



HAL
open science

La contraception : de la bonne connaissance par le pharmacien au bon usage par le patient

Anne Sibuet

► **To cite this version:**

Anne Sibuet. La contraception : de la bonne connaissance par le pharmacien au bon usage par le patient. Sciences pharmaceutiques. 2009. dumas-00592349

HAL Id: dumas-00592349

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00592349>

Submitted on 12 May 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Année : 2009

N°

LA CONTRACEPTION :
DE LA BONNE CONNAISSANCE PAR LE
PHARMACIEN
AU BON USAGE PAR LE PATIENT

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN PHARMACIE

DIPLÔME D'ETAT

ANNE SIBUET

Née le 27 décembre 1984 à St Martin d'Hères (38)

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE
Le 23 février 2009

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

Président du jury : Madame Le Professeur Diane GODIN-RIBUOT (directeur de thèse)

Membres :

Madame Le Docteur Pascale HOFFMANN

Madame Le Docteur Christel LE GULLUDEC

Madame Le Docteur Françoise ROLLAND

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE
Domaine de la Merci 38700 LA TRONCHE

Doyen de la Faculté : Mme. le Professeur **Renée GRILLOT**
Vice-Doyenne : Mme **Edwige NICOLLE**

Année 2008-2009
Mise à jour : le 6 octobre 2008

PROFESSEURS A L'UFR DE PHARMACIE

BAKRI	Aziz	Pharmacie Galénique et Industrielle, Formulation et Procédés Pharmaceutiques (LR)
BOUMENDJEL	Ahcène	Chimie Organique (D.P.M.)
BURMEISTER	Wilhelm	Physique (U.V.H.C.I.)
CALOP	Jean	Pharmacie Clinique (CHU)
DANEL	Vincent	Toxicologie (CHU SAMU-SMUR)
DECOUT	Jean-Luc	Chimie Inorganique (D.P.M.)
DROUET	Emmanuel	Immunologie / Microbiologie (U.V.H.C.I.)
FAURE	Patrice	Biochimie (D.B.I / CHU)
FAVIER	Alain	Professeur Emérite
GODIN-RIBUOT	Diane	Physiologie – Pharmacologie (HP2)
GRILLOT	Renée	Parasitologie-Mycologie Médicale (Directeur UFR et CHU)
MARIOTTE	Anne-Marie	Pharmacognosie (D.P.M.)
PEYRIN	Eric	Chimie Analytique (D.P.M.)
SEVE	Michel	Biotechnologie (CHU / CRI IAB)
RIBUOT	Christophe	Physiologie / Pharmacologie (HP2)
ROUSSEL	Anne-Marie	Biochimie Nutrition (L.B.F.A)
WOUESSIDJEWE	Denis	Pharmacotechnie (D.P.M.)

PROFESSEUR ASSOCIE (PAST)

CHAMPON	Bernard	Pharmacie Officine
RIEU	Isabelle	Qualitologie (CHU)
TROILLER	Patrice	Santé Publique (CHU)

PROFESSEUR AGREGE (PRAG)

GAUCHARD	Pierre Alexis	Chimie Inorganique (D.P.M.)
-----------------	---------------	-----------------------------

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE
Domaine de la Merci 38700 LA TRONCHE

Doyen de la Faculté : Mme. le Professeur **Renée GRILLOT**
Vice-Doyenne : Mme **Edwige NICOLLE**

Année 2008-2009
Mise à jour : le 6 octobre 2008

MAITRES DE CONFERENCES DE PHARMACIE

ALDEBERT	Delphine	Parasitologie-Mycologie (L.A.P.M.)
ALLENET	Benoît	Pharmacie Clinique (TIMC-IMAG / CHU)
BATANDIER	Jean	Biologie Moléculaire / Biochimie (L.C.I.B.)
BRIANCON-MARJOLLET	Anne	Physiologie Pharmacologie (HP2)
BUDAYOVA SPANO	Monika	Biophysique (U.V.H.C.I.)
CAVAILLES	Pierre	Biologie Cellulaire et génétique (L.A.P.M.)
CHOISNARD	Luc	Pharmacotechnie (D.P.M.)
DELETRAZ-DELPORTE	Martine	Droit Pharmaceutique Economie Santé
DEMEILLERS	Christine	Biochimie (N.V.M.C.)
DURMORT-MEUNIER	Claire	Biotechnologies (I.B.S.)
ESNAULT	Danielle	Chimie Analytique (D.P.M.)
GERMI	Raphaële	Microbiologie (U.V.H.C.I. / CHU)
GEZE	Annabelle	Pharmacotechnie (D.P.M.)
GILLY	Catherine	Chimie Thérapeutique (D.P.M.)
GROSSET	Catherine	Chimie Analytique (D.P.M.)
HININGER-FAVIER	Isabelle	Biochimie (L.B.F.A.)
JOYEUX -FAURE	Marie	Physiologie-Pharmacologie (HP2)
KRIVOBOK	Serge	Biologie Végétale et Botanique (L.C.B.M.)
MELO DE LIMA	Christelle	Probabilités Biostatistiques (L.EC.A.)
MORAND	Jean-Marc	Chimie Thérapeutique (D.P.M.)
MOUHAMADOU	Bello	Cryptogamie, Mycologie Générale (L.EC.A.)
NICOLLE	Edwige	Chimie Organique (D.P.M.)
PINEL	Claudine	Parasitologie-Mycologie Médicale (CIB / CHU)
RACHIDI	Walid	Biochimie (L.C.I.B.)
RAVEL	Anne	Chimie Analytique (D.P.M.)
RAVELET	Corinne	Chimie Analytique (D.P.M.)
RICHARD	Jean Michel	Service Accueil Handicap (Direction)
SOUARD	Florence	Pharmacognosie (D.P.M.)
TARBOURIESCH	Nicolas	Biophysique (U.V.H.C.I.)
VANHAVERBEKE	Cécile	Chimie organique (D.P.M.)
VILLET	Annick	Chimie Analytique (D.P.M.)

