

Contraception du post-partum



Il n'est jamais trop tôt...

...il est souvent trop tard !

- 1/ Présentation du protocole actuel
- 2/ Réactualisation sur la contraception et sa prescription
- 3/ Foire aux questions



Mardi 13 décembre 2011

Salle de réunion du Pôle POG 2ème étage

Marjorie AGEN & Aude BAYLOCQ, sages-femmes
Unité Médicale Gynécologie Obstétrique

Après l'accouchement

- Le postpartum est une période transitoire présentant des spécificités pour chaque accouchée en fonction
 - du mode d'allaitement,
 - de la reprise ou non des rapports sexuels (fréquence diminuée)
 - et de l'état psychologique des patientes centrées essentiellement sur leur enfant, ce qui engendre des problèmes d'observance très importants.
- Il est très improbable qu'une femme ait une **ovulation** et s'expose à une grossesse dans les 21 jours qui suivent l'accouchement. Toutefois, pour des raisons programmatiques, certaines méthodes contraceptives peuvent être offertes pendant cette période. (OMS, 2005)
- **Retour de couches** 6 à 8 semaines si la femme n'allait pas. Plus tardif (environ 6 mois après) si allaitement mat.
- **Consultation postnatale** : dans la 8^{ème} semaine après l'accouchement.
- **Rééducation du périnée**





Après l'accouchement



Sur un plan biologique,

- hémostasie revient à la normale en 10 j.
- hypercoagulabilité observée pendant 10 à 15 j.
- risque thromboembolique persistant les 3 premiers mois.
- métabolisme glucido-lipidique ne revient à la normale qu'après 2-3 mois.

En l'absence d'allaitement maternel, la chute du taux d'œstrogène après la délivrance libère une production de FSH (hormone folliculo-stimulante) entre le 10^e et le 14^e jour. Celle-ci entraîne la folliculogénèse, puis un pic de LH (hormone lutéinisante) vers J24, qui peut être accompagné d'une ovulation. C'est ainsi que l'ovaire n'est logiquement pas fonctionnel avant le 25^e jour du postpartum.

L'endomètre cicatrise, puis est régénéré dans un délai situé entre 15 et 45 j lorsque l'allaitement est artificiel (40 % des ovulations surviennent au bout de 6 semaines).

En cas d'allaitement maternel, la chute des œstrogènes et de la progestérone après l'accouchement stimule la sécrétion de prolactine. La prolactine reste augmentée jusqu'à 2 semaines, puis diminue à partir de J10-J15. La sécrétion devient ensuite pulsatile jusqu'à 3 mois. L'hyperprolactinémie inhibe la sécrétion de FSH et bloque la fonction ovarienne. Ainsi, le retour de couches est variable, selon le nombre et la durée des tétées.

Université d'Angers
UFR des Sciences Médicales
École de Sages-femmes – René ROUCHY

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE - FEMME

DE LA RELATION DE LA FEMME À LA CONTRACEPTION
INTÉGRATION DE L'INFORMATION CONTRACEPTIVE AU COURS DES DIFFÉRENTES
PÉRIODES DE LA VIE GÉNITALE

Étude rétrospective réalisée du 14 avril au 30 juillet 2009

Présenté par MICHELON Sophie

Sous la direction du Docteur MULET François

Mars 2010

Tableau XLII : Quelles ont été les principales sources de cette information sur la contraception ?

	<i>Population du post-partum</i>
	<i>n (%)</i>
<i>Médecin traitant</i>	10 (15,9)
<i>Sage-femme libérale</i>	17 (27,0)
<i>Gynécologue</i>	13 (20,6)
<i>Étudiant en médecine</i>	2 (3,2)
<i>Étudiant sage-femme</i>	13 (20,6)
<i>Sage-femme de suites de couches</i>	28 (44,4)
<i>Sage-femme de consultation</i>	12 (19,0)
<i>Non réponses</i>	2 (3,2)

Tableau XLIII : Quand avez-vous eu cette information contraceptive ?

	<i>Population du post-partum</i>
	<i>n (%)</i>
<i>Avant la grossesse</i>	10 (15,9)
<i>1^{er} trimestre</i>	0
<i>Entretien prénatal</i>	2 (3,2)
<i>Consultations du 4^{ème} au 9^{ème} mois</i>	7 (11,1)
<i>Préparation à la naissance</i>	15 (23,8)
<i>Suites de couches</i>	19 (30,2)
<i>Visite de sortie</i>	26 (41,3)
<i>Non réponses</i>	2 (3,2)

Tableau XLIV : A quel moment auriez-vous été la plus réceptive à cette information ?

	<i>Population du post-partum</i>
	<i>n (%)</i>
<i>Avant la grossesse</i>	7 (11,1)
<i>1^{er} trimestre</i>	0
<i>Entretien prénatal</i>	0
<i>Consultations du 4^{ème} au 9^{ème} mois</i>	3 (4,8)
<i>Préparation à la naissance</i>	11 (17,5)
<i>Suites de couches</i>	12 (19,0)
<i>Visite de sortie</i>	21 (33,3)
<i>Non réponses</i>	10 (15,9)



Pourquoi ?



- **OBSERVATOIRE REGIONALE DE LA SANTE Languedoc Roussillon Analyse trimestrielle des IVG 2001– 2003, janvier 2004**

Une observation faite en 2001 se révèle une constante en 2003 : la proportion d'échec de contraception suivi d'une IVG en post-partum.

Lorsqu'on s'intéresse aux femmes qui déclarent avoir eu leur dernier enfant* l'année précédant l'année de réalisation de l'IVG (enfant né en 2000 pour le 1er trimestre 2001 et enfant né en 2002 pour le 1er trimestre 2003), on peut alors faire l'hypothèse d'une mauvaise maîtrise de la contraception en postpartum. La proportion est constante sur la période : 13,2 % des IVG en 2001 et 12,6% en 2003, (soit 299 IVG en 2001 et 288 IVG en 2003). Ces IVG devraient être des "d'IVG évitables" avec une information et une contraception adaptée à la sortie de la maternité.

- **CNGOF – Extrait des Mises à jour en Gynécologie Médicale Contraception du post-partum, F. MULET*, PH. DESCAMPS (Angers)**

- 5% des interruptions volontaires de grossesse ont lieu dans les 6 mois qui suivent l'accouchement [1] ;
- Les microprogestatifs type Microval® ou Milligynon®, peu efficaces en termes de couverture contraceptive (l'indice de Pearl est, au mieux, de 1 en période d'allaitement), exigeantes en terme d'horaire de prise (3 heures de décalage horaire maximum), doivent définitivement tomber en désuétude. Rappelons ici que 3% des IVG ont lieu sous Microval®...
- [1] Mulet F. Guide de la contraception. Propriété de l'association GYNOVE (Angers), 2006.



<p>La mienne est dans mon bras</p>	<p>La mienne est au cuivre</p>	<p>La mienne est en latex</p>	<p>La mienne est sans ordonnance</p>
<p>La mienne dure 3 ans</p>	<p>La mienne n'est pas contraignante</p>	<p>La mienne est remboursée</p>	<p>La mienne est en comprimés</p>
<p>La mienne est définitive</p>	<p>La mienne est discrète</p>	<p>La mienne est sur ma peau</p>	<p>La mienne est pratique</p>

→ À CHACUN SA CONTRACEPTION

Votre contraception doit s'adapter à votre vie. Découvrez ici, avec l'aide d'un professionnel de santé, celle qui vous convient le mieux.



www.choisirsacontraception.fr



● ● ● | Un protocole de 2008
au Centre Hospitalier de
Périgueux...

- Suivant les :
 - Recommandations HAS de 2004
 - Recommandations OMS de 2005
- À la « sauce périgourdine »...



