

# La Contraception en 1<sup>ère</sup> ligne de soins



Journée découverte de la médecine générale rurale 2021

Dr Ackermans Jennifer, ULg

Dr Lefèvre Géraldine, ULB

# Table des matières

## I. Introduction :

- La première consultation
- Contre-indications et critères de choix

## II. Les moyens de contraception non-hormonaux

## III. Les moyens de contraception œstro-progestatifs

- Modes d'emploi :
  - Commencer une pilule
  - Le patch
  - L'anneau vaginal

## IV. Les moyens de contraception progestatifs

- Modes d'emploi :
  - La mini-pilule (POP)
  - L'implant
  - L'injection

## V. Autres méthodes contraceptives

## VI. Principes de la contraception d'urgence

## VII. Conclusion et annexes

# Première consultation

- Anamnèse : antécédents personnels et familiaux, mode de vie de la patiente
- Traitement médicamenteux (antiépileptique (sauf dépakine) : adapter dosage pilule, antituberculeux (rifampicine), millepertuis, ...)
- Examen physique : tension artérielle, IMC, (acné, pilosité)
- Ne PAS retarder la prescription sous prétexte d'un examen complémentaire biologique ou gynécologique (pas toujours utile), mais proposer un bilan IST

# Contre-indications

Oestrogènes	Progestatifs	Stérilet	Autres
<p>Âge &gt;35 ans + Tabagisme</p> <p>Facteurs de risque thromboembolique (thrombophilie, cardiopathie thrombogène, insuffisance coronarienne, ou accumulation d'autres FRCV : cholestérol, obésité, HTA, diabète)</p> <p>Certaines pathologies hépatiques</p> <p>Cancers gynécologiques oestrogéno-dépendants</p> <p>Migraine avec aura</p> <p>Post-partum &lt;6 semaines et allaitement</p>	<p>Thrombose veineuse ou artérielle en cours</p> <p>Certains cancers hormono-dépendants</p> <p>Certaines pathologies hépatiques</p>	<p>Malformation utérine</p> <p>Fibromes multiples ou massifs</p> <p>Dysménorrhée importante (stérilet au cuivre)</p> <p>Infection à chlamydia ou gonocoque en cours</p>	<p><b>Pilule</b> : vomissement ou diarrhée chronique, malabsorption digestive, bypass</p> <p><b>Patch</b> : obésité (CI si &gt; 90 kg)</p> <p><b>Anneau</b> : anomalie anatomique, prolapsus sévère</p> <p><b>Injection</b> : Tx anticoagulant</p>