ENSEIGNANTS ANGLAIS

COLLE Pierre Emmanuel Maître de Conférence
FITE Andrée Professeur Certifié
GOUBIER Laurence Professeur Certifié

ATER :

1 ATER	RECHOUM Yassine	Immunologie / DMBMT
1 ATER	GLADE Nicolas	Biophysique
½ ATER	RUTA Joséphine	Chimie Analytique
1 ATER	NZENGUE Yves	Bio cellulaire / DMBMT
1 ATER	ELAZZOUZI Samira	Pharmacie Galénique
1 ATER	VERON Jean Baptiste	Chimie Organique
1 ATER	HADJ SALEM Jamila	Pharmacognosie
½ ATER	REINICKE Anne Teresa	Pharmacologie
1 ATER	CHENAU Jérôme	DMBMT
1 ATER	NASER EDDINE Abeer	Anglais

ATER : Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherche

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIB : Centre d'Innovation en Biologie

CRI IAB : Centre de Recherche Inserm, Institut Albert Bonniot, Centre de Recherche « Oncogénèse et Ontogénèse »

D.B.I. : Département de Biologie Intégrée

DMBMT : Département Mécanismes Biologiques des Maladies et des Traitements

D.P.M. : Département de Pharmacotechnie Moléculaire

HP2 : Hypoxie Physiopathologie Respiratoire et Cardiovasculaire

I.B.S. : Institut de Biologie Structurale

L.A.P.M. : Laboratoire Adaptation et Pathogénèse des Microorganismes

L.B.F.A. : Laboratoire de Bioénergétique Fondamentale et Appliquée

L.C.B.M. : Laboratoire Chimie et Biologie des Métaux

L.C.I.B. : Laboratoire de Chimie Inorganique et Biologie

L.E.C.A. : Laboratoire d'Ecologie Alpine

LR : Laboratoire des Radio pharmaceutiques

N.V.M.C. : Nutrition, Vieillesse, Maladies Cardiovasculaires

PAST : Professeur Associé à Temps Partiel

PRAG : Professeur Agrégé

SAMU-SMUR : Service d'Aide Médicale d'Urgence- Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

TIMC-IMAG : Laboratoire technique de l'Imagerie, de la modélisation et de Cognition

U.V.H.C.I. : Unit of Virus Host Cell Interaction

Remerciements

Aux membres du jury :

Madame le Professeur Diane Godin-Ribuot, pour m'avoir fait l'honneur d'accepter cette thèse et de présider le jury, pour votre disponibilité, pour vos précieux conseils, je vous prie d'accepter mes sincères remerciements.

Madame le Professeur Pascale Hoffmann, je vous prie d'accepter mes sincères remerciements pour avoir accepté de faire partie de ce jury et merci pour votre disponibilité

Madame le Docteur Christel Le Gulludec, je vous prie d'agréer l'assurance de mes sincères remerciements pour vous être intéressée à ce sujet et avoir répondu à mon invitation pour être membre de mon jury.

Madame le Docteur Françoise Rolland vous m'avez fait l'honneur d'accepter de siéger dans ce jury, je vous en suis très reconnaissante.

Remerciements

A mes proches :

Merci,

A Amandine pour son aide.

A Stéphanie, ma binôme, pour m'avoir supportée toutes ces années de pharmacie.

A Cédric pour son aide précieuse et sa patience.

A mes parents pour leur aide, leurs encouragements et leur soutien.