UNE SÉLECTION DE
RECOMMANDATIONS PRATIQUES
RELATIVES À L'UTILISATION DE
MÉTHODES CONTRACEPTIVES



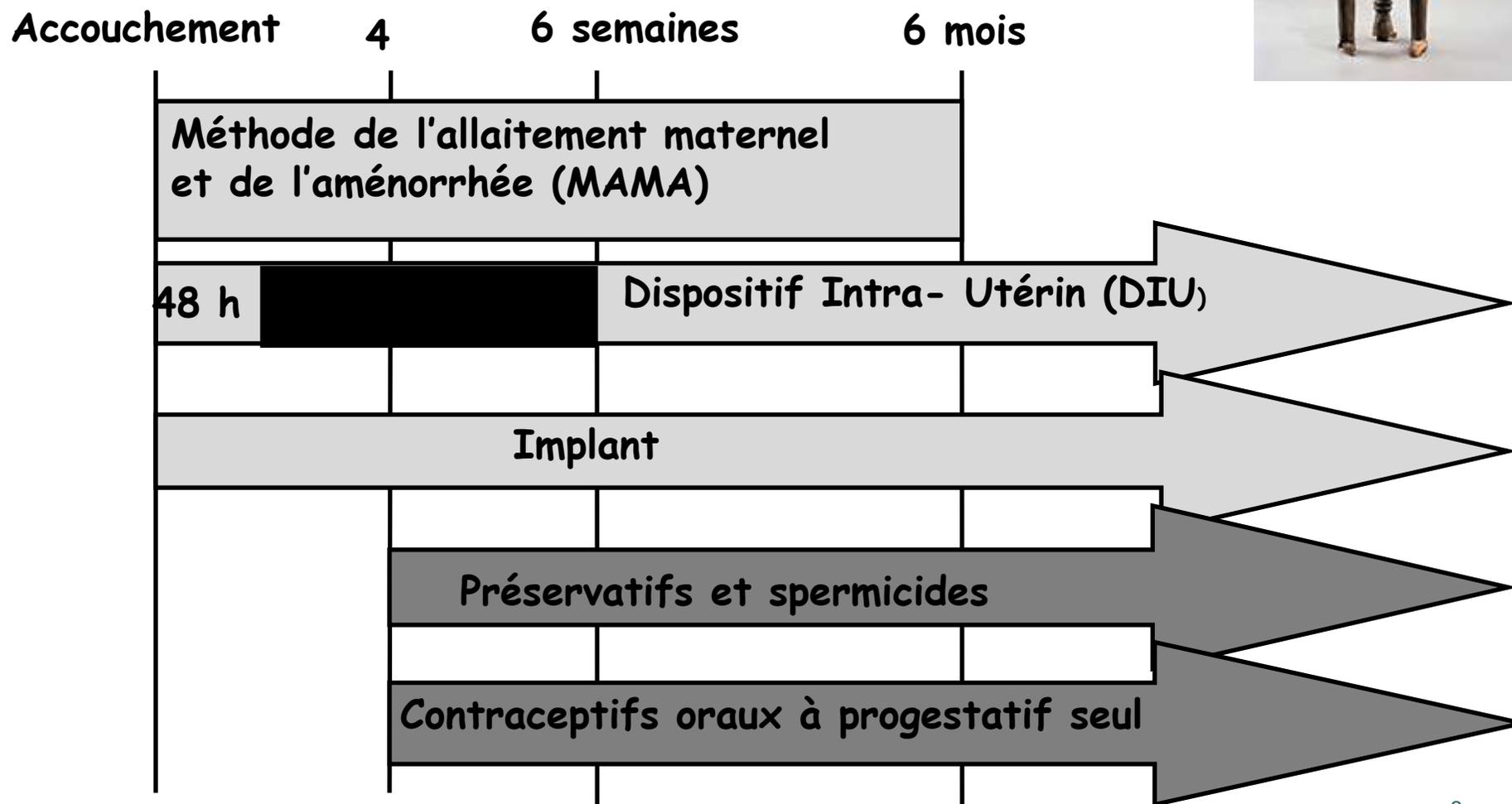
Deuxième édition



Organisation mondiale de la Santé, Genève

JRR Département Santé et Recherche génésiques
Santé familiale et communautaire

ALLAITEMENT MATERNEL OU MIXTE

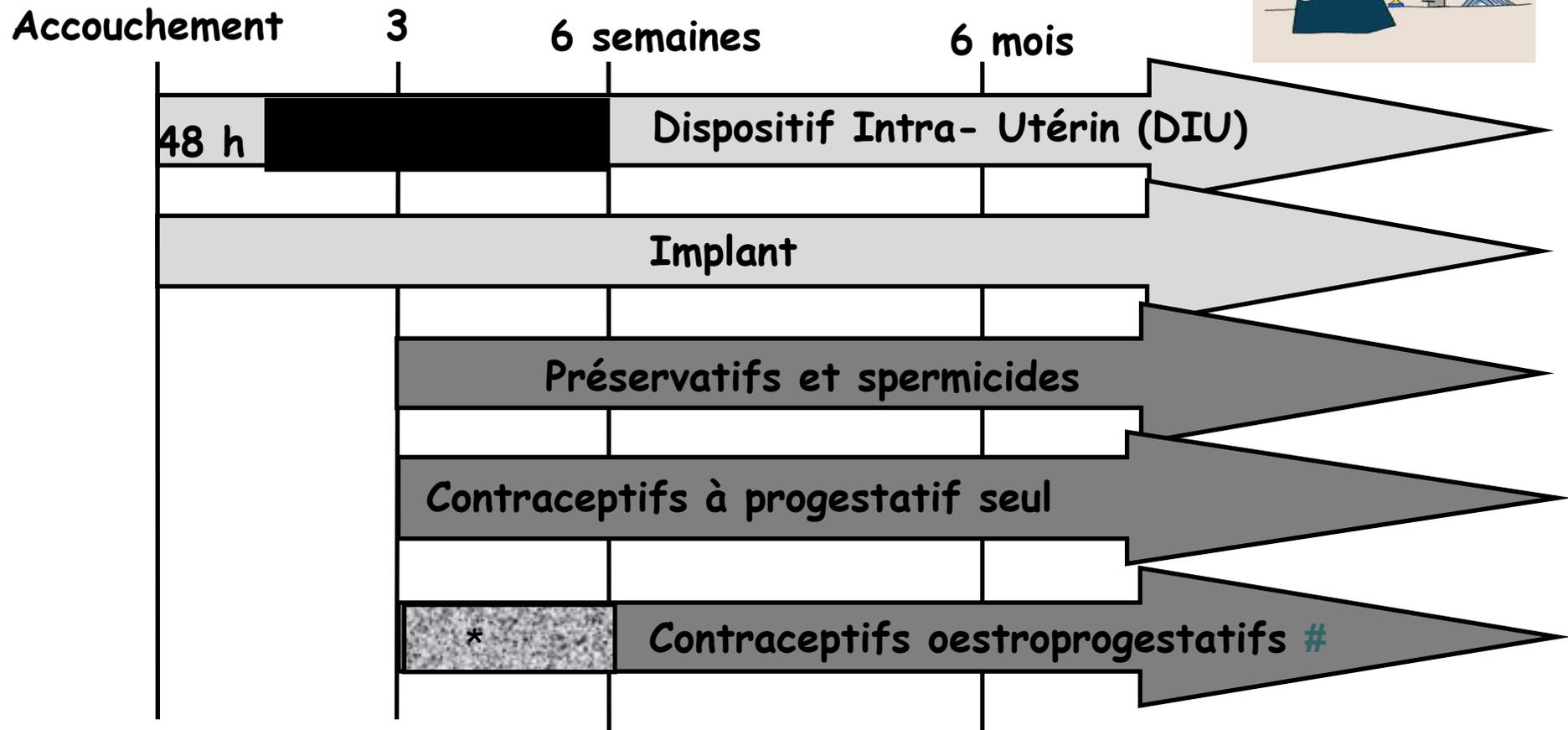


*Protocole Contraception du Post-partum, 2008, CH de Périgueux (24)*⁸



- Les recommandations internationales rappellent que, chez la femme allaitante, il n'est pas utile de prescrire une contraception hormonale progestative avant la 6e semaine du postpartum.
- En cas d'allaitement complet, les prescriptions plus précoces sont infondées. La difficulté majeure est de s'assurer que l'allaitement reste complet et que la patiente puisse se souvenir de la date de reprise de sa contraception après une période aussi longue.
- Enfin, une alternative doit être envisagée en cas d'abandon de l'allaitement.

ALLAITEMENT ARTIFICIEL



* si accouchement normal par voie basse et sans atcd vasculaire

contraceptifs oestroprogestatifs = "pilule", patch, anneau vaginal

Protocole Contraception du Post-partum, 2008, CH de Périgueux (24)

Qui peut prescrire la contraception ?

- Médecin (généraliste, gynécologue, obstétricien...) et internes
- Sage-femme
(en l'absence de pathologie +++)
- Renouvellement possible des contraceptifs oraux par le pharmacien et l'infirmier.
- Quelques moyens de contraception sans prescription : préservatifs, spermicides, Norlevo ... ?





Règles de prescription



- Ordonnance sécurisée où figure le nom et identifiant RPPS en code barres et en clair du prescripteur ainsi que ceux de l'établissement
- ((NB : étiquettes à code barres pour les formulaires CERFA))



● ● ● | Règles de prescription

- Prescriptions médicales datées, signées
- Nom, qualité (qualification, titre ou spécialité) du prescripteur
- Dénomination du médicament, posologie et mode d'emploi
- Durée du traitement
- Identification de l'unité de soins
- Numéros de téléphone (+/- télécopie, email)
- Nom, prénom, sexe, âge de la patiente (si nécessaire taille et poids)



Règles de prescription



Dénomination du médicament,

- PRINCEPS (marque®) ou nom fantaisie du GÉNÉRIQUE
- + DCI (dénomination commune internationale)
- Exclure la possibilité de substitution : Si le prescripteur veut exclure la possibilité de substitution, il doit apposer la mention manuscrite *“non substituable”*.
- Pour être sûre que la patiente bénéficie d'un contraceptif remboursé : 3 solutions :
 - Prescrire un princeps ou un générique (avec nom de fantaisie) remboursé ;
 - Prescrire le produit remboursé et exclure la possibilité de substitution ;
 - Si prescription en DC préciser soit la marque qui permet le remboursement sinon ajouter sur l'ordonnance *“délivrer le produit remboursé”*



Règles de prescription



Posologie et mode d'emploi, durée du traitement

- posologie journalière, mode d'emploi, durée du traitement, nombre de renouvellements sur l'ordonnance.
- Une prescription peut être établie pour une durée de traitement de douze mois maximum. Quel que soit le conditionnement d'un contraceptif, le pharmacien ne peut délivrer que 3 mois de traitement à la fois.

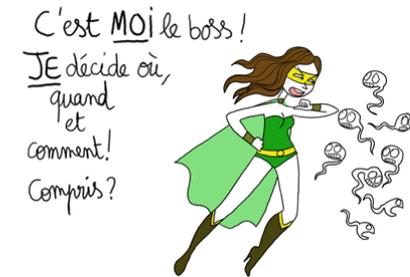
Prescrire une contraception d'urgence (systématique+++ avec pilule)

- Sur la même ordonnance : « *Norlevo, 1Bte, 1 cp à prendre le plus vite possible en cas d'oubli de pilule > 12h, à renouveler si besoin.* » Dans ce cas, la contraception d'urgence pourra être délivrée n'importe quand dans l'année à la condition que la lère délivrance de l'ordonnance ait eue lieu dans les 3 mois jour pour jour qui suivent sa rédaction.
- Ou sur une autre ordo, la prescription sera alors valable 1 an.

Possibilité ordonnance à choix multiples si choix indécis à la consultation.

● ● ● | **BERCER** : méthode de counseling préconisée par l'OMS et la HAS pour accompagner la femme dans sa contraception.

- « *la meilleure contraception pour une femme c'est celle qu'elle a dans la tête... encore faut-il prendre le temps de savoir ce qu'elle a dans la tête* ».
- Les femmes (ou les couples) sont les experts de leur propre vie et donc à même de faire les meilleurs choix.
- Le rôle du médecin consiste seulement à «éclairer» ce choix en leur présentant de façon compréhensible et objective les différentes options possibles





Recommandations pour la consultation contraceptive

« La littérature souligne la nécessité pour le praticien : d'étendre le champ de son entretien au-delà des seuls **critères médicaux**, en prenant en compte des **déterminants psychologiques, sociologiques** ou encore **économiques**, d'explorer les **motivations de la consultante vis-à-vis de la contraception**, **d'accompagner la consultante** ou le couple dans la réflexion et le choix de la forme de contraception la plus adaptée à sa situation et à sa trajectoire personnelle.

Une consultation bâtie sur le modèle BERGER de l'OMS pourrait être adaptée. ».