# Critères de choix

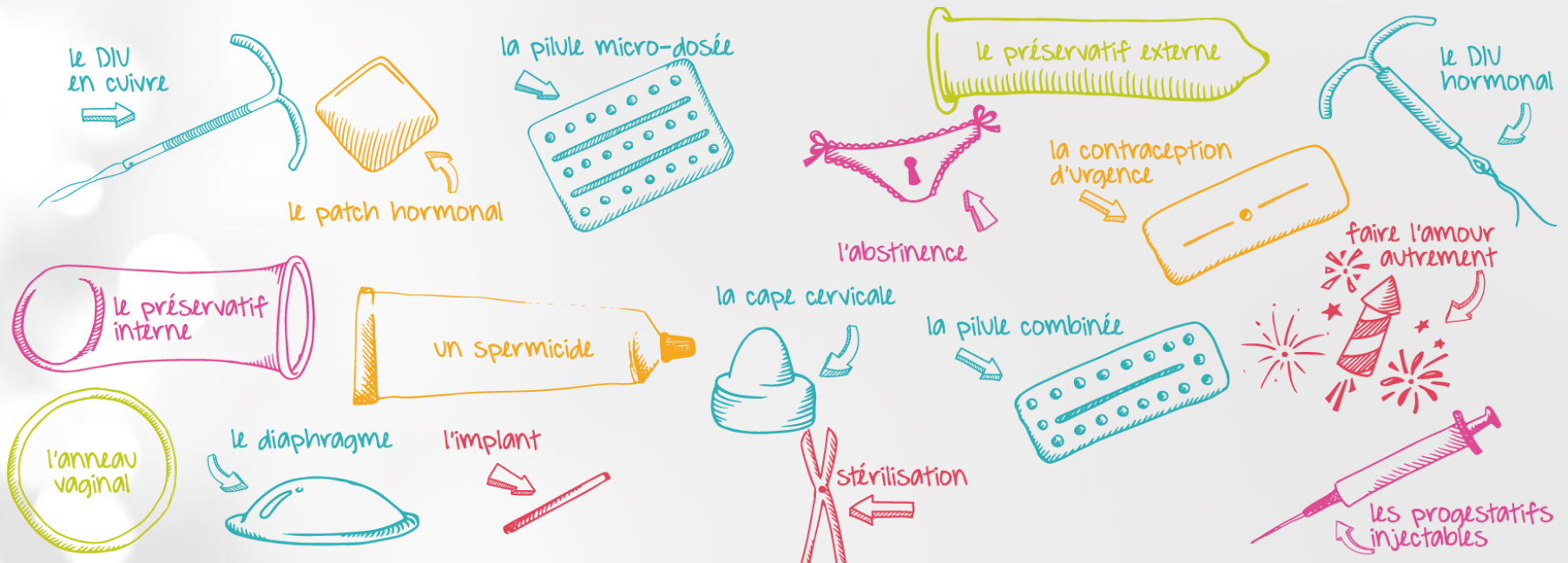
Les antécédents et traitements médicaux

L'accessibilité économique

La compatibilité avec le mode de vie

La capacité de compliance de la patiente

Le choix de la patiente/du couple



# Critères de choix

= Consultation centrée autour de la patiente, dialogue

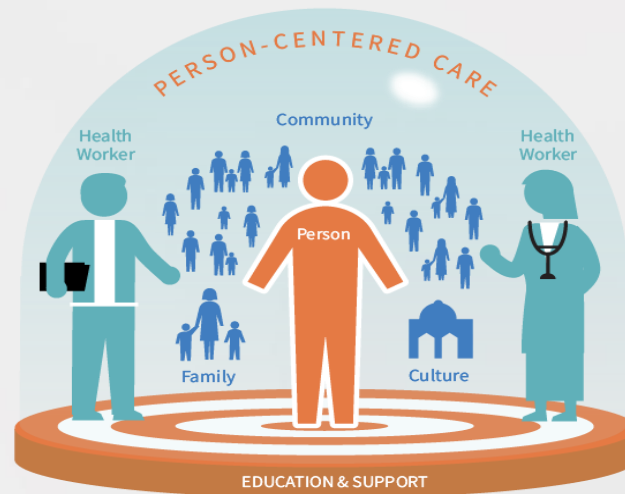
HIGH-QUALITY PRIMARY HEALTH CARE IS

## Person-Centered

Person-centered care is organized around the comprehensive needs of people rather than individual diseases

It engages people in **full partnership with health care providers** in promoting and maintaining their health.

Person-centered care considers a patient's social, career, cultural, and family priorities as important facets of health.



# Première consultation chez l'ado (1)

1. Voir l'adolescent(e) seul(e) si possible, et évaluer sans jugement sa compréhension des risques de grossesse, son activité sexuelle, ses connaissances des contraceptifs : rappeler droit à la confidentialité
2. Ne pas hésiter à bien (ré)expliquer la fertilité (prévoir du temps!)
3. Informer sur les IST et sur l'utilisation des préservatifs
4. Evoquer les =/= possibilités de contraception possibles



## Première consultation chez l'ado (2)

5. Contraception choisie : mode d'emploi, efficacité, coût, possibles effets indésirables (l'encourager à revenir si un changement est nécessaire!), risques si arrêt soudain
6. Rassurer : craintes fréquentes : peur de prendre du poids, retour de la fertilité après l'arrêt (très rapide sauf pour les injectables), l'impact du contraceptif sur les règles, ...
7. Expliquer : que faire en cas de retard, d'oubli de contraception, de vomissement, de diarrhée importante ?