Table des matières

Introduction	11
1 La contraception en France	12
1.1 Historique de la contraception.....	12
1.1.1 Historique des méthodes contraceptives	12
1.1.2 La mise sur la marché des moyens de contraception en France	13
1.1.3 L'accès à la contraception de nos jours.....	16
1.2 Le paradoxe de l'utilisation de la contraception en France.....	18
1.2.1 L'évolution des ventes de contraceptifs et du recours à l'IVG.....	18
1.2.2 Les raisons des échecs de contraception	21
1.3 La place du pharmacien dans la contraception.....	24
1.3.1 Le pharmacien délivre les moyens de contraception	24
1.3.2 Le pharmacien en première ligne face aux problèmes d'oublis.....	25
1.3.3 La délivrance de la pilule du lendemain.....	26
2 Les différentes méthodes.....	28
2.1 La contraception œstroprogestative	30
2.1.1 La pilule œstroprogestative	30
2.1.2 Le patch œstroprogestatif.....	40
2.1.3 L'anneau vaginal œstroprogestatif.....	44
2.2 La pilule progestative	49
2.2.1 Microprogestative.....	49
2.2.2 Macroprogestative.....	53
2.3 Progestatif injectable	57
2.3.1 Les molécules utilisées.....	57
2.3.2 Mode d'action	57
2.3.3 Bénéfices/risques.....	58
2.3.4 Recommandations	59
2.4 L'implant progestatif.....	59
2.4.1 Les molécules utilisées.....	60
2.4.2 Mode d'action	61
2.4.3 Bénéfices/risques.....	61
2.4.4 Recommandations	62
2.5 Le dispositif intra-utérin délivrant un progestatif	64
2.5.1 Les molécules utilisées.....	64
2.5.2 Mode d'action	64
2.5.3 Bénéfices/risques.....	65
2.5.4 Recommandations	66
2.6 Le dispositif intra-utérin.....	68
2.6.1 Les matériaux utilisés.....	68
2.6.2 Mode d'action	69
2.6.3 Bénéfices/risques.....	70
2.6.4 Recommandations	71

2.7	Ovule, tampon et crème spermicides	73
2.7.1	Les molécules utilisées	73
2.7.2	Mode d'action	74
2.7.3	Bénéfices/risques.....	74
2.7.4	Recommandations	76
2.8	Diaphragme et cape cervicale	78
2.8.1	Le diaphragme.....	78
2.8.2	La cape cervicale	80
2.9	Les préservatifs	82
2.9.1	Le préservatif masculin	82
2.9.2	Le préservatif féminin	85
2.10	Les méthodes dites « naturelles ».....	87
2.10.1	Les moyens mis en oeuvre	87
2.10.2	Mode d'action	87
2.10.3	Bénéfices/risques.....	90
2.10.4	Recommandations	91
2.11	La stérilisation à visée contraceptive	92
2.11.1	Les voies utilisées.....	92
2.11.2	Les techniques utilisées	94
2.11.3	Bénéfices/risques.....	94
2.11.4	Recommandations	96
2.12	La pilule du lendemain	98
2.12.1	Les molécules utilisées.....	98
2.12.2	Mode d'action	98
2.12.3	Bénéfices/risques.....	99
2.12.4	Recommandations	99
3	Le bon usage des contraceptifs.....	101
3.1	La pilule.....	102
3.1.1	Que conseiller ? « C'est la première fois que je vais prendre la pilule, je n'arrive pas à relire ce qui est marqué sur l'ordonnance. Quand est-ce que je dois commencer ? »	102
3.1.2	Que conseiller ? « Je viens de m'apercevoir que j'ai oublié de prendre ma pilule, que faut-il que je fasse ? Est-ce que je dois prendre la pilule du lendemain, faudra-t-il que je fasse un test de grossesse ?? ».....	103
3.1.3	Que conseiller ? « Ma gynécologue m'a prescrit une nouvelle pilule car je ne supportais pas la précédente. Comment dois-je procéder pour faire le changement, est-ce que je fais la pause de 7 jours ou pas ? »	105
3.1.4	Que conseiller ? «J'aimerais bien prendre la pilule mais j'ai lu sur Internet que ça fait grossir, que ça peut rendre stérile et même que ça peut augmenter les risques de cancer... ».....	106
3.1.5	Que conseiller ? « Mon ordonnance est périmée, j'ai rendez vous chez la gynéco dans deux semaines mais je suis en panne de pilule. »	107
3.1.6	Que conseiller ? « Je suis d'humeur dépressive depuis quelque temps, une amie m'a conseillé de prendre du millepertuis. ».....	108

3.2	Les méthodes locales.....	109
3.2.1	Que conseiller ? « J'aimerais utiliser une contraception locale, sans hormones. Est ce qu'il existe des méthodes sûres ? ».....	109
3.2.2	Que conseiller ? « Où sont les préservatifs ? Il en existe autant de différents !! Comment fait-on pour choisir ? ».....	111
3.2.3	Que conseiller ? « J'utilise Pharmatex tampon® et mon médecin vient de me prescrire des ovules parce que j'ai une mycose. Est-ce que mon tampon va quand même agir ? ».....	112
3.3	Les DIU	113
3.3.1	Que conseiller ? « J'ai des règles très abondantes et depuis quelque temps je suis toujours fatiguée. Mon mode de contraception ? Un stérilet au cuivre. »113	
3.3.2	Que conseiller ? « J'ai un stérilet, je voulais prendre de l'ibuprofène pour soulager mes douleurs menstruelles mais on m'a dit que je risquais de tomber enceinte. Est-ce que c'est vrai ? ».....	113
3.4	Le patch	114
3.4.1	Que conseiller ? « Je prenais la pilule mais je l'oubliais souvent alors je vais passer au patch. A quel moment dois-je coller le premier ? ».....	114
3.4.2	Que conseiller ? « Je suis en retard pour changer mon patch . Que faire ? ». 115	
3.4.3	Que conseiller ? « Mon patch se décolle et des petits boutons sont apparus sur ma peau. Est-ce normal ? ».....	116
3.5	L'anneau.....	117
3.5.1	Que conseiller ? « Je prenais la pilule j'ai décidé d'essayer l'anneau vaginal pour me simplifier la vie. A quel moment dois je insérer l'anneau ? ».....	117
3.5.2	Que conseiller ? « Que faire en cas d'expulsion de mon anneau vaginal ? Vous pensez vraiment que je suis encore protégée si je le remets tout de suite ? » 117	
3.5.3	Que conseiller ? « J'ai oublié d'enlever l'anneau, suis-je encore protégée et que dois-je faire ? »	118
3.6	L'implant.....	119
3.6.1	Que conseiller ? « J'allaite toujours mon bébé et je me suis fait poser un implant à la place de prendre la pilule. Je me demande si cela peut avoir des effets sur mon enfant. »	119
3.6.2	Que conseiller ? « J'ai un implant dans le bras depuis quelques mois et je n'ai plus de règles depuis 2 mois, vous pensez qu'il est possible que je sois enceinte ? »	119
	Conclusion.....	120
	Bibliographie.....	122
	Annexes.....	129