Source : ANAES-AFSSAPS-INPES stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme, recommandations pour la pratique clinique, déc 2004

Comment aider une femme à choisir sa méthode **Contraceptive**

La contraception en France est l'objet d'un paradoxe marquant : bien que notre pays soit celui où la contraception est la plus répandue, un tiers des naissances ne sont pas désirées et 200 000 IVG sont pratiquées chaque année. Pour améliorer l'efficacité des méthodes contraceptives, des recommandations ont été émises fin 2004 par l'Anaes, l'AFSSAPS et l'Inpes, à la demande de la Direction générale de la Santé. Elles reposent sur l'idée centrale que pour être bien acceptée et bien suivie, la méthode contraceptive doit être adaptée à chaque femme et choisie avec elle, en fonction de sa réalité quotidienne.

Pourquoi impliquer la femme (le couple) dans le choix ?

La relation médecin-patient a évolué au cours des dernières décennies, avec une participation de plus en plus grande du patient dans les décisions concernant sa santé. Dans le domaine de la contraception, le fait de permettre aux personnes de choisir est associé à une plus grande satisfaction ainsi qu'à une meilleure utilisation des méthodes : un choix adapté améliore l'efficacité pratique des méthodes contraceptives, qui peut parfois être moins grande que leur efficacité théorique (celle des essais thérapeutiques). La littérature souligne également l'impact positif de l'accord du partenaire sur le suivi de la méthode et donc l'importance, le cas échéant, de considérer le couple dans la démarche contraceptive.

En pratique

- La volonté de s'impliquer dans la décision est variable d'une femme à l'autre : certaines préfèrent s'en remettre à vos conseils, tandis que d'autres souhaitent participer au choix. Il paraît donc important d'explorer le niveau d'implication souhaité par chaque femme.

A quelle occasion aborder la question ?

Les occasions sont nombreuses : au début de la vie sexuelle d'une femme (et notamment chez l'adolescente), en cas de changement de partenaire, au décours d'une grossesse, d'une IVG, en cas de souhait de changement de méthode (arrêt du préservatif notamment), en présence d'un facteur de risque : infection sexuellement transmissible (IST), hypercholestérolémie, tabagisme, etc.



BERCER c'est quoi ?



Déroulement de la consultation et du suivi en 6 étapes :

B = Bienvenue,
E = Entretien,
R = Renseignement,
C = Choix,
E = Explication
R = Retour.



Chacune peut être plus ou moins approfondie selon la personne et selon les besoins du moment.

***Pour plus d'information sur BERCER, cf site OMS :
www.infoforhealth.org/pr/prf/fj48edsum.shtml***

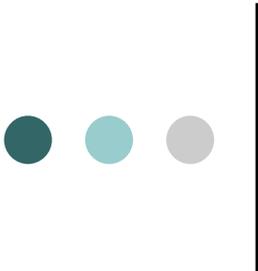


Temps d'accueil de la consultante :
le soignant se présente, assure de la **confidentialité** des entretiens et présente le **rôle**, les **objectifs** et le **déroulement possibles** de la – ou des – consultations.

Entretien

Temps de **recueil d'information** et **d'expression de la femme sur les raisons de sa visite**, ses **sentiments**, ses **besoins**, ses **souhaits** et ses **doutes** : ce moment est propice à l'élaboration d'un diagnostic éducatif partagé.





Qu'est-ce qu'un diagnostic éducatif ?

Il permet à la femme et au professionnel d'identifier ensemble les besoins de la consultante, d'appréhender les différents aspects de sa personnalité, de prendre en compte ses demandes. Il s'agit ici d'explorer avec la personne :

- « ce qu'elle a » → état de santé, facteurs de risque personnels ou familiaux (HTA, diabète, hyperlipidémie, migraine, accidents thrombo-emboliques...), maladies et traitements éventuels, histoire de sa contraception... ;
- « ce qu'elle fait » → situation familiale et professionnelle, activités sociales et de loisirs, lieu de vie, niveau de ressource, couverture sociale... ;
- « ce qu'elle sait » → en matière de contraception (méthodes, leurs utilisations...) ;
- « ce qu'elle croit » → croyances relatives aux bienfaits ou aux méfaits des méthodes contraceptives, croyances liées à sa culture, son éducation et sa trajectoire personnelle... ;
- « ce qu'elle ressent » → au sujet de sa vie affective et sexuelle et vis-à-vis de la contraception (inquiétude, résignation, impuissance, motivation...) ;
- « ce dont elle a envie » → ses projets personnels, un désir de grossesse, une méthode contraceptive précise...

Renseignement

Temps pour une **information claire, hiérarchisée et sur mesure.**

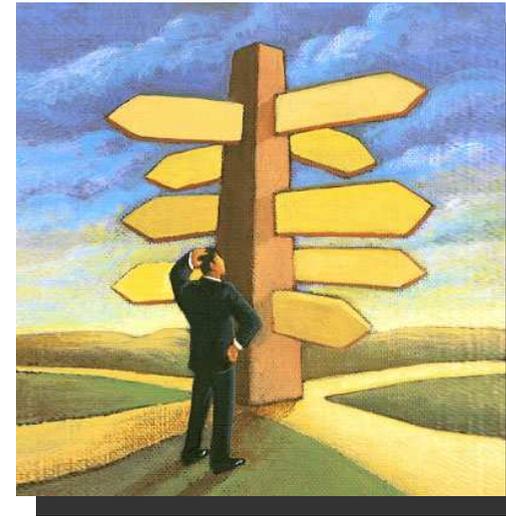
Il est essentiel que le professionnel s'assure de la **bonne compréhension des informations** concernant les méthodes qui intéressent la consultante ou qui pourraient lui être proposées : mode d'emploi, efficacité en pratique courante, contre-indications, avantages, inconvénients, risques graves – même exceptionnels –, coût.



Choix

Le professionnel souligne que la **décision finale appartient à la consultante seule.**

Pour l'aider à choisir, il peut attirer sa réflexion sur sa situation de famille, sur ses préférences (et celles de son partenaire), sur les bénéfices et les risques des différentes méthodes, et sur les conséquences de son choix. Le soignant s'attache également à faire réfléchir la femme sur la possibilité qu'elle a, compte tenu de sa situation et de sa trajectoire personnelle, de respecter la méthode contraceptive. Il s'assure au final qu'elle a pris une décision précise.



Explication

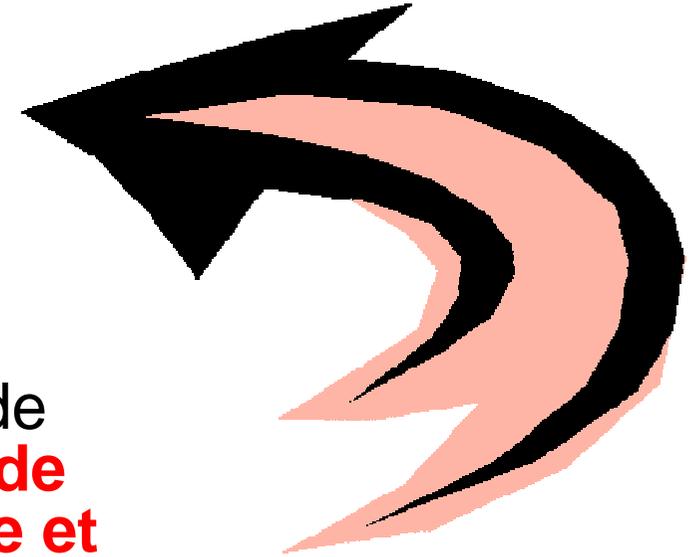
Discussion autour de la **méthode choisie et de son emploi** :

- **démonstration** (au mieux, apprentissage avec manipulation par la consultante elle-même) ;
- réflexion sur les possibilités d'établissement d'une **prise de routine** pour la pilule,
- information sur les **effets secondaires** et la **conduite à tenir**, renseignements sur les possibilités de **rattrapage** en cas de problème (indiquer les lieux et les conditions dans lesquelles la femme peut se procurer une contraception d'urgence).
- La **délivrance de documents écrits** peut représenter une aide.
- Sont enfin abordées les **raisons médicales qui peuvent justifier le retour de la consultante**.





Retour



Les consultations de suivi sont l'occasion de **réévaluer la méthode et son utilisation, de vérifier qu'elle est adaptée à la personne et que celle-ci en est satisfaite.**

Elles constituent une **opportunité pour discuter un changement de méthode** dans le cas où elle se révèle inadaptée.

Cette phase prendra en compte **les modifications de trajectoire personnelle, affective et sociale.**

A partir de 35-40 ans, il est important de réévaluer l'adéquation de la méthode contraceptive utilisée en raison de l'augmentation des risques cancéreux et cardiovasculaires avec l'âge.



Plusieurs types de contraception :

- Oestro-progestative
 - La pilule oestro-progestative
 - L'anneau vaginal (Nuvaring®)
 - Le patch (Evra®)
- Progestative (orale, implantable, intra-utérin et injectable)
 - La pilule progestative
 - L'implant
 - Le Dispositif Intra-utérin progestatif
 - L'injection de macro-progestatif
- Mécanique
 - Le Dispositif intra-utérin au cuivre
 - Les préservatifs masculins et féminins
 - Les spermicides
 - Le diaphragme et la cape cervicale
- Les méthodes naturelles
- La contraception d'urgence
- La stérilisation définitive



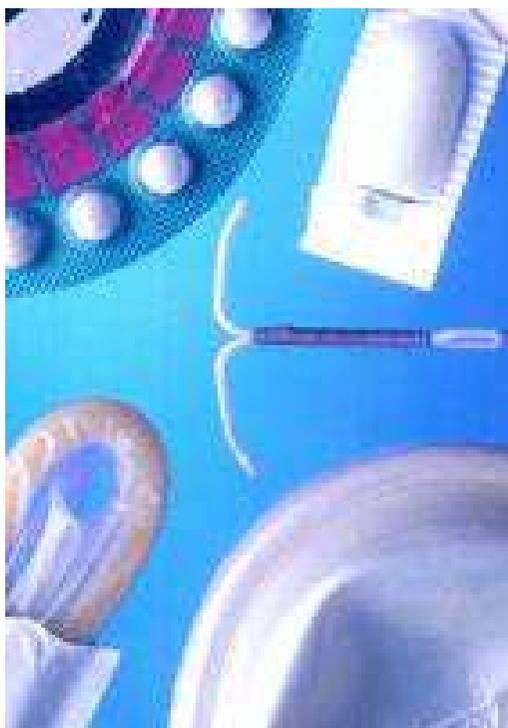
I. Efficacité des différentes méthodes contraceptives

Efficacité des différentes méthodes contraceptives, adapté d'après l'OMS

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

* Correspond à l'efficacité obtenue des essais thérapeutiques.