# Moyens de contraception non-hormonaux

	Préservatif masculin	Préservatif féminin	Diaphragme	Spermicide	DIU cuivre
Efficacité: 100- indice de Pearl	Théorique : 98% Pratique : 85%	Théorique : 95% Pratique : 79%	Théorique : 94% Pratique : 88%	Théorique : 82% Pratique : 72%	Théorique : 99.4% Pratique : 99.2%
Quand y penser ?	A chaque rapport	Porté durant 8h	Peut être mis 2h avant RS, retrait min 6h après, max 24h après	Avant chaque rapport	Tous les 3, 5 ou 10 ans
Composant	Latex + lubrifiant	Polyuréthane	Silicone ou latex	En crème, gel, mousse	
Prix	0.66 € pièce <b>Gratuit en PF</b>	2.80 € pièce <b>Gratuit en PF</b>	40€ pour 2 ans	8€/tube	50 €/3 ans 0€ si < 25 ans ou BIM
Avantages	<b>Protège des IST</b> Lubrifié	<b>Protège des IST</b> Lubrifié Plusieurs RS ok Sans latex	Plusieurs RS ok Non hormonal	Non hormonal Aide à la lubrification	Ok si diarrhée/vomisse- ment Non hormonal
Inconvénients	Usage unique	Prix	Pose difficile, nécessité avis spécialiste Ne protège pas des IST Oubli de retrait Pas pendant les règles Risque irritation et allergie	Risque irritation et allergie Ne protège pas des IST A combiner avec autres méthodes	Augmentation des règles Pose délicate Expulsions/GEU Ne protège pas des IST Cup déconseillée Pas de contrôle du cycle

# Moyens de contraception hormonaux



# Moyens de contraception oestro-progestatifs

	Pilule OP	Patch = evra®	Anneau
Efficacité : 100- indice de Pearl	Théorique : 99.7% Pratique : 91%	Théorique : 99.7% Pratique : 91%	Théorique : 99.7% Pratique : 91%
Quand y penser ?	5 secondes/J	1x/semaine	2x/mois
Composant	Variable	Ethinylestradiol 0.034mg/J Norelgestromine 0.203mg/J	Ethinylestradiol 0.015mg/J Etonogestrel 0.12mg/J
Prix	Variable Possible gratuit	11.35€/mois 8.35 €/mois si < 25 ans ou BIM	À pd 8.80€/mois 5.80€/mois si < 25 ans ou BIM
Avantages	Contrôle du cycle Diminution dysménorrhée, acné Grand choix de composants	Contrôle du cycle Diminution dysménorrhée, acné Ok si diarrhée/vomissement Discret	Contrôle du cycle Diminution dysménorrhée, acné Ok si diarrhée/vomissement Plus faible dose d'œstrogène
Inconvénients	Risque TEV Oublis, ko si vomissement/diarrhée	Risque TEV (3eG) Pas si > 90kg	Risque TEV (3eG)

## Moyens de contraception oestro-progestatifs

*Tableau 3. Synopsis des risques pour les femmes sous contraceptifs oraux combinés (COC) et du risque de thromboembolie veineuse (données du Committee on Safety of Medicine de 1999) (Heinemann 2007)*

Population	Incidence TEV /100.000 années-femmes	Risque relatif
Femmes non enceintes non-utilisatrices	5	—
Femmes sous COC au lévonorgestrel ou noréthistérone	15	Multiplié par 3
Femmes sous COC au gestodène ou désogestrel	25	Multiplié par 5
Femmes enceintes non-utilisatrices	60	Multiplié par 12

Il est utile de rappeler que le risque de TEV chez les femmes entre 15-45 ans, non utilisatrices de COC non enceintes est de 5-10/100.000 années-femmes. Le risque de TEV est augmenté d'un facteur 6 à 10 x pendant la grossesse et de 22 x en post-partum ou post-abortum (Sultan 2012).

# Commencer une pilule :

## Commencer:

- 1<sup>er</sup> jour des règles (pour exclure grossesse en cours)
- QUICK START à tout moment si peu de risque de grossesse **MAIS 7j** préservatif / abstinence
- Suivre le jour et le sens des flèches sur la plaquette

## Période de prise:

- 1 pilule **tous les jours, à +- la même heure**, délai de 24h, pendant **21 jours**
- Pour toute contraception : évaluer la capacité de compliance (horaire, discrétion, ...) => astuces de rappel

## Période d'arrêt:

- Commencer la nouvelle plaquette le 8<sup>ème</sup> jour - **ne jamais dépasser 7 jours d'arrêt** - indépendamment des règles ! (= arrêt et reprise toujours le même jour de la semaine)
- Possibilité de raccourcir l'arrêt, voire enchaîner les 2 plaquettes – confort de la patiente (expliquer qu'il n'y a pas de risque d'accumulation de sang dans le ventre)

# Commencer une pilule :

## Quelle pilule choisir pour commencer ?

- Commencer avec une **30 gamma** car meilleur contrôle, pas de spotting, meilleure compliance
- Le **progestatif** de 2<sup>e</sup> G a moins d'effet thromboembolique
- **Générique**: moins cher - gratuit pour <25 ans

## ⇒ **Ethinylestradiol 30 / levonorgestrel 150 (microgynon, noranella, ...)**

- Réévaluer les EI dans 2-3 mois : adaptation traitement si nécessaire



Rappel : pour certaines pilules COC, vu la durée différente de la plaquette et/ou des cycles (tx des dysménorrhées, etc.), pensez à adapter vos explications.