Table des illustrations

TABLEAUX

TABLEAU 1. POURCENTAGES DE REPARTITION DE L'UTILISATION DES DIFFERENTS MOYENS DE CONTRACEPTION DANS LES ANNEES 2000.....	16
TABLEAU 2. MOYENS DE CONTRACEPTION BAROMETRE SANTE 2005	17
TABLEAU 3. REPARTITION DES METHODES DE CONTRACEPTION 2007.....	17
TABLEAU 4. MARCHE DE LA CONTRACEPTION EN FRANCE DE 2002 A 2007 [A L'EXCLUSION DES PRESERVATIFS MASCULINS ET FEMININS, ET DES SPERMICIDES]	19
TABLEAU 5. SITUATION CONTRACEPTIVE AU MOMENT DE LA CONCEPTION MENANT A L'IVG .	22

FIGURES

FIGURE 1. LE MARCHE DE LA CONTRACEPTION EST EN CONSTANTE AUGMENTATION.....	18
FIGURE 2. NOMBRE DE TRAITEMENTS ORAUX CONTRACEPTIFS EN FONCTION DU TEMPS	19
FIGURE 3. FREQUENCE DE RECOURS A L'IVG ET DES GROSSESSES NON PREVUES EN FRANCE ..	20
FIGURE 4. SCHEMA DU CYCLE MENSTRUEL	28
FIGURE 5. PLAQUETTE DE PILULE.....	33
FIGURE 6. PATCH EVRA®	40
FIGURE 7. ANNEAU VAGINAL NUVARING®.....	44
FIGURE 8. IMPLANT PROGESTATIF IMPLANON®	60
FIGURE 9. DIU DELIVRANT UN PROGESTATIF MIRENA®.....	64
FIGURE 10. EXEMPLE DE DIU	68
FIGURE 11. EPONGE VAGINALE, OVULES ET CREME EN CANULE.....	73
FIGURE 12. EXEMPLE DE DIAPHRAGME	78
FIGURE 13. EXEMPLES DE CAPES CERVICALES	80
FIGURE 14. EXEMPLE DE PRESERVATIF MASCULIN	82
FIGURE 15. PRESERVATIF FEMININ	85
FIGURE 16. SCHEMA METHODE OGINO.....	88
FIGURE 17. SCHEMA DE STERILISATION TUBAIRE.....	92
FIGURE 18. SCHEMA DE VASECTOMIE	93

Introduction :

En 2009 en France où en sommes-nous en matière de contraception ?

L'enquête préalable à la campagne d'information sur la contraception d'octobre 2007 montre que malgré un fort taux d'accès à la contraception, le taux d'interruption volontaire de grossesse (IVG) reste stable. Elle met aussi en évidence un certain manque d'information sur l'utilisation des méthodes contraceptives et sur les nouveaux moyens.

D'après cette étude INPES du 25 janvier au 7 février 2007 : les Français et la contraception

« La majorité des personnes en âge de procréer (66%) utilise un moyen de contraception actuellement. La pilule est de loin le contraceptif le plus utilisé (58%), devant le préservatif (28%) et le stérilet (21%). Le recours à une autre méthode est plus rare (8%). »

Une forte proportion de grossesses non prévues survient chez des femmes sous contraception, en effet il existe encore des méconnaissances et des mésusages de la méthode choisie pour limiter les naissances. Une des causes d'échec de contraception est un manque d'information sur les risques d'échecs des méthodes, ainsi que sur la conduite à tenir en cas d'échec, notamment la connaissance de méthodes de rattrapage et de leur délai d'utilisation.

Le pharmacien, professionnel de santé délivrant la plupart des moyens de contraception, tient une place stratégique dans l'information quant à leur utilisation. Sa contribution à l'amélioration des connaissances et de l'utilisation de la méthode par les femmes est primordiale.

Nous évoquerons dans une première partie l'histoire de la contraception, son évolution ainsi que le rôle du pharmacien. Nous nous intéresserons ensuite aux différentes méthodes dont nous disposons, en effet pour être à même de répondre aux questions des patients, pouvoir contribuer au bon usage des méthodes ainsi qu'à une observance optimale, le pharmacien doit connaître les différents moyens de contraception.