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

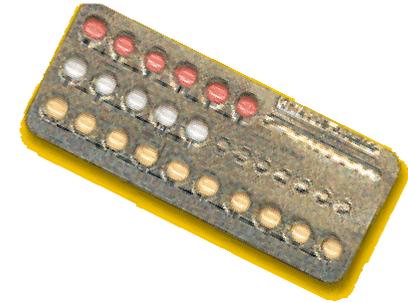




CONTRACEPTION

- Loi Neuwirth 1967 : légalisation de la contraception en France
- Ensemble des moyens permettant d'éviter une grossesse non désirée.
- Il y a risque de grossesse pour tous les rapports sexuels même pendant les règles. Le moment de l'ovulation est imprévisible même si les cycles sont réguliers. Les spermatozoïdes (dans le liquide pré éjaculatoire, et dans le sperme) peuvent vivre jusqu'à 7 jours dans l'appareil génital féminin.
- « La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit. »
Prescription médicale tenant compte de :
 - *Information détaillée* sur les méthodes contraceptives disponibles,
 - Prise en compte des *CI médicales*, des *réticences*, du contexte de la *vie de la patiente*, des *effets secondaires* et des éventuelles *difficultés d'utilisation* des méthodes contraceptives.
 - Toute *femme mineure* peut obtenir du médecin la *prescription d'un moyen contraceptif sans autorisation parentale*.
Les centres de planification prescrivent et délivrent à titre gratuit les méthodes contraceptives aux mineures et aux personnes ne relevant pas d'un régime d'Assurance maladie.
L'examen gynécologique n'est pas nécessaire à la prescription d'un moyen de contraception (ados...).

Contraception oestro-progestative



- Pilule oestro-progestative (sur ordonnance)
 - Prise pendant 21 jours avec pause de 7 jours ou en continu pendant 28 jours.
 - Plaquettes de 21 à 28 comprimés contenant des hormones qui agissent par différentes actions (blocage de l'ovulation, modification de la glaire cervicale et de la muqueuse utérine).
 - Il existe de nombreuses pilules différentes, de nombreuses contre indications,
 - De 2 à 12 €/mois, certaines sont remboursées à 65 % (sécu sociale).
 - Efficace à 99% si la prise est correcte
 - Risque d'accident thrombo embolique (augmenté si plus de 35 ans, tabac, ATCD personnels et familiaux de MTE)
 - Surveillance régulière : cholestérol, triglycérides, glycémie à jeun.
- Les estroprogestatifs oraux sont associés à une **possible augmentation du risque de cancer du sein et du col utérin**, en particulier chez les utilisatrices au long cours (8 ans et plus) pour le cancer du col utérin. Ce risque, faible chez les femmes jeunes, augmente avec l'âge.
- L'utilisation des estroprogestatifs est associée à un effet protecteur contre la survenue des cancers de l'endomètre, de l'ovaire et colorectal.



Les pilules



oestro-progestatives

- Efficacité contraceptive équivalente quel que soit le progestatif ou la dose d'éthinylestradiol.
- Avant toute prescription d'une contraception estroprogestative, il importe de **rechercher systématiquement des facteurs de risque thromboembolique artériel ou veineux et de prendre en compte les contre-indications et précautions d'emploi de cette classe de médicaments.**
- Le choix de l'oestroprogestatif est fonction, de l'âge, des **antécédents médicaux personnels et familiaux et d'une situation particulière (post-partum ou post-abortum par exemple)**. La tolérance peut conduire à des adaptations individuelles de pilule.
- Tous les contraceptifs estroprogestatifs sont associés à une **augmentation du risque d'accident thrombo-embolique**. Toutefois, le **risque de thrombose veineuse induit par les estroprogestatifs de 2e génération est inférieur à celui des estroprogestatifs de 3e génération, qui sont donc des médicaments de seconde intention.**
- Les principales contre-indications des méthodes contraceptives oestroprogestatives sont d'ordre cardio-vasculaire, carcinologique et hépatique.
- Après 45 ans, les oestroprogestatifs n'étant pas recommandés en raison de l'accroissement des risques vasculaire et métabolique, les recommandations de l'Afssaps conseillent une contraception mécanique.

Les pilules

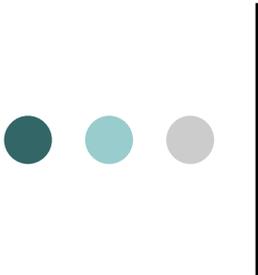
oestro-progestatives



- PRESCRIPTION de 1^{ère} intention = 2^e génération : lévonorgestrel.
- PRESCRIPTION de 2^{ème} intention = 3^e génération :
 - éthinylestradiol (entre 15 et 35 µg) + hormone progestative (désogestrel, gestodène, norgestimate)
 - augmentation du risque de survenue d'accident thromboembolique veineux et d'AVC ischémique

Cf. tableau
Céline Glorie





Les pilules oestro-progestatives



Contre-indications Absolues

- Accidents thromboemboliques
- Accidents vasculaires cérébraux
- Accidents vasculaires oculaires
- Cardiopathies arythmiques
- Cancer hormonodépendant : sein, utérus...
- Antécédents d'ictère
- Cholestase
- Déficit enzymatique hépatique
- Adénome hypophysaire
- Grossesse
- Hémorragies non diagnostiquées
- Insuffisance rénale chronique
- Porphyrries, LED, connectivites

Contre-indications relatives

- Age
- Tabac
- Obésité
- Mauvais état veineux des membres inférieurs
- Antécédents familiaux vasculaires
- Etat migraineux
- Diabète insulino-dépendant
- Mastopathies bénignes
- Intervention chirurgicale : chaque fois que celle-ci peut être prévue, l'arrêt temporaire s'impose.



Liste d'éligibilité aux pilules Estro-Progestatives en CPEF	OUI	NON
Avez vous plus de 35 ans <u>et</u> fumez vous ?		
Etes vous régulièrement suivie pour un problème important de santé? diabète, problème de rein, maladie inflammatoire intestinale, greffe d'organe, cancer du sein		
Vous a t' on déjà trouvé au moins 1 fois la tension artérielle trop élevée? (supérieure à 14-9)		
Avez vous ou avez vous eu de graves problèmes de coeur ou de vaisseaux sanguins? infarctus, paralysie, phlébite, embolie pulmonaire, malformation		
Y a t' il de graves problèmes de coeur ou de vaisseaux dans votre famille proche et avant 60 ans ? infarctus, paralysies, phlébites, embolies pulmonaires		
Avez vous ou avez vous eu un problème de foie ? jaunisse, hépatite, cirrhose, tumeur		
Avez vous souvent des migraines ? forts maux de tête, souvent d'un seul côté, augmentés par la lumière ou le bruit, parfois accompagnés de nausées ou de picotements, troubles de la vue		
Allaites vous?		
Avez vous eu des problèmes de diabète, foie, tension artérielle trop élevée pendant une grossesse récente?		
Prenez vous des médicaments pour l'épilepsie? la Tuberculose?		
Prenez vous des médicaments pour le SIDA, ou un traitement qui diminue les défenses du corps?		
Pouvez vous être enceinte ? Répondre OUI si vous avez : -des signes de grossesse -des règles qui remontent à plus de 4 semaines -eu des rapports sexuels sans préservatif, un préservatif qui a glissé ou craqué depuis les dernières règles sans prendre de contraception d'urgence		

Source : AFC



Une seule
réponse
positive,

pas de
prescription
OP



Oestroprogestatifs
et médicaments



Tableau 2 : Interactions médicamenteuses à prendre en compte

	DCI	Noms commerciaux
Antiépileptiques	Carbamazépine	Tégrétol®
	Oxcarbamazépine	Trileptal®
	Fosphonytoïne	Prodilantin®
	Phénobarbital	Gardéнал®
	Phénytoïne	Di-hydan®, Dilantin®
	Primidone	Mysoline®
Antirétroviraux	Néviparine, lopinavir, nelfinavir, efavirenz, ritonavir	Viramune®, Sustiva®, Kaletra®, Viracept®, Crixivan®
Antibiotiques	Rifampicine	Rifadine®, Rimactan®
	Rifabutine	Ansaticipine®
Phytothérapie	Millepertuis*	Arkogélules millepertuis®, Procalmil®
		Elusane millepertuis®
Divers	Bosentan, aminogluthétimide, griséofulvine, modafinil	

* Le millepertuis est un inducteur enzymatique puissant. Il est utilisé particulièrement en tisane dans la dépression légère.



OUBLI DE PILULE d'après www.contractions.org



(oestro-progestative de 21 ou 24 cps actifs par plaquette)

Retard de moins de 12 heures :