# Adapter la pilule

Effet indésirable?	Que faire?
Acné/hirsutisme	Choisir P moins androgénique ou anti-androgénique
Aménorrhée	↗ dose en E2 et/ou dominance E2
Spotting	↗ dose en E2 et/ou dominance E2 Passer à schéma étendu 24+4
Hyperménorrhée	↘ dose E2 et ou dominance E2 Schéma continu
Dysménorrhée	↘ dose E2 et ou dominance E2 Choisir P plus utérotrone (DNG)
Ballonnement, rétention hydrique	↘ dose E2 et ou dominance E2 Choisir P antiminéralocorticoïde (DRSP)
Sécheresse vaginale	↗ dose en E2 et/ou dominance E2
Prise de poids avec ↗ appétit	Choisir P moins androgénique ou anti-androgénique
Fatigue	↘ dominance progestative
Tension mammaire	↘ dose E2 et ou dominance E2
Céphalées cataméniales	↘ pause (24+4) ou éviter la pause Ajout E2 durant la pause
Nausées/vomissement	↘ dose E2 et ou dominance E2

# Les différents progestatifs

	Progestatif	Effet
2 <sup>e</sup> G	LNG	Androgénique
3 <sup>e</sup> G	DSG/GST	
4 <sup>e</sup> G	CMA	
	DRSP	Anti-minéralocorticoïde
	DNG	
	CPA	Antiandrogénique

Dominance  
progestative



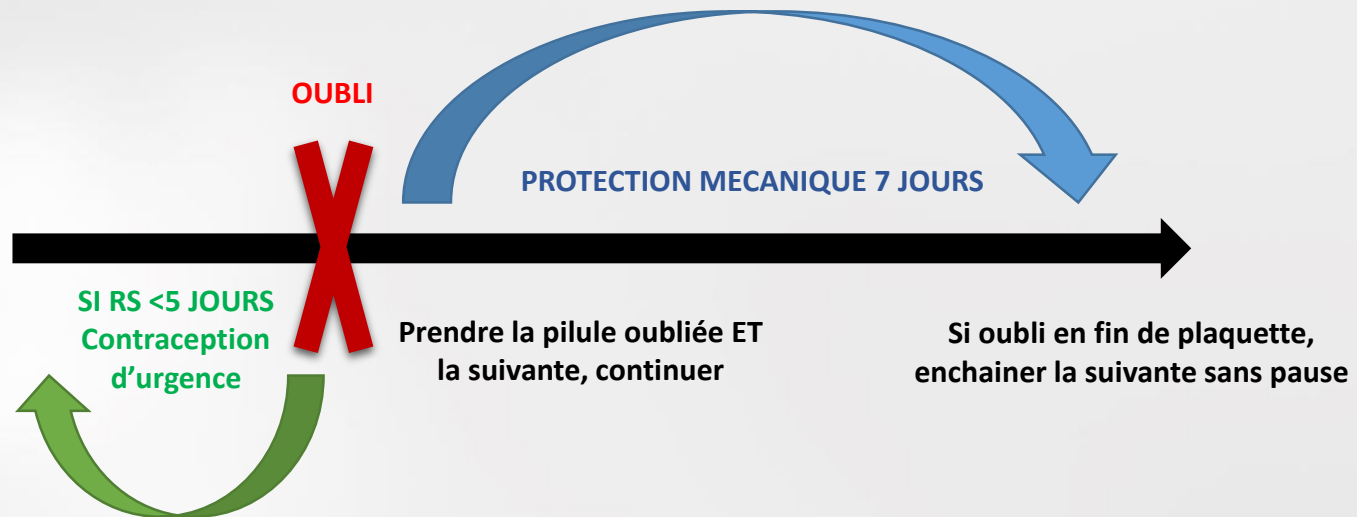
Dominance  
oestrogénique



# Oubli de pilule : message simplifié

Simplifier le message pour la patiente en cas d'oubli de pilule (>24h COC, >3-12h POP)