Dans une dernière partie, nous évoquerons différentes situations auxquelles peut être confronté le professionnel de santé du médicament : des interrogations concrètes auxquelles il doit pouvoir répondre. Ces questions de patients nous amèneront à conseiller des fiches de bon usage des méthodes pour éviter les échecs de contraception, ces fiches ont été élaborées pour la distribution aux patients à l'officine.

1 La contraception en France

1.1 Historique de la contraception

1.1.1 Historique des méthodes contraceptives [54] [66] [73] [77] [95]

L'Homme a sans doute voulu limiter les naissances dès la préhistoire. D'après les papyrus anciens d'Égypte en 1850 avant JC, les premières recettes consistaient en l'application vaginale de fèces de crocodile ou de gomme fermentée. Durant l'Antiquité, il semble que les infanticides, avortements et méthodes de contraception étaient pratiqués.

Les Grecs, les Romains ont tenté d'utiliser la méthode du retrait, des tisanes, des tampons, des pessaires, des douches et fumigations vaginales, tenté d'étudier le cycle pour savoir qu'elles étaient les périodes fécondantes avec plus ou moins de succès. Des préservatifs en vessie d'animaux étaient utilisés pour protéger des maladies vénériennes. Magie et superstition tenaient également une grande place dans la prévention des grossesses. Il est difficile d'évaluer dans quelle proportion ces méthodes étaient utilisées. Les religions ont eu un rôle dans le développement des moyens de contraception, le christianisme en Europe prône l'abstinence. Au moyen âge la contraception est condamnée.

Au XVIème siècle des éponges, tampons et douches vaginales sont utilisés par les prostituées. L'anatomiste italien Gabriel Fallope explique l'utilisation d'un préservatif masculin contre la syphilis.

Au XVIIIème siècle les français utilisent des stratégies pour contrôler les naissances qui commencent à être efficaces puisque la natalité chute : ce sont surtout l'abstinence, l'allaitement, le coït interrompu. Le préservatif, dispositif coûteux, reste surtout utilisé contre les maladies vénériennes.

En 1838 le médecin allemand F. Wilde met au point une cape cervicale en caoutchouc, en 1882 le gynécologue allemand W.P.J Mensinga préconise l'emploi d'un diaphragme associé à une douche vaginale. Ces dispositifs sont onéreux et impliquent la visite chez un médecin pour la prise de mesure, c'est pour cela que ces méthodes ne se développent pas beaucoup. Le premier spermicide réellement actif est commercialisé en 1880 par W.J. Rendell, un pharmacien anglais.

Les familles ont un nombre d'enfants plus réduit au XIX^{ème} en France. Le pré-malthusianisme contribue à ce phénomène. Dans la seconde partie du XVIII^{ème} siècle, la fécondité moyenne par femme était de 5 enfants, elle chute à 2,5 au début du XX^{ème} siècle.

Au XX^{ème} siècle le néo-malthusianisme contribuera à la volonté de limiter les naissances. Il existe d'autre part des volontés politiques d'augmenter la natalité, la loi du 31 juillet 1920 interdit l'avortement, la promotion des moyens anticonceptionnels.

Un dispositif intra-utérin (DIU) est pour la première fois décrit en Allemagne en 1909 par Richard Richter. Deux fils de catgut de ver à soie sont reliés en anneau et l'ensemble est lié par un fil de bronze ou d'aluminium, par la suite l'alliage est en zinc, cuivre et nickel. Ce dispositif disparaît entre 1940 et 1950 à la suite de complications pelviennes infectieuses.

En 1929 Ogino et Knaus proposent une méthode basée sur l'observation des cycles. L'Eglise catholique n'accepte que ce type de méthodes de contraception dites « naturelles ».

La recherche sur les hormones de synthèse commence dans les années 30 mais ce n'est dans un premier temps pas à visée contraceptive ; en 1951 le rôle de la progestérone dans l'inhibition de l'ovulation est mis en évidence. Gregory Pincus, un médecin américain, met en place des essais cliniques dès 1956. La pilule contraceptive œstroprogestative est mise sur le marché américain et acceptée par la FDA en 1960.

La pilule arrive en France à la fin des années 60, début des années 70.

1.1.2 La mise sur la marché des moyens de contraception en France [54] [77] [83] [87] [90] [94] [92] [95] [101]

1955 Rapport des docteurs P. Simon et P.O. Hubinont contre la loi de 1920 qui interdit la contraception.

1956 Evelyne Sullerot et M.A. Lagroua Weill-Hallé créent avec l'appui de la franc-maçonnerie et de l'Eglise réformée, l'association "Maternité Heureuse" dans le but de légaliser la contraception et de lutter contre les avortements clandestins.

1960 La "Maternité Heureuse" devient le "Mouvement français pour le Planning Familial " MFPPF.

1961 Le premier centre de planning familial en France est ouvert à Grenoble par Henri Fabre. La première pilule contraceptive Enidrel® est mise sur la marché français, cependant ses indications sont limitées au traitement de la stérilité. Les œstroprogestatifs se développent en effet et certaines de ces spécialités sont parfois en réalité utilisées comme contraceptif.