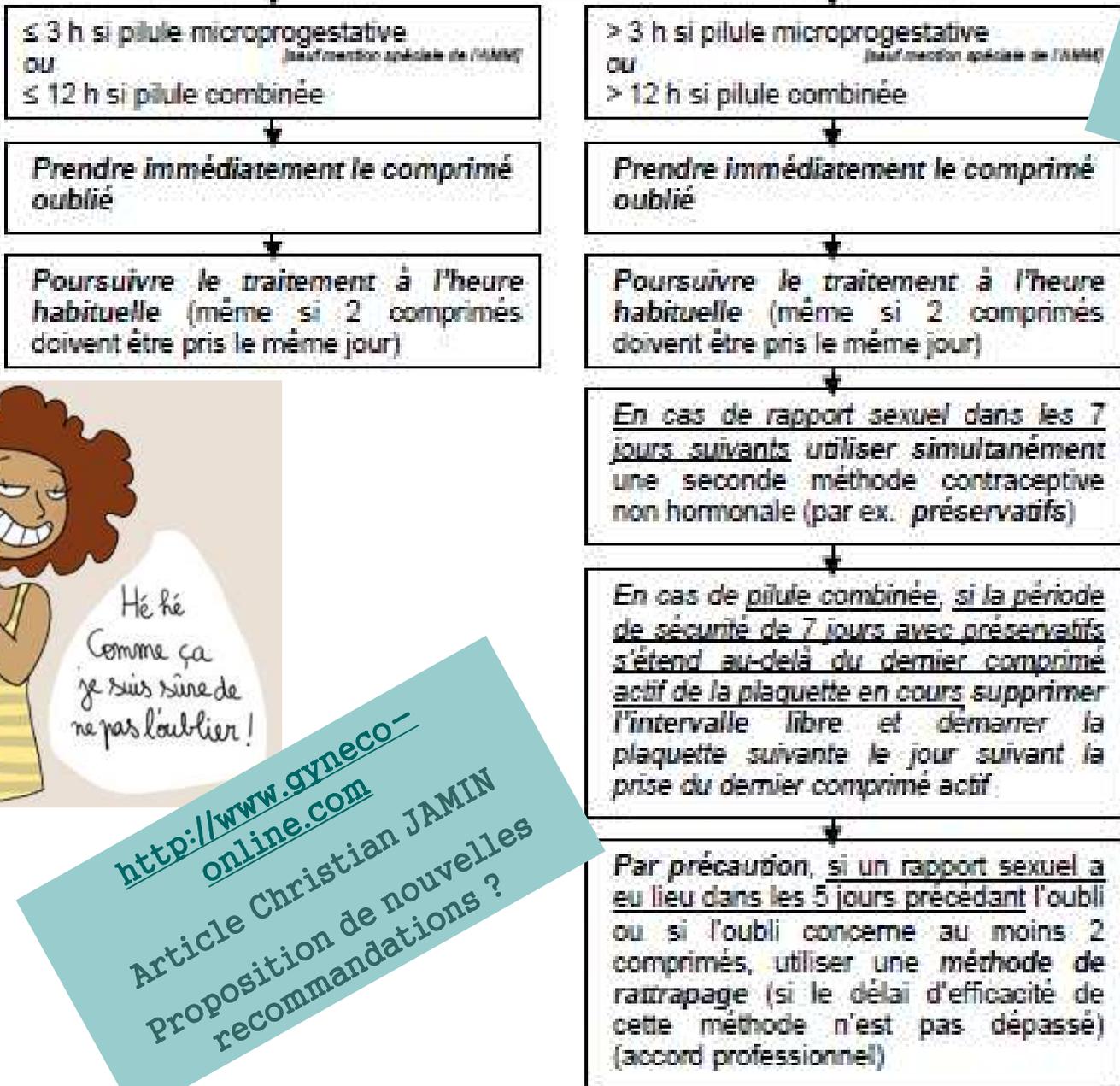
- prendre immédiatement la pilule oubliée, les comprimés suivants à l'heure habituelle et n'ayez aucune inquiétude.

Retard de plus de 12 heures :

- Prendre immédiatement la dernière pilule oubliée.
- Continuer les comprimés suivants à l'heure habituelle (2 comprimés peuvent être pris le même jour).
- Prendre en plus la contraception d'urgence en cas de rapport sexuel au cours des 5 jours précédant l'oubli.
- Pendant les 7 jours suivant l'oubli : rapports protégés (préservatifs ou spermicides).
- Si l'oubli a lieu au cours des 7 derniers comprimés actifs, supprimer les comprimés placebo et enchaîner la prise d'une nouvelle plaquette.
- Vomissement ou diarrhée = oubli de pilule
- En cas de doute faire un test de grossesse 21 jours après l'oubli.



Oubli ou décalage de la prise par rapport à l'heure habituelle :



20 % des femmes oublie un comprimé par CYCLE



<http://www.gyneco-online.com>
Article Christian JAMIN
Proposition de nouvelles recommandations ?

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

Contraception oestro-progestative



- Anneau vaginal (Nuvaring®) (sur ordonnance)



Anneau souple, transparent et incolore qui diffuse régulièrement des hormones qui bloquent l'ovulation et modifient la glaire cervicale. Très efficace (99,35%).

Doit être pincé entre deux doigts pour être mis en place à l'intérieur du vagin. Discret même pendant les rapports sexuels.

Le placer pour 3 semaines consécutives puis le jeter. Le retirer le même jour de la semaine que celui de la mise en place puis arrêt de 7 jours (période où les règles arrivent).

En cas d'expulsion accidentelle ou de retrait volontaire, le rincer à l'eau tiède puis le réinsérer dans les 3 heures qui suivent maximum.

15 €/mois, non remboursé.

- Patch contraceptif (Evra®) (sur ordonnance)



Timbre mesurant 45x45mm, 4 sites d'application : abdomen, torse, fesses et bras. Ne jamais appliquer sur les seins.

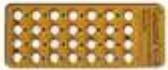
Libère une dose continue d'hormones qui bloquent l'ovulation et modifient la glaire cervicale. Très efficace (99,29%). Si décollement, efficace 24 h. Un patch par semaine pendant 3 semaines, arrêt 1 sem, ce qui provoque l'apparition des règles. Procéder au changement, à chaque fois, le même jour de la semaine (à n'importe quel moment de la journée).

15 €/mois, non remboursé.



Contraception progestative

○ La pilule progestative (sur ordonnance)



- 1 comprimé à prendre quotidiennement et à heure fixe pendant les 28 jours du cycle (pas d'interruption entre les plaquettes)
- Délai de 3 ou 12 h
- De 2 à 12€/mois, Remboursé et NR
- Très peu de contre indications.
- Efficace au bout de 7 jours.
- Modifie la glaire cervicale, +/- bloque l'ovulation selon les pilules.



○ L'implant : (sur ordonnance)

- Bâtonnet cylindrique de 4 cm de long et de 2 mm de large inséré sous la peau du bras, sous anesthésie locale. La pose dure quelques minutes. Il peut être retiré par un médecin dès que la femme le désire.
- Très efficace (presque 100%) pendant 3 ans. Empêche l'ovulation, modifie la glaire cervicale.
- 138 €, remboursé à 65 %.

Contraception progestative



NEXPLANON est le nouvel implant contraceptif, remplace définitivement l'IMPLANON depuis janv 2011.

- même dosage en Etonorgestrel (68 mg par implant) + 3% de sulfate de baryum ce qui le rend radio-opaque, 3 ans
- remboursé sur la base de 65% par la sécurité sociale et 35% par les mutuelles ou CMU.
- L'inserteur du NEXPLANON a été modifié de façon à rendre impossible une implantation trop profonde
- durée d'efficacité contraceptive est plus courte chez les femmes en surpoids ou obèses : 2 ans 1/2 si IMC entre 26 et 29, 2 ans si IMC > ou = à 30
- 1 femme sur 5 est en aménorrhée (absence de règles) et 1 femme sur 5 présente des saignements fréquents et/ou prolongé. Il n'existe aucun traitement validé à ce jour permettant de modifier le profil des saignements Le profil des saignements à 3 mois est représentatif du profil des saignements ultérieurs et conduit parfois à réaliser un retrait de l'implant.

Contraception progestative



○ Le Dispositif Intra Utérin (DIU) : (Mirena®) (sur ordonnance)

- Placé dans l'utérus par un médecin ou une sage-femme, pose en 2 minutes.
- Contrôle médical annuel.
- Peut être enlevé par le médecin dès que la femme le désire.
- Très grande efficacité pendant 5 ans. Diminue les sécrétions de glaire cervicale et modifie la muqueuse de l'utérus.
- Même chez les femmes n'ayant pas eu d'enfant.
- 130€, remboursé à 65%.



○ L'injection de macro-progestatif (sur ordonnance)

- Une injection intra musculaire tous les 3 mois
- Efficace à 99,7% après 24 heures. Le progestatif injecté va bloquer l'ovulation, modifier la glaire cervicale et la muqueuse de l'utérus.
- Retour à la fertilité 6 à 9 mois (maximum 18 mois) après la dernière injection.
- 2 molécules : Dépo-provera et Noristérat.
- Concerne essentiellement les femmes de faible niveau socio-économique et/ou d'origine étrangère en situation de précarité
- Contraceptif de non choix, d'urgence, remboursé, 3,34 €



Contraception mécanique



- Dispositif Intra Utérin (DIU) au cuivre (sur ordonnance)
Petit objet en plastique de 20 à 30 mm recouvert de cuivre.
Altère le fonctionnement et la viabilité des spermatozoïdes et de l'ovule.
Cycle naturel respecté. Très grande efficacité pendant 5 à 10 ans.
Se place dans l'utérus par un médecin. Nécessite un contrôle médical.
Peut être gardé pendant 3 à 10 ans selon les modèles ou retiré sur votre demande. Pose par un médecin ou une sage-femme.
27€, remboursé à 65%.

Même chez les femmes n'ayant pas eu d'enfant.

« MONA LISA NT CU 380 » (pour la plupart des prescriptions)



- Préservatifs masculins et féminins (sans ordonnance)

SEUL CONTRACEPTIF QUI PROTEGE DU SIDA ET DES AUTRES I.S.T.

- Masculin : à partir de 0,20 € le préservatif, NR.
- Féminin : à partir de 2 €, NR.
- divers modèles, à utiliser de préférence avec un gel lubrifiant à base d'eau
- jamais les deux à la fois
- Gratuits dans les CPEF et CDAG.





Préservatif féminin

Faites attention à la manière dont vous ouvrez l'emballage. Les ongles, les dents, les bagues et les ciseaux peuvent l'abîmer et le déchirer. Frottez le préservatif pour bien répartir le lubrifiant. Maintenez l'anneau interne et pincez-le. Sans le relâcher, insérez le préservatif à l'aide de l'anneau dans le vagin et poussez-le aussi loin que possible. Prendre l'habitude de mettre le préservatif bien à l'intérieur du vagin c'est s'assurer de son efficacité. Pendant la pénétration, guidez le pénis à l'intérieur du préservatif. Pour sortir le préservatif féminin, pincez la bague extérieure en la faisant tourner. Jetez le préservatif dans une poubelle, pas dans les toilettes.

26

Le préservatif ne peut être utilisé qu'une seule fois.

Entraînez-vous un peu à le mettre seule avant de l'utiliser.

Avantages : Vous pouvez mettre le préservatif quelques heures avant l'acte sexuel pour un meilleur confort.

Le préservatif est en polyuréthane ou en nitrile. Il est plus résistant que le latex et ne donne pas d'allergies. Il est suffisamment lubrifié.

