



**Recommandations pour la pratique clinique**

# **Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme**

**Synthèse des recommandations**

**Décembre 2004**

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

## SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS

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

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

**Toutes les générations de pilules œstroprogestatives sont associées à une augmentation du risque d'accident thrombo-embolique**. Le plus grand danger en

prescrivant une contraception œstroprogestative, quelle soit de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> génération, est d'ignorer la présence de facteurs de risque cardiovasculaire associés pour lesquels elle est contre-indiquée.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10. Qu'elles soient masculines ou féminines, les **méthodes de stérilisation** sont **susceptibles**, sur simple demande du couple ou de la personne concernée ou sur proposition du médecin, **d'apporter une réponse contraceptive appropriée** dans certaines situations médicales, sociales ou culturelles particulières. Elles ont l'avantage de n'avoir aucune CI permanente. En pratique, il est recommandé de **les présenter comme généralement irréversibles**.

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

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

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

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

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

12. La méthode de l'aménorrhée lactationnelle, lorsqu'elle est exclusive, est d'une efficacité comparable à celle d'une contraception orale. Au regard de leur risque élevé d'échec en usage courant, les autres méthodes naturelles devraient être réservées à des femmes connaissant bien leur cycle, maîtrisant bien l'utilisation de la méthode et acceptant ou pouvant médicalement s'exposer à un risque de grossesse.

13. Il est recommandé que lors de la prescription et de la délivrance d'une contraception, **la femme soit préventivement informée des possibilités de rattrapage en cas de rapport non protégé, de leur efficacité et de leurs conditions d'accès.**

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

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

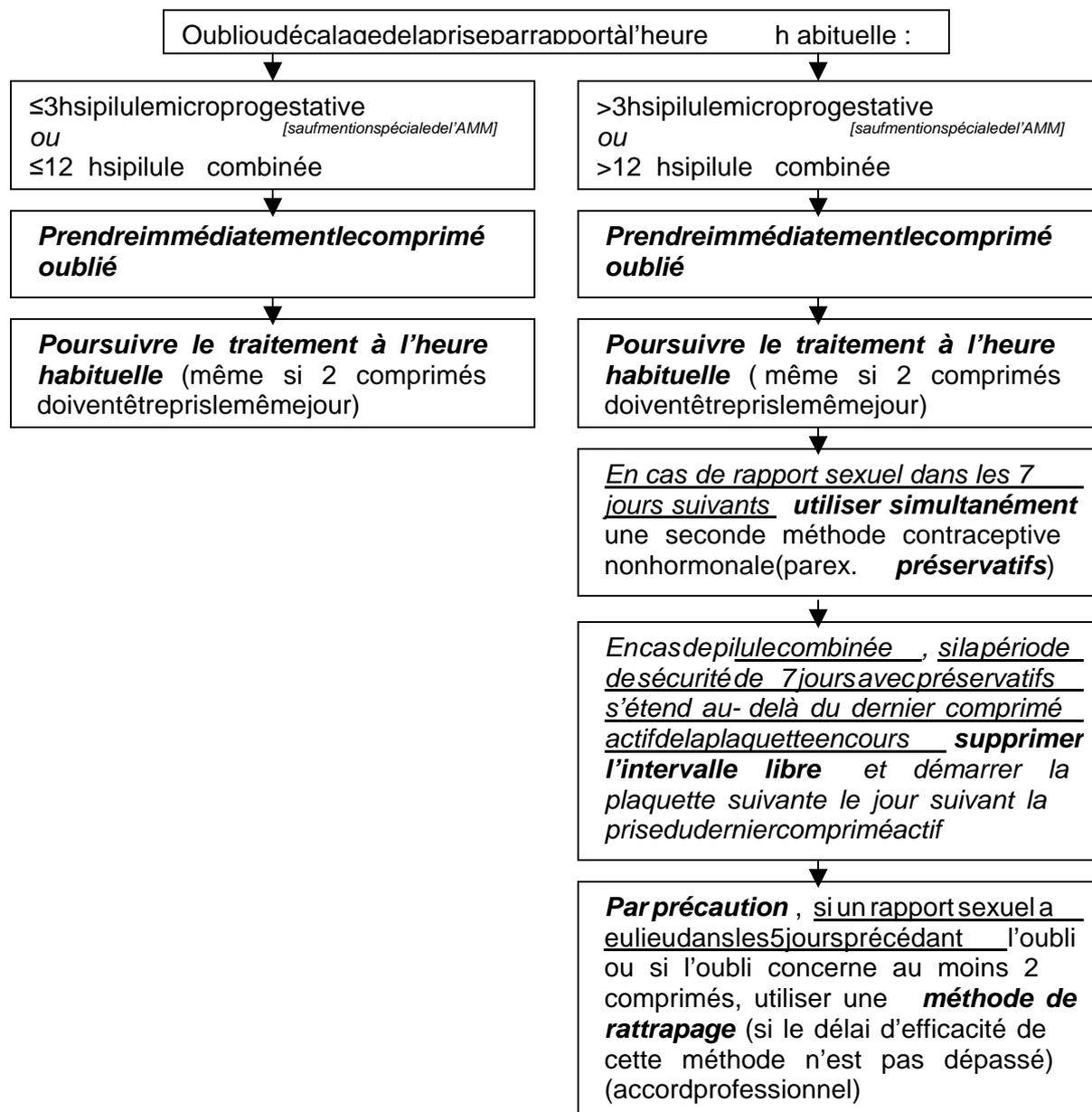
La contraception d'urgence par progestatif seul présente l'avantage par rapport au DIU au cuivre de pouvoir être obtenue sans ordonnance en pharmacie (où elle est anonyme et gratuite pour les mineures qui en font la demande), en centre de planification familiale ou dans les infirmeries scolaires.

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

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

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

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



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

15. L'augmentation des risques cancéreux et cardio-vasculaires avec l'âge et la préménopause doivent amener à **réévaluer l'adéquation de la méthode contraceptive utilisée à partir de 35-40 ans**.