1967 La Loi Neuwirth (Loi n°67-1176 du 28 décembre 1967) abroge la loi de 1920, autorise la fabrication, l'importation, la dispensation par les pharmacies et sous contrôle de l'Etat des contraceptifs dont pilules, dispositifs intra-utérins, diaphragmes, spermicides. La publicité pour la contraception n'est permise qu'à destination des médecins et pharmaciens. Une réglementation est mise en place pour les centres de planification familiale, leur rôle est reconnu.

Les mineures sont soumises à l'autorisation d'un parent pour avoir accès à la contraception. Les contraceptifs sont inscrits à un tableau spécial et l'utilisation d'un carnet à souche lors de la délivrance doit être mise en place.

Mais les décrets d'application ne seront promulgués que de 1969 à 1972.

1969 Vingt-quatre spécialités sont inscrites au tableau spécial. Les laboratoires qui commercialisent ces molécules n'ont pas revendiqué l'indication de la contraception, ils doivent choisir de constituer un nouveau dossier d'autorisation de mise sur le marché (AMM) ce qui interdirait la vente en tant que contraceptif jusqu'à l'acceptation de celui-ci. Seulement deux des vingt-quatre spécialités s'engagent alors dans la demande d'AMM dans l'indication contraception.

D'après le service central de la Pharmacie, fin 1969, six cent mille femmes prennent la pilule sous justification d'autres indications que la contraception.

1970 Un avis favorable à la commercialisation en tant que contraceptif oral est rendu à quatre spécialités. Les laboratoires qui produisent des « objets » contraceptifs se voient octroyer une autorisation d'importation pour un an.

Les complications administratives, les problèmes éthiques, les préoccupations médicales, et/ou une volonté délibérée de certains retardent la mise à disposition de la pilule.

1971 Trois cent quarante-trois françaises connues dont Simone De Beauvoir, Marguerite Duras, Jeanne Moreau, Françoise Sagan, Catherine Deneuve proclament dans le nouvel observateur qu'elles ont eu recours à un avortement.

Le MFPPF est agréé comme mouvement d'éducation populaire.

1972 Publication des textes d'application à propos du rôle des centres de planification familiale.

1973 Publication des textes relatifs à l'information sexuelle dans les écoles. Les premières autorisations de commercialisation pour les pilules sont délivrées (exemple Stéridil®).

Malgré l'apparition tardive de ces autorisations, on estime que les ventes de pilules se sont développées petit à petit depuis 1968 : 384 000 utilisatrices, 1970 : un peu plus de 600 000, 1972 : 1,2 millions, pour atteindre 2 millions d'utilisatrices en 1974.

1974 La Loi du 4 décembre 1974 (loi n°74-1026) élargit les dispositions mises en place par la loi de 1967 : suppression de l'autorisation parentale pour les mineures de 18 à 21 ans, suppression des carnets à souche, remboursement par la sécurité sociale de certaines spécialités, développement de l'information, délivrance gratuite sur prescription de dispositifs ou médicaments contraceptifs par les centres de planification familiale.

1975 La Loi Veil du 18 janvier 1975 (Loi n°75-17) donne l'autorisation de l'interruption Volontaire de Grossesse (IVG) jusqu'à dix semaines pour les femmes en situation de détresse. Un délai d'une semaine de réflexion après l'entretien est mis en place. Les mineures ont besoin de l'accord parental. La loi est votée pour cinq ans.

1979 La Loi du 31 décembre 1979 (Loi n°79-1204) rend les propositions de la loi Veil définitives.

1982 Loi du 31 décembre 1982 (Loi n°82-1172) : prise en charge par la sécurité sociale de l'IVG.

1991 La Loi du 18 janvier 1991 (Loi n°91-73) autorise la publicité du préservatif comme moyen de contraception.

1993 Certains laboratoires pour des raisons commerciales ne demandent pas le remboursement de nouvelles spécialités de pilules contraceptives, ou demandent le déremboursement de spécialités plus anciennes. Un œstroprogestatif minidosé (Trinordiol®) et un microprogestatif (Microval®) ont été inscrits dans la liste des médicaments remboursables en 1991, tandis que les pilules de 3^{ème} génération n'ont pas montré d'amélioration du service médical rendu et n'ont donc pas été inscrites sur cette liste.

1998 Réévaluation d'un éventuel remboursement des pilules de 3^{ème} génération. La mise à jour des données disponibles conclut à nouveau qu'il n'y a pas de différence significative entre la 2^{ème} et la 3^{ème} génération (Amélioration du Service Médical Rendu V). Cependant le prescripteur devant tenir compte de la tolérance individuelle de chaque femme à un type de pilule, doit pouvoir choisir parmi un grand nombre de pilules remboursables. Une étude avec le comité économique du médicament est engagée dans le but de négocier avec les laboratoires pour une prise en charge des pilules de 3^{ème} génération dans des conditions économiques acceptables pour l'assurance maladie.