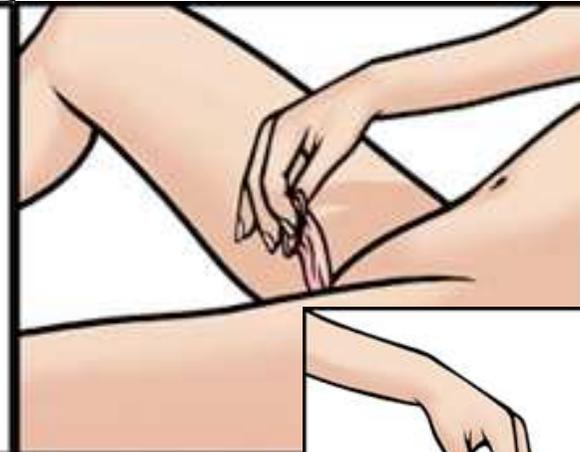
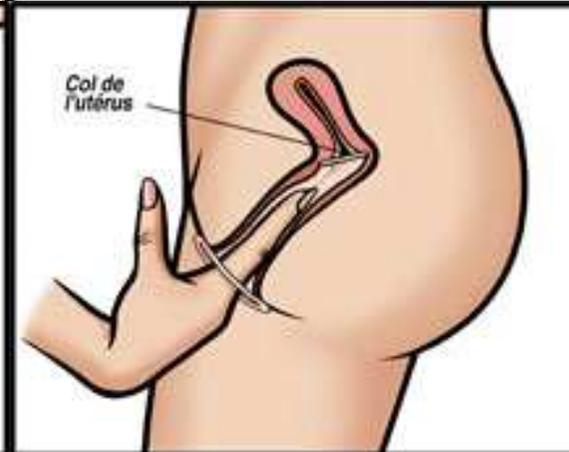
Préservatif masculin

Le pénis doit être en érection pour mettre le préservatif. Faites attention à la manière dont vous le retirez de son emballage. Les ongles, les dents, les bagues peuvent l'abîmer et le déchirer. Les préservatifs sont conçus avec ou sans réservoir. Vérifiez le sens du déroulement. Pincez le bout du préservatif pour chasser l'air en le mettant. En tenant le bout du préservatif, déroulez-le jusqu'à la base du pénis. Si vous n'arrivez pas à le dérouler, c'est probablement que vous l'avez mis à l'envers. Si c'est le cas, recommencez avec un autre préservatif, parce qu'il peut y avoir maintenant du liquide séminal à l'extérieur. Vérifiez que le préservatif est en place pendant que vous faites l'amour. Après éjaculation, le garçon doit se retirer en tenant fermement le préservatif à la base de son pénis pour bien en contrôler la sortie. Il est préférable de nouer le préservatif et de le jeter dans une poubelle et non dans les toilettes. **Urgence !** Si le préservatif se déchire, glisse ou n'a pas été utilisé, les femmes peuvent avoir une contraception d'urgence, délivrée par le médecin, le pharmacien, l'infirmier scolaire, un dispensaire ou un centre de planification familiale. Actuellement, la pilule d'urgence la plus utilisée est le Norlevo®, qui pour un maximum d'efficacité doit se prendre le plus rapidement possible après le rapport et au maximum dans les 72 heures. Si vous pensez qu'il y a risque de transmission du VIH, appelez d'urgence Sida Info Service, un traitement préventif peut vous être proposé.

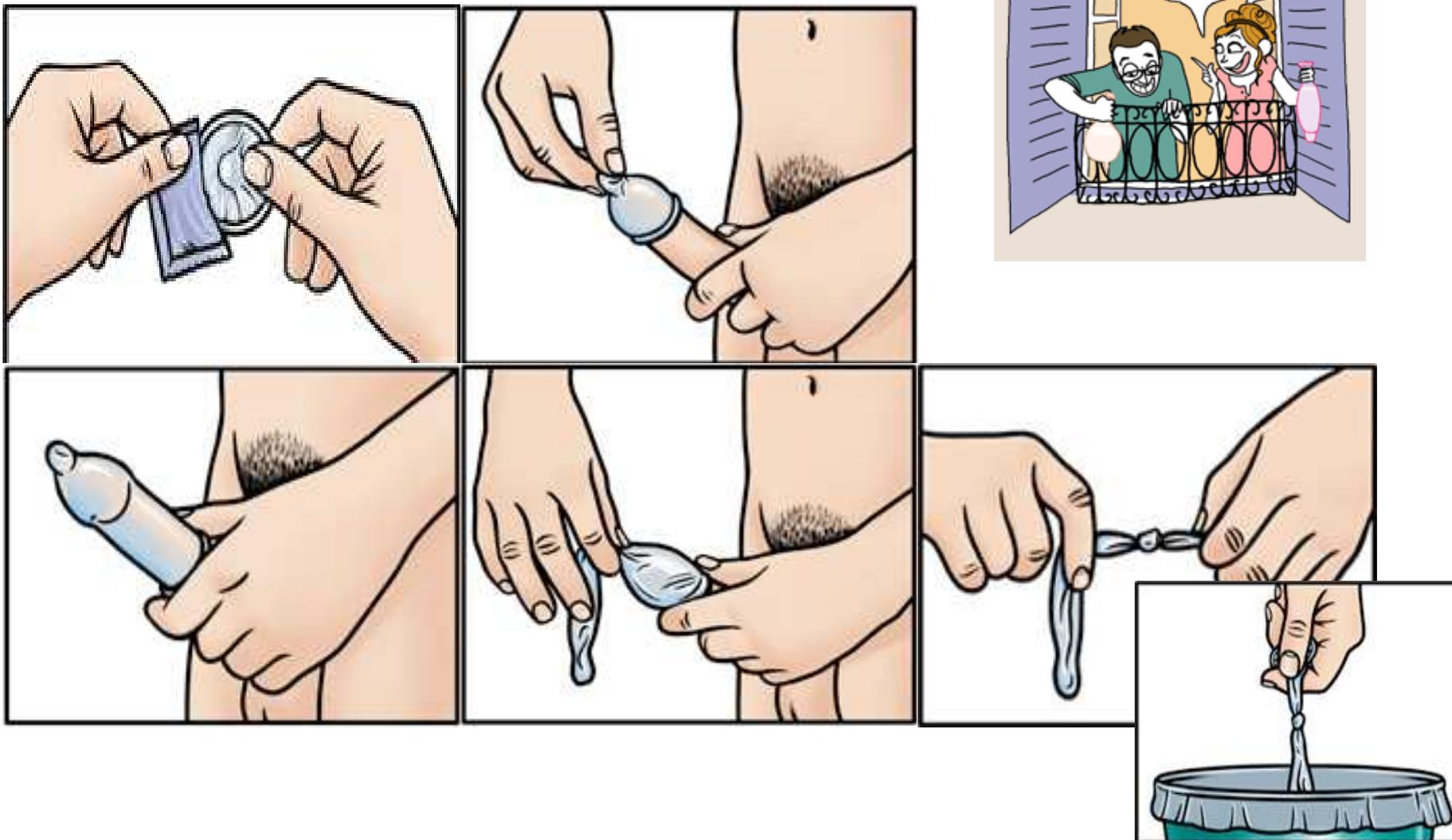
27



Préservatifs féminins



Préservatifs masculins



Contraception mécanique

- Diaphragme / cape cervicale (sur ordonnance) efficace à 95 %



**CONTRACEPTION
NON ADAPTEE AU
POST-PARTUM**



- Le diaphragme est une coupelle en latex ou en silicone que l'on place dans le vagin. Il s'utilise associé à un produit spermicide. Cela empêche le passage des spermatozoïdes. (33€ en latex, 42€ en silicone, remboursé sur la base de 3.14€).
- La cape est un dôme très fin, en latex ou en silicone, qui vient recouvrir le col de l'utérus. (39.5€ en latex, 52 € en silicone, NR)
- À poser au moment du rapport sexuel et à garder plusieurs heures après (8 h). Réutilisable.
- Contraception utile de dépannage.

- Spermicides (sans ordonnance) efficace à 95 %



- Gel, ovule ou éponge à placer dans le vagin quelques min avant chaque rapport. Détruisent les spermatozoïdes.
- Seule l'éponge est efficace 24 h. Elle peut être placée bien avant le RS et gardée plusieurs heures après.
- Contraception utile de dépannage.
- 7 à 16€ selon le type, pour plusieurs doses, NR.



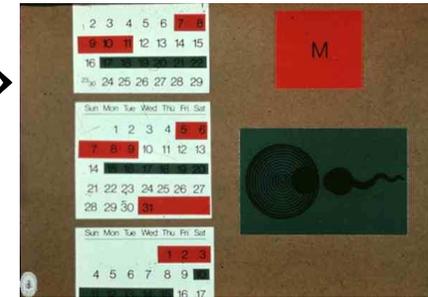
MAMA (Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée)



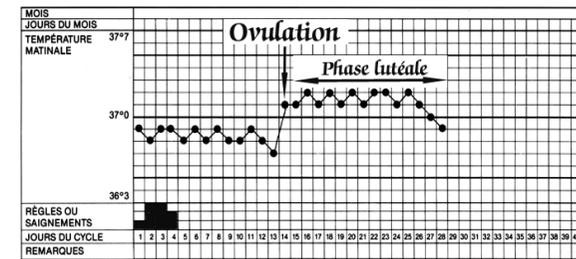
- La succion du sein par le bébé est perçue par le cerveau (de la mère), qui stimule les seins pour qu'ils produisent du lait au moyen d'une neuro-hormone, la prolactine. Or, la fabrication de prolactine supprime l'ovulation et empêche les grossesses.
- allaitement exclusif à la demande
- jour et nuit / 6 à 10 tétées par 24h
- < 6h entre les tétées
- aménorrhée persistante (absence totale de règles),
- jusqu'à 6 mois après l'accouchement.
- Beaucoup de conditions, efficace à 98 %.
- Informations écrites +++
- Si une des conditions n'est pas respectée, préservatifs + Norlevo® / +/-Ellaone ® en attendant une autre contraception.



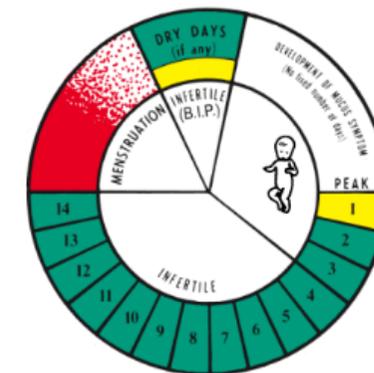
« Méthodes naturelles »



- retrait ou coït interrompu (retrait pas toujours effectué à temps et présence de spermatozoïdes dans le liquide pré sérial)
- abstinence périodique (méthode Ogino, méthode des températures, méthode de Billings ou méthode de la glaire cervicale).
- Ordinateur contraceptif (test hormonal par languettes urinaires, 75 € l'ordi.
+ 15 €/mois pour les languettes, 14 à 28 % d'échec)
- Pas ou peu fiable.
- À utiliser seulement si la survenue d'une grossesse inopinée serait la bienvenue...