- Il vaut mieux une pilule de plus qu'une pilule de moins
- Il vaut mieux allonger la période de prise que la raccourcir
- Grossesse possible si RS dans les 3-5j avant l'oubli
- Pilule du lendemain au + vite si risque de grossesse
- Précaution mécanique pendant 7 jours



**Diarrhée ou vomissement <2h après la prise = pilule non absorbée;**

Reprendre une pilule (plaquette « d'urgence ») (Si pilule séquentielle: prendre comprimé de la même couleur)

Si diarrhée ou vomissements persistants : continuer pilule et préservatif jusque fin de plaquette

# Mode d'emploi du patch

## Commencer :

- **1<sup>er</sup> jour** des règles ou à **tout moment** et attendre **7j** pour avoir une efficacité => préservatif/abstinence
- Coller le patch sur **peau nettoyée**, sans poils, sans huile ou crème
- N'importe où **SAUF poitrine**
- Pour un **collage** résistant à l'eau => appuyer avec la paume de main pdt **10 sec**



## Continuer :

- 1 patch à appliquer **toutes les semaines** – pdt **3 semaines** (3 patchs successifs)
- Changement de patch le même jour de la semaine pour + de facilité (mais durée d'action = 9 jours)

## Entamer un nouveau cycle :

- Ensuite **période sans patch** de 7j – puis reprise du patch toujours le même jour, une semaine plus tard **indépendamment des règles!**
- **Ne jamais dépasser 7j d'interruption** (raccourcir/enchaîner si nécessaire)

# Mode d'emploi du patch

## Patch décollé :

### Si < 24h:

- Retirer le patch
- Coller un nouveau patch
- Changer le patch le jour habituel pour ne pas décaler les règles

### Si > 24h: => risque de grossesse!

- Enlever le patch décollé
- **Commencer un nouveau cycle** de 3 semaines en collant un nouveau patch – pas d'arrêt (changement du jour d'application)
- Préservatif pendant 7 jours / si problème => **Pil. lendemain**
- Si RS 5 jours AVANT le décollement => **Pil. Du lendemain**

# Mode d'emploi de l'anneau

## Commencer:

- **1<sup>er</sup> jour** des règles OU **A tout moment** dans le cycle **MAIS** attendre **7j** pour avoir une efficacité => préservatif / abstinence
- Introduire l'anneau dans le vagin en le pinçant entre 2 doigts ou avec applicateur

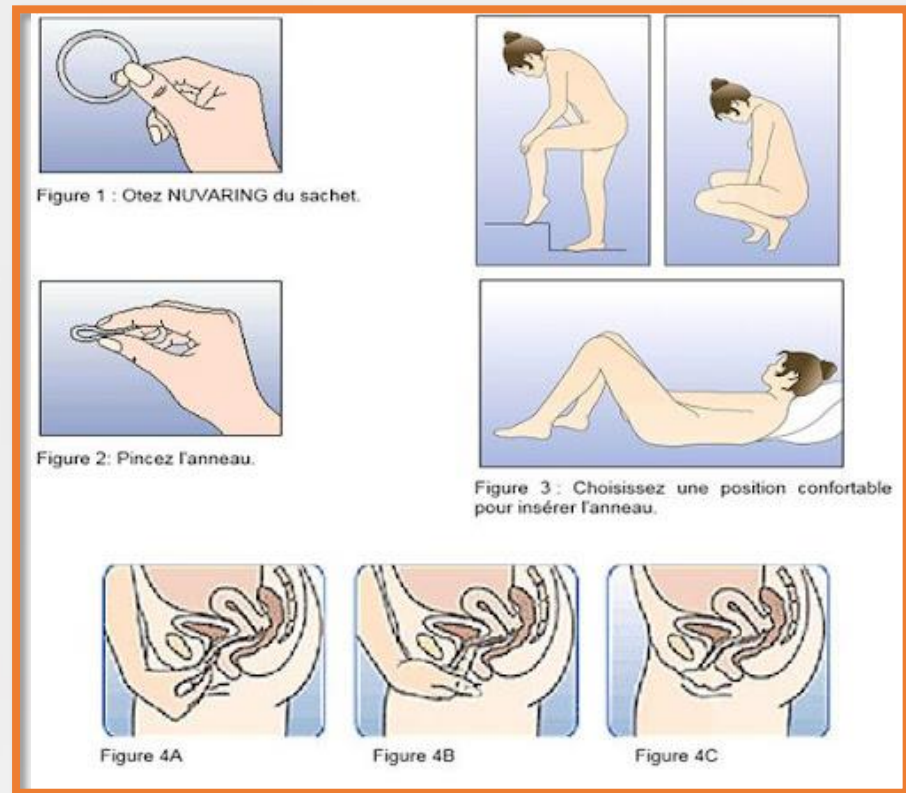
## Continuer:

- Laisser l'anneau **21 jours dans le vagin** (durée d'action : 28j)
- Peut être gardé ou **retiré 3h/24h** pdt les RS
- Replacer dans le vagin en le **rinçant à l'eau FROIDE** uniquement (pas de désinfection!)