2000 La Loi du 13 décembre 2000 (Loi n° 2000-1209) autorise la délivrance d'une contraception d'urgence sans prescription médicale ; pour les mineures délivrance gratuite par le pharmacien ou par l'infirmière scolaire dans les établissements du second degré.

2001 Mai : mise sur le marché d'un implant progestatif : une contraception pour trois ans.

Loi Aubry du 4 juillet 2001 (Loi n°2001-588) qui modifie la loi Veil :

- porte le délai de recours à l'IVG à douze semaines de grossesse,
- définit les conditions dans lesquelles la stérilisation à visée contraceptive peut être pratiquée,
- renforce les dispositions pour l'information et l'éducation sexuelle dans les établissements scolaires.

2004 Janvier : mise sur le marché d'un patch œstroprogestatif pour une contraception hebdomadaire.

Avril : mise sur le marché d'un anneau vaginal œstroprogestatif pour une contraception mensuelle.

2005 Les sages-femmes peuvent prescrire la contraception hormonale, hormonale d'urgence, et les spermicides.

2008 Les pilules de 3^{ème} génération ne sont toujours pas remboursables.

1.1.3 L'accès à la contraception de nos jours

Voici comment se répartissent les différents moyens de contraception en France :

	Pour 100 femmes de 18-44 ans
Pilule	45,8
DIU	16,1
Préservatif	7,5
Contraception vaginale (spermicide ou autres)	0,4
Abstinence périodique	1,3
Méthode du retrait	2,1
Autres méthodes	0,5
Total méthodes réversibles	73,7
Stérilisation	4,5
Pas de contraception	
Stérile	1,4
Enceinte	3,8
Pas de relations sexuelles	10
Désir être enceinte	4,1
Autres	2,7

TABEAU 1. POURCENTAGES DE REPARTITION DE L'UTILISATION DES DIFFERENTS MOYENS DE CONTRACEPTION DANS LES ANNEES 2000 : D'APRES [8]

Les chiffres en 2005 montrent également que la pilule est la contraception la plus utilisée.

	Pour 100 femmes de 15-49 ans
Pilule	58,7
DIU	24,2
Préservatif masculin	11,5
Implant, patch, anneau	1,3
Stérilisation tubaire	2
Autres méthodes exclusivement	1,3

TABLEAU 2. MOYENS DE CONTRACEPTION BAROMETRE SANTE 2005 France métropolitaine[88]

En **2007** d'après l'enquête INPES « les français et la contraception » 66% des personnes en âge de procréer utilisent un moyen de contraception. La question était posée aux hommes(49%) et aux femmes(51%).[89]

Parmi les personnes qui cherchent à prévenir une grossesse, les méthodes se répartissent ainsi (réponses spontanées) :

La pilule	58%
Le préservatif masculin	28%
Le stérilet	21%
L'implant	2%
Le retrait	2%
L'abstinence périodique	1%
Le préservatif féminin	1%
Un spermicide	1%
Ligature/stérilisation	1%
Autres	1%
Plusieurs méthodes utilisées en même temps	116%

TABLEAU 3. REPARTITION DES METHODES DE CONTRACEPTION 2007 D'APRES [89]

Où et comment obtenir un moyen de contraception en 2008 : [93]

L'accès est libre pour les préservatifs : achetés en pharmacie, en grande surface, dans les distributeurs ou distribués gratuitement dans les centres de planification et d'éducation familiale et dans les centres de dépistage anonymes et gratuits.

Les spermicides sont disponibles en pharmacie sans ordonnance.

La pilule du lendemain peut être obtenue en pharmacie (gratuite pour les mineurs), par l'infirmière scolaire dans les établissements du second degré et dans les centres de planification.

Les méthodes contraceptives nécessitant une prescription médicale sont obtenues en pharmacie ou dans les centres de planification dans les cas particuliers : anonymat et gratuité pour les jeunes de moins de 21 ans, les personnes non prises en charge par l'assurance maladie.

1.2 Le paradoxe de l'utilisation de la contraception en France

1.2.1 L'évolution des ventes de contraceptifs et du recours à l'IVG

L'augmentation de l'utilisation des moyens de contraception depuis la fin des années 70 est nette :

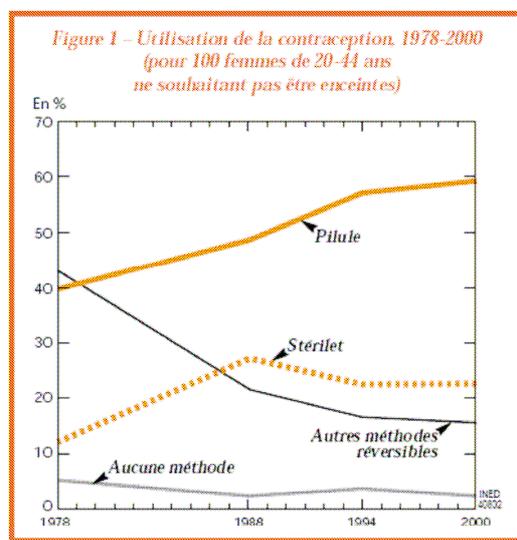


FIGURE 1. LE MARCHÉ DE LA CONTRACEPTION EST EN CONSTANTE AUGMENTATION. [48]

Dans la sous-classe contraceptifs hormonaux oraux, les spécialités remboursables sont toujours les plus prescrites, mais leur pourcentage dans la totalité des contraceptifs hormonaux diminue car la 3^{ème} génération de pilule, qui est la plus récemment commercialisée, augmente la part de contraceptifs hormonaux non remboursables. Entre 1988 et 2000, une augmentation de 1,7% pour le total des contraceptifs hormonaux est enregistrée.