Billings Ovulation Method



Simple, Natural, Effective

Click to Enter

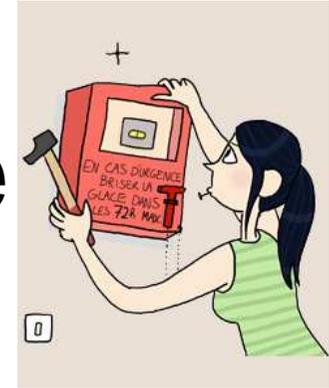
CONTRACEPTION NON ADAPTEE AU POST-PARTUM

La contraception d'urgence



- Méthode de rattrapage à utiliser en cas de rapport sexuel non protégé, accident de préservatif, oubli de pilule (échec ou absence de contraception) = « pilule du lendemain ».
- **NORLEVO®** 1 cp le plus tôt possible après le RS non protégé, de préférence dans les 12 h et au plus tard dans les 72 h suivant le RS.
Retarde l'ovulation. Efficace à 95 % dans les 24 heures suivant un rapport sexuel non protégé, 85 % dans les 24 à 48 heures, 58 % dans les 48 à 72 heures. Pas de CI.
Sans ordonnance, 7.60€. Remboursé à 65 % si ordonnance. Gratuit pour les mineures. En pharmacie, CPEF, infirmières scolaires.
- **ELLAONE®** : nouvelle contraception d'urgence efficace à 85 % jusqu'à 72h suivant le RS non protégé, environ 60 % entre 72 et 120 h, sur prescription médicale. Premier modulateur sélectif des récepteurs à la progestérone ayant obtenu une AMM. Ella one est délivrée sur ordonnance, au prix 24,15 euros et remboursée à 65 %.
- **Pose d'un DIU au cuivre** dans les 5 jours suivant le RS non protégé. Altère le fonctionnement et la viabilité des spermatozoïdes et de l'ovule. Efficace à 99,9%. Sur prescription médicale, remboursé par la sécurité sociale, 27 €. Elle reste la méthode la plus efficace en cas de rapport non protégé. Elle est moins accessible (pose en consultation médicale) que la contraception d'urgence par lévonorgestrel.

Contraception d'urgence



- La contraception d'urgence hormonale est **d'autant plus efficace qu'elle est prise précocement après le rapport non protégé.**
- A la suite d'une contraception d'urgence hormonale, il est recommandé de conseiller à la femme :
 - 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, ou en cas de saignements anormaux à la date prévue des règles, ou en cas de signes évocateurs ; Si les règles sont irrégulières, faire le test 3 semaines après la date du dernier RS non protégé.
 - de n'envisager la contraception d'urgence hormonale qu'en tant que **méthode exceptionnelle.**
 - **Se soucier également d'une transmission éventuelle d'I.S.T.**

ELLAONE® ulipristal



- Modulateur des récepteurs de la progestérone
- **Uniquement sur prescription médicale**
- ELLAONE est une contraception d'urgence indiquée **dans les 5 jours (120 heures) suivant un rapport sexuel non protégé ou en cas d'échec d'une méthode contraceptive.**
- réduit de façon statistiquement significative le taux de grossesse attendu. 2.1% de grossesse (pris entre 48 et 120 heures après un rapport non protégé)
- Il est recommandé de prendre ELLAONE **le plus tôt possible.**
- Dans la mesure où il se lie aux récepteurs à la progestérone, l'ulipristal est susceptible de **réduire l'action d'une contraception hormonale régulière par contraceptif combiné ou par progestatif seul.** Il est par conséquent recommandé, qu'après une contraception d'urgence, les rapports sexuels ultérieurs soient protégés par une méthode de contraception barrière fiable (telle que préservatif) jusqu'au début des règles suivantes. (HAS janv 2010)
- ELLAONE **ne doit pas être utilisé plusieurs fois au cours d'un même cycle menstruel, ni être utilisé simultanément avec le lévonorgestrel** dans le cadre d'une contraception d'urgence.
- Les événements indésirables les plus fréquemment observés au cours des études cliniques : céphalées, nausées, douleurs abdominales, dysménorrhée, vertiges, fatigue.

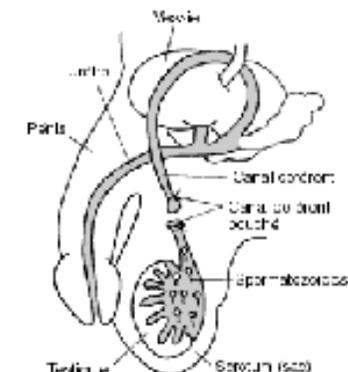
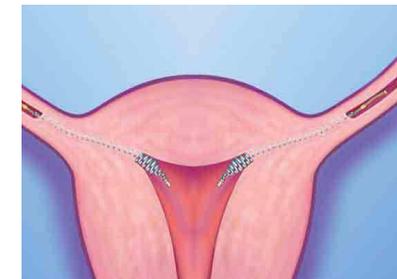
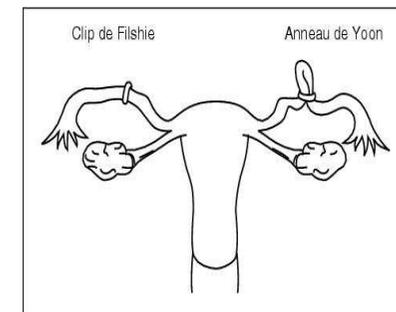
ELLAONE® ulipristal

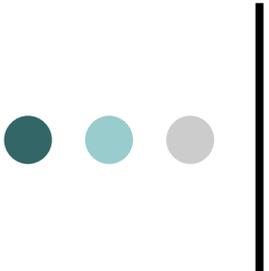


- *Etudes cliniques seulement fait par HRA Pharma*
- Pas de recul sur les grossesses évolutives
- Retarde les règles suivantes jusqu'à 7 jours.
- CI :
 - Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients.
 - Grossesse.
 - **Allaitement maternel : arrêt temporaire de 36h à la suite de la prise.**

Stérilisation définitive

- Personne majeure, en bonne santé, consentement de la personne concernée écrit (pas de son conjoint), dans un milieu hospitalier.
- Délai de réflexion de 4 mois obligatoire.
- Remboursé.
- Conditions particulières pour les personnes dont la facultés mentales sont altérées. Décision par le juge des tutelles.
- **Ligature des trompes utérines**, par coelioscopie : électrocoagulation, ligature-section des trompes, pose de clips ou anneaux ou par hystérocopie : Essure® (petits ressorts flexibles insérés dans les trompes qui suscitent la fabrication de tissu conjonctif et oblitère les trompes).
Depuis 2011 : remboursement Essure pour les femmes de moins de 40 ans par la Sécurité Sociale.
- **Vasectomie** : ligature du canal déférent, conservation de gamètes possible auparavant (non obligatoire), toujours du sperme après, réanastomose possible.





CAS CLINIQUE n°1

Sage-femme de suites de couches, vous effectuez la visite de sortie des patientes du service. Que pouvez-vous leur prescrire en matière de contraception ?

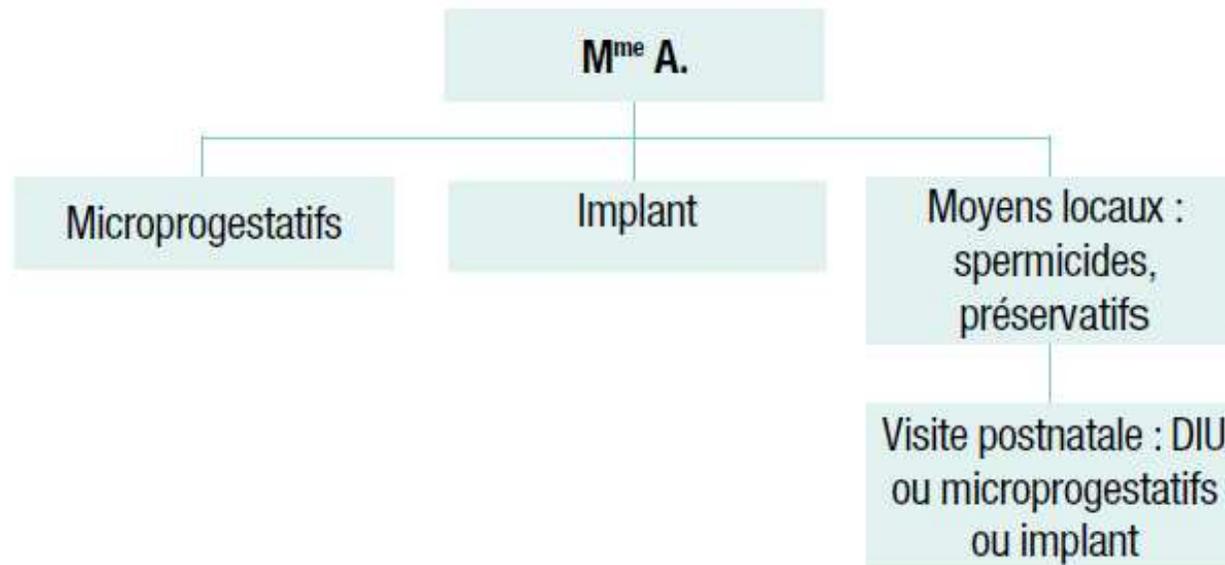
Mme A., 37 ans, 1 m 60 pour 80 kg, en postpartum immédiat, présente un terrain veineux sans particularité et fume “quelques cigarettes” par jour. Elle souhaite reprendre la contraception qu'elle avait avant sa grossesse (contraception orale micro dosée à 30 µg d'œstrogènes).

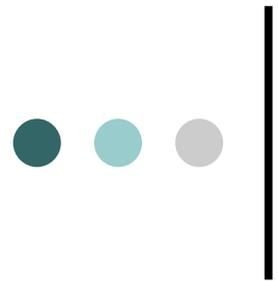
CAS CLINIQUE n°1

(réponse)

- **M^{me} A.**

Facteurs de risques (FDR) ou spécificités identifiés : âge maternel > 35 ans, obésité (IMC : 31,25) ; tabac +/- (risque si > 15 cigarettes/jour selon OMS) ; risque thromboembolique pendant 3 semaines +++ (postpartum immédiat).





CAS CLINIQUE n°2

Mme B., 27 ans, allaitant son enfant,
souhaite une pilule, mais a peur de
l'oublier.