## Entamer un nouveau cycle:

- Au terme des 21 jours, **enlever** l'anneau pdt **1 semaine**
- Reprise nouvel anneau le même jour, une semaine + tard **indépendamment des règles!**
- **Ne jamais dépasser 7j d'interruption** (raccourcir/enchaîner si nécessaire)

Oubli changement <7j : pas grave, durée d'action 28j.



# Moyens de contraception progestatifs

	Pilule P	Injectable = depoprovera	Implant = implanon	DIU hormonal
Efficacité: 100- Indice de Pearl	Théorique : 99.7% Pratique 91%	Théorique : 99.7% Pratique : 94%	Pratique = théorique = 99%	Pratique = théorique = 99.8%
Quand y penser ?	5 sec tous les jours !	15 min tous les 3 mois	Tous les 3 ans	Tous les 3 (Jaydess) ou 5 ans (kyleena/mirena)
Composant	Drospirénone ou desogestrel	150 mg de <a href="#">médroxyprogestérone</a>	Etonogestrel	Levonorgestrel
Prix	5 €/mois 2€ /mois si < 25 ans ou BIM	9.37€ /3 mois 0€ si < 25 ans ou BIM	143.59€ /3 ans 35.59€ si < 25 ans ou BIM	147€ /3-5ans 39,5€ si <25 ans ou BIM
Avantages	Aménorrhée	Diminution des règles Ok si diarrhée/vomissement	Discret Diminution des règles Ok si diarrhée/vomissement	Ok si diarrhée/vomissement Diminution des règles
Inconvénients	Spotting Oublis !!! Ko si vomissement/diarrhée	Spotting Ne peut pas être retiré Chute densité osseuse Prise de poids Retour fertilité difficile à prévoir	Spotting	Spotting Placement délicat CUP déconseillée

# Mode d'emploi mini-pilule

## Commencer:

- **1<sup>er</sup> jour** des règles
- Tout de suite en post-partum – 3j

## Continuer:

- 1 pilule **TOUS LES JOURS – SANS ARRÊT** (vérifier auprès de la patiente!!)
- Nécessité de **régularité** de l'heure de prise (3-12h de délais max)

## Particularité:

- Pilule à prescrire **qd oestrogènes contre-indiqués**
- Pilule de **l'allaitement**
- Ne bloque pas l'ovulation
- Modifie la glaire et l'endomètre

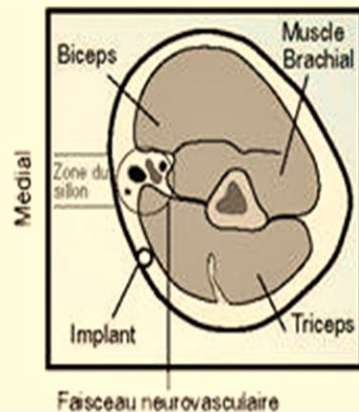
Un peu moins efficace que les oestroprogestatifs



# Mode d'emploi implant

## Commencer :

- Placer l'implant le **1<sup>er</sup> jour des règles** ou à **tout moment** du cycle **MAIS 7J** pour efficacité => Préservatif/ abstinence
- Actif pdt **3ans (2 ans si >90kgs)**
- Se place à la face interne du bras sous AL
  
- Besoin d'une **certaine expérience** pour insertion
- Radio-opaque
- Retrait sous AL au cabinet





# Mode d'emploi injection

## Commencer :

- 1<sup>ère</sup> injection IM le **1<sup>er</sup> jour des règles ou à tout moment** du cycle **MAIS 7J** préservatif / abstinence
- **1x/ 3 mois** (12 sem) => consultation médicale régulière

## Particularités :

- Date de la réversibilité de la fertilité
- difficile à prévoir: effet d'accumulation
- Durée d'action min 14 semaines
- Utile pour une période transitoire