L'augmentation du nombre de traitements contraceptifs oraux se poursuit jusqu'en 2006. [2]
[3]

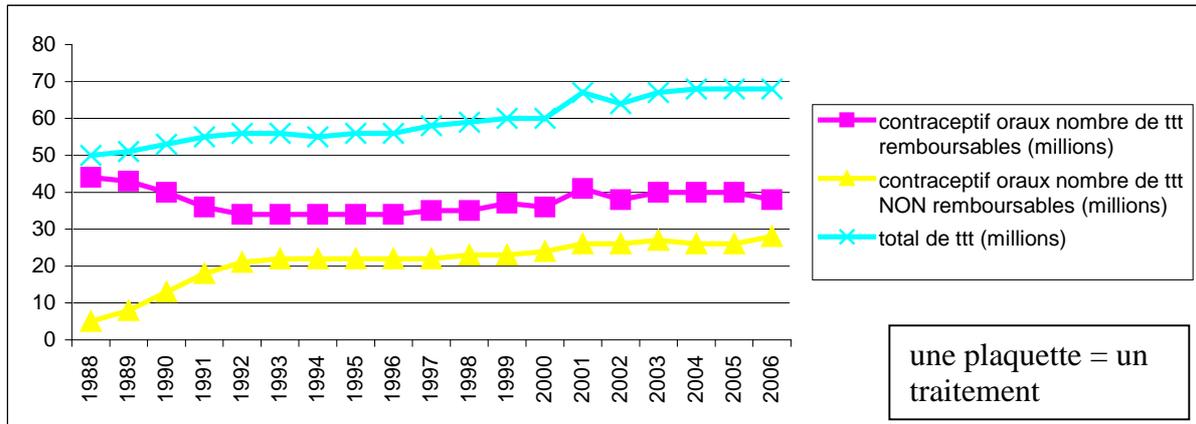


FIGURE 2. NOMBRE DE TRAITEMENTS ORAUX CONTRACEPTIFS EN FONCTION DU TEMPS D'APRES [2] [3]

Nous pouvons, dans le tableau suivant, nous rendre compte du développement des nouveaux moyens de contraception : patch, anneau vaginal, implant.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Contraceptifs oraux œstroprogestatifs EP (en millions de plaquettes par an)	63,9	65	64,5	63	63,2	61,4
Micropilules progestatives pures (en millions de plaquettes par an)	3,9	4,4	4,8	5,2	5,91	6,2
Anneaux vaginaux EP à l'étonogestrel (en unité par an)	0	0	91 000	257 390	465 000	685 000
Implants à l'étonogestrel (en unités par an)	98 000	78 000	88 000	107 165	108 000	118 000
Progestatifs injectables (unités par an)	26 600	24 800	29 500	29 500	18 000	20 250
Dispositifs transdermiques EP hebdomadaires à la norelgestromine (en boîtes des 3 patchs par an)	0	0	199 000	296 684	362 000	360 400
Dispositifs intra-utérins au cuivre (en unités par an)	340 000	331 000	326 000	320 976	295 000	268 000
Systèmes intra-utérins au lévonorgestrel (en unités par an)	212 000	244 000	276 000	294 944	295 000	340 000
Contraceptifs d'urgences (en unités par an)	744 000	825 000	926 000	1 026 351	1 100 000	1 180 000

EP = œstroprogestatif

TABLEAU 4. MARCHE DE LA CONTRACEPTION EN FRANCE DE 2002 A 2007 [A L'EXCLUSION DES PRESERVATIFS MASCULINS ET FEMININS, ET DES SPERMICIDES] D'APRES [73] [73]BIS

→Le marché de la contraception est donc en constante augmentation et des méthodes innovantes apparaissent.

Il existe toutefois un paradoxe à ce développement constant des moyens de contraception : le nombre d'IVG ne diminue pas. [104]

Trente ans après la loi sur l'IVG le nombre de grossesses non prévues a diminué mais le nombre d'IVG est resté assez stable. Depuis 1975 le nombre d'IVG reste autour de 200 000 par an. En 2006 on estime le nombre d'IVG à 209 700 soit une hausse annuelle de 1,8% depuis 1995. Le nombre de femmes exposées aux grossesses non prévues a diminué du fait de la plus grande diffusion des moyens de contraception : en 1978 52% des femmes ne souhaitant pas de grossesses utilisaient un moyen médical contre 82% en 2004.

L'augmentation du recours à l'IVG en cas de grossesses non désirées (4 sur 10 en 1975, 6 sur 10 en 2000) masque l'impact de l'augmentation du recours à la contraception moderne.

Cette situation est explicitée par les graphiques suivants :