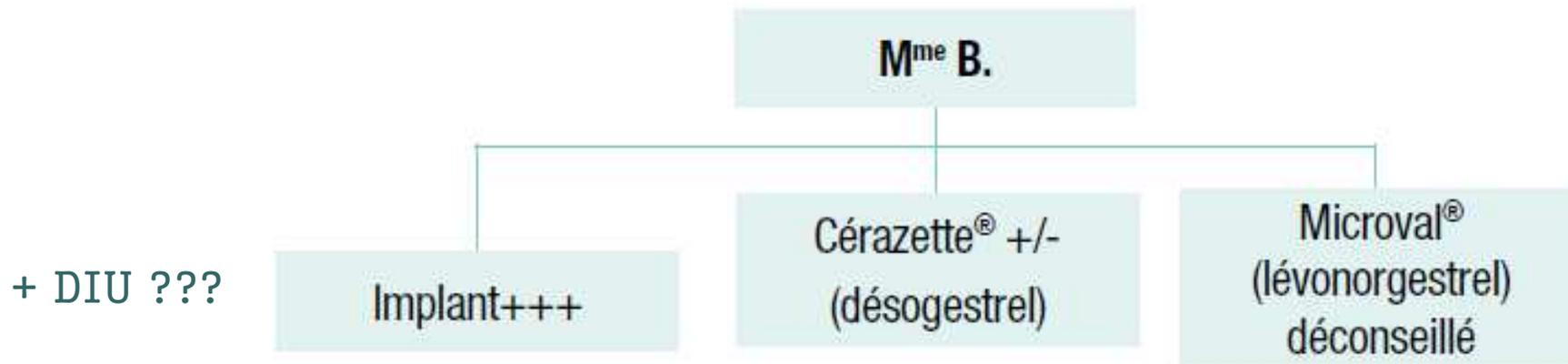


CAS CLINIQUE n°2

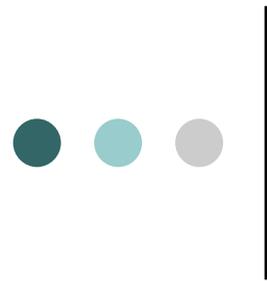
(réponse)

- **M^{me} B.**

FDR : allaitement maternel ; problèmes d'observance.



À débiter entre la sortie et 6 semaines (selon les habitudes et les choix de service) en donnant une information à la patiente sur ce qu'est l'allaitement maternel complet.



CAS CLINIQUE n°3

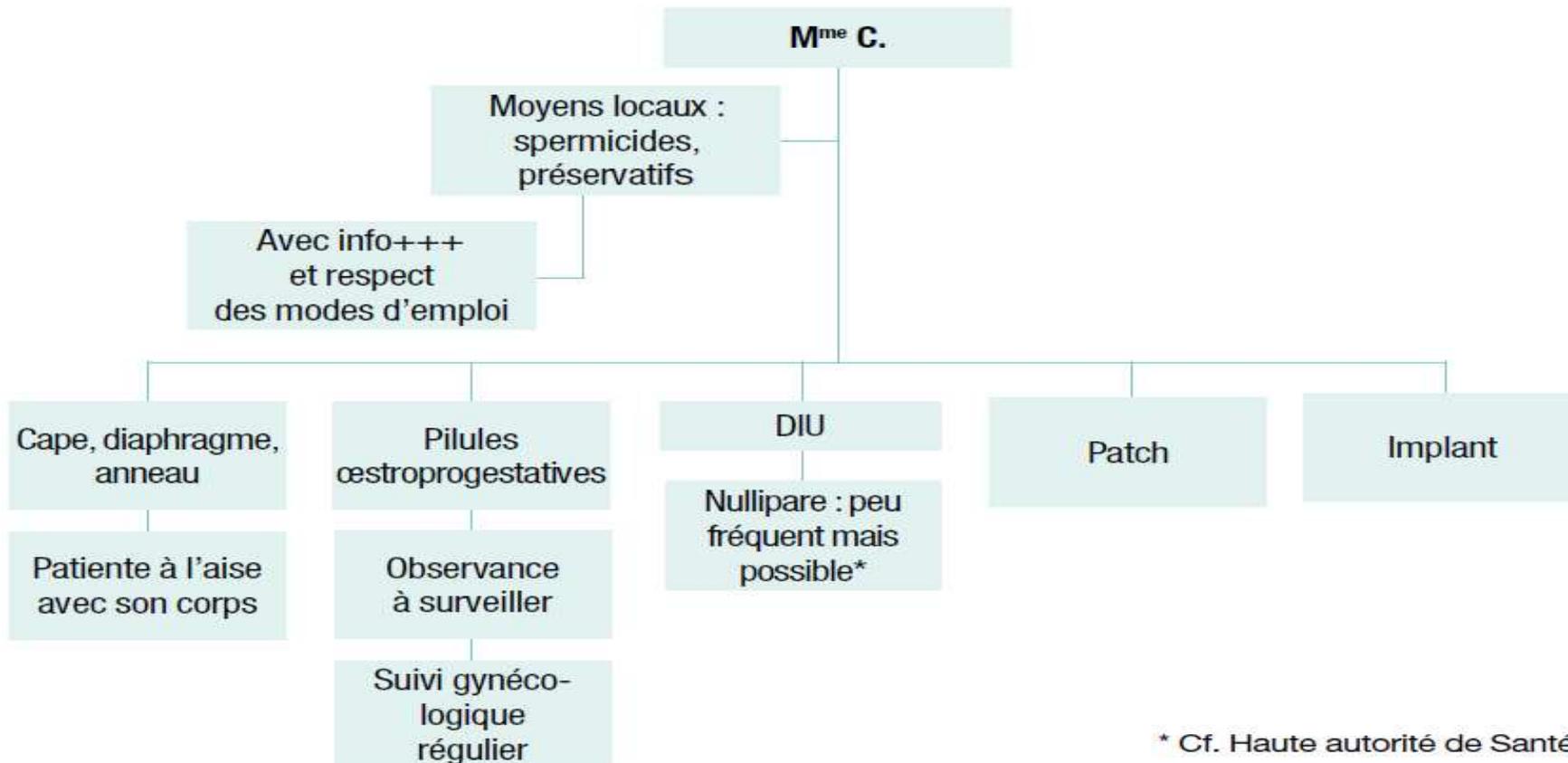
Mme C., 19 ans, vue pour la sortie du service post-IVG, ne fumant pas et présentant un indice de masse corporelle (IMC) normal, ne souhaite pas de contraception orale. Elle préfère des moyens “naturels”.

CAS CLINIQUE n°3

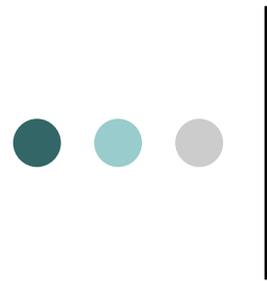
(réponse)

• M^{me} C.

FDR : post-IVG, ce qui laisse présager d'un échec de contraception ; âge 19 ans.
Une information précise sur la contraception doit être donnée. Les méthodes Ogino (courbe de température) et Billings (auto-observation de la glaire) sont déconseillées vu le contexte. Mieux vaut privilégier des contraceptifs comportant peu de contraintes de prise et peu coûteux.



* Cf. Haute autorité de Santé.



CAS CLINIQUE n°4

Mme D., 32 ans, allaitant au sein, aimerait pouvoir bénéficier de la pose d'un « stérilet ».



CAS CLINIQUE n°4

(réponse)

- **M^{me} D.**

La pose du DIU est possible lors de la visite postnatale, voire en postpartum immédiat (sous 48 h si absence d'infection certaine) même si cela est peu fréquent en raison d'un risque d'expulsion important. La prescription du DIU doit être faite . Il est nécessaire d'informer la patiente, avant la visite postnatale, qu'une ovulation peut se produire (rare) en cas d'allaitement maternel non exclusif. Il est possible, dans ce cas, de prescrire un relais par contraceptif oral microprogestatif.

La sage-femme a l'obligation d'informer sur les différents types de DIU existants et sur leur particularité.

INFOS UTILES en France



- Site Internet du ministère chargé de la Santé www.sante.gouv.fr « accès aux dossiers par ordre alphabétique », lettres I (IVG) ou C (Contraception).
- Site Internet de la Haute Autorité de Santé (HAS) www.has-sante.fr rubrique « publications »
« prise en charge de l'IVG jusqu'à 14 SA – mars 2001 »
« recommandations pour la pratique clinique : stratégies de choix des méthodes de contraceptives chez la femme – déc. 2004 »
- www.choisirsacontraception.fr
- Association Française pour la Contraception www.contractions.org
- Fil Santé Jeunes : 0 800 235 236 (7j/j, 8-0 h, anonyme et gratuit) www.filsantejeunes.com
- Sida Info Service : 0 800 840 800 (ts jours, 24/24 h, anonyme et gratuit) www.sida-info-service.org
- Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF) 01 48 07 29 10 www.planning-familial.org
- Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) www.protegetoi.org www.inpes.sante.fr
- Association Nationale des sages-femmes orthogénistes (ANSFO) www.sages-femmes-orthogenistes.org
Cf. page des liens utiles

INFOS UTILES en Dordogne



Contraception IVG Info REGION AQUITAINE :

7 jours sur 7, de 9h à 21h

Tél. : 0810 025 025 (numéro azur)

Médecins généralistes, gynécologues, sages-femmes, infirmières
scolaires,

service de Gynécologie Obstétrique du C.H.G. de Périgueux, de
Sarlat et de Bergerac...

Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF)

74 bd Ampère 24000 Périgueux 05 53 53 11 96

Accueil le mercredi de 16h30 à 19h30, sur RDV les autres jours.

INFOS UTILES en Dordogne



CENTRE DE PLANIFICATION ET D'ÉDUCATION FAMILIALE (CPEF)

Information et éducation à la sexualité, la contraception, la grossesse, Infections Sexuellement Transmissibles (I.S.T. : SIDA, Hépatite B...), vie de couple, des familles... Consultations médicales gratuites sur RDV, entretien individuel ou pour les couples, avant et après l'IVG.

Périgueux : 12 rue Guynemer 24000 Périgueux 05 53 35 99 50 lundi au vendredi de 13h30–16h30, mercredi dès 9 h. Consultations médicales mardi 16h–18h, mercredi 13h30–17h et jeudi 17h–19h.

Bergerac : Centre médico-social 27 rue de Verdun 24100 Bergerac 05 53 57 19 63

Sarlat : Centre médico-social Le colombier HLM Ancien Hôpital 05 53 31 71 71

Nontron : Unité Territoriale Place du Champ de Foire BP 22 24300 Nontron
05 53 56 05 80

Ribérac : Maison du Département Les Chaumes Est 05 53 92 48 60