## Autres moyens de contraception

	Remarque	Indice de Pearl
<b>Symptothermie/méthode des indices combinés</b>	Suivi de la t° corporelle et qualité de la glaire cervicale par la patiente (formation de 3 mois)	0,4 théorique – +- variable en pratique
<b>Retrait</b>		4 théorique – 22 pratique
<b>Stérilisation féminine</b>		0,5
<b>Stérilisation masculine</b>	+ réversible, + efficace et – d'EI que la stérilisation féminine	0,1 théorique 0,15 pratique
<b>Contraception hormonale masculine</b>		En fct du principe actif : 0,8 à 2,3
<b>Contraception thermique masculine</b>	Cryptorchidie artificielle	0,5
<b>Aucun moyen de contraception</b>		Pour info : 85 théorique et pratique

Source : État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée, HAS 2013

Soufir, JC. Hormonal, chemical and thermal inhibition of spermatogenesis: contribution of French teams to international data with the aim of developing male contraception in France. *Basic Clin. Androl.* **27**, 3 (2017)

# Contraception d'urgence

	+	-
<b>Ullipristal (EllaOne)</b>	Plus efficace (dans l'absolu) : max 5 jours après le RS	Prix (25 euros) Antagoniste progestérone (= RS avec protection mécanique pendant 5j + 7j) CI : asthme sous corticoïdes
<b>Lévonorgestrel (NorLevo, Postinor, LevoDonna, Justine)</b>	Bon marché voire gratuite Accessible Pas d'interaction progestérone	Max 3 jours après le RS
<b>DIU cuivre</b>	<5jours : sur ordonnance, gratuit sous certaines conditions	Plus difficile d'accès (professionnel apte à le placer), avec prévention par azithromycine 1g si risque C. trachomatis

Principe de contraception d'urgence : le + **VITE** possible, efficacité moindre, souvent gratuite en pharmacie ou planning familial

Si >1semaine de retard des règles : test de grossesse

Sources utiles : éducation des patients :

<https://www.mescontraceptifs.be/>

<http://www.loveattitude.be/>

<http://www.sips.be/wp-content/uploads/2012/04/contraception.pdf>



# Annexe : analyses complémentaires

## Prise de sang :

- Glycémie à jeûn
- Bilan lipidique

## Si suspicion de thrombophilie :

- Protéine C
- Protéine S
- Antithrombine
- Résistance à la protéine C activée (si diminuée recherche mutation du facteur V (type Leiden))
- Mutation du facteur II (G20210A)
- Recherche de lupus anticoagulant
- Anticorps anticardiolipine et anti Bêta 2 glycoprotéine 1

## Bilan IST :

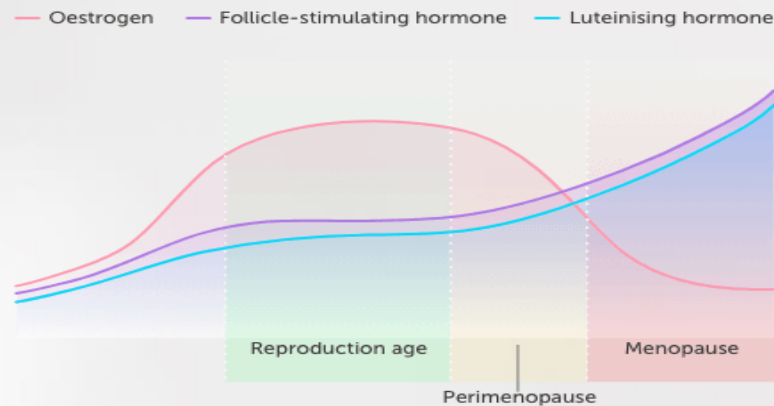
**Attention aux délais de séroconversion, si nécessaire planifier une 2<sup>ème</sup> analyse**

- Sérologie VIH (6 semaines)
- Sérologies hépatites Ag HBs + Ac anti HBs + Ac anti HBc (9s.) et Ac anti VHC (11s.)
- Sérologie syphilis (6s.)
- Frottis vaginal (ou autofrottis) pour PCR chlamydia trachomatis et gonocoque (48h)
- HPV : frottis du col de l'utérus minimum tous les 3 ans >25 ans : nécessite matériel pour examen du col (spéculum)
- (autres analyses si nécessaire : frottis de vésicule si suspicion herpès génital, frottis vaginal pour culture trichomonas, ...)

# Annexe : la périménopause

Périménopause et suspicion de ménopause : arrêt de contraception ?

