAS : Claire Syndique	contact.presse@has-sante.fr 01 55 93 73 18	
ANSM : Axelle de Franssu Séverine Voisin	presse@ansm.sante.fr 01 55 87 30 33 01 55 87 30 22	
INPES :	presse@inpes.sante.fr 01 49 33 22 42	
CNAMTS :		
Nadège Hariti	01 72 60 11 19	nadege.hariti@cnamts.fr
Amélie Ghersinick	01 72 60 18 29	amelie.ghersinick@cnamts.fr