Diagnostic généralement clinique, pas biologique : Ménopause = ♀ de +/- 50ans avec 12 mois d'aménorrhée 2aire sans autre cause.



Certains contraceptifs hormonaux masquent ces signes :

- Test par arrêt et remplacement par une barrière physique, si nécessaire dosage de FSH et oestradiol après 3 mois
- Ou test au 7<sup>ème</sup> jour de l'arrêt (pour les COC : hh de privation avant le 8<sup>ème</sup> jour de reprise)
- Si dosage FSH > 20 et œstradiol faible : ménopause probable.

# Annexe : Contre-indications (1)

## Critères d'éligibilité médicale (MEC)

- 1 = Aucune restriction à l'usage
- 2 = CI relative – Avantages > risques (théoriques ou prouvés)
- 3 = CI relative – Avantages < risques (théoriques ou prouvés)
- 4 = CI absolue

		OP	Minipilule	Piqûre	Implant	Stérilet Cu	Stérilet LNG
<b>Jeunes/Ado</b>		1	1	2	1	2	2
<b>Nullipares</b>		1	1	1	1	2 - 1	2 - 1
<b>&gt; 40</b>		2	1	2	1	1	1
<b>Post-partum</b>	< 3 sem	3	1	1	1		
	> 3 sem	1	1	1	1		
	48 h – 4 sem					3	3
<b>Allaitement</b>	< 6 sem *mieux vaut attendre >3 <sup>ème</sup> sem	4	1*	2*	1*	Voir post-partum	
	> 6 sem , < 6 mois *si allaitement complet	3*/2	1	1	1		
	> 6 mois	2-1	1	1	1		
<b>Risque TEV</b>	ATCD TEV, TEV active , mutation thrombogène, chirurgie + immobilisation prolongée	4	2	2	2	1	2
	ATCD familial 1 <sup>er</sup> degré TEV *si TEV < 45 ans	3*/2	1	1	1	1	1
	Immobilisation prolongée non-liée à chirurgie	3	1	1	1	1	1
<b>Cancer sein</b>	Actuel	4	4	4	4	1	4
	ATCD et rémission > 5ans	3	3	3	3	1	3
	Mutation BRCA1 et BRCA2	3	2	2	2	1	2
	ATCD familial	1	1	1	1	1	1
<b>Cirrhose</b>	Sévère (décompensée, compliquée)	4	3	3	3	1	3

## Annexe : Contre-indications (2)

I = Initiation = Initier la méthode en présence de la pathologie  
 C = Continuation = Poursuivre la méthode si la pathologie se déclare pendant l'utilisation de la méthode

		OP	Minipilule	Piqûre	Implant	Stérilet Cu	Stérilet LNG
<b>Tabac</b>	≥ 35 ans et ≥ 15 cig/j	4	1	1	1	1	1
	≥ 35 ans et < 15 cig/j	3	1	1	1	1	1
	< 35 ans	2	1	1	1	1	1
	Arrêt > 1 an	2	1	1	1	1	1
<b>Obésité</b>	BMI ≥ 35	3	1	1	1	1	1
	BMI ≥ 30	2	1	1	1	1	1
<b>HTA</b>	≥ 160/95	4	1	2	1	1	1
	≥ 140/90	3	1	1	1	1	1
	Contrôlée	3	1	2	1	1	1
<b>Diabète</b>	Complicé (μ M) *Fonction gravité FR	4/3*	2	3	2	1	2
	Non-complicé	2	2	2	2	1	2
<b>Infarctus (aigu ou ATCD), AIT, AVC</b>		4	2(I) 3(C)	3	2(I) 3(C)	1	2(I) 3(C)
<b>Plusieurs facteurs de risque cardiovasculaire</b> *Fonction gravité FR		4/3*	2	3	2	1	2
<b>Migraine</b>	Avec aura	4	2(I) 3(C)	2(I) 3(C)	2(I) 3(C)	1	2(I) 3(C)
	Sans aura	2	2-1	2	2	1	2
	Avec aura, dernière crise ≥ 5 ans	3	2	2	2	1	2
<b>Lupus systémique Ac antiphosphol. positifs ou inconnus</b>		4	3	3	3	1	3
<b>Infection</b>	Septicémie puerpérale, avortement septique, chlamydia ou gonorrhée active, MIP active	1	1	1	1	4(I) 2(C)	4(I) 2(C)
	ATCD infection pelvienne (MIP)	1	1	1	1	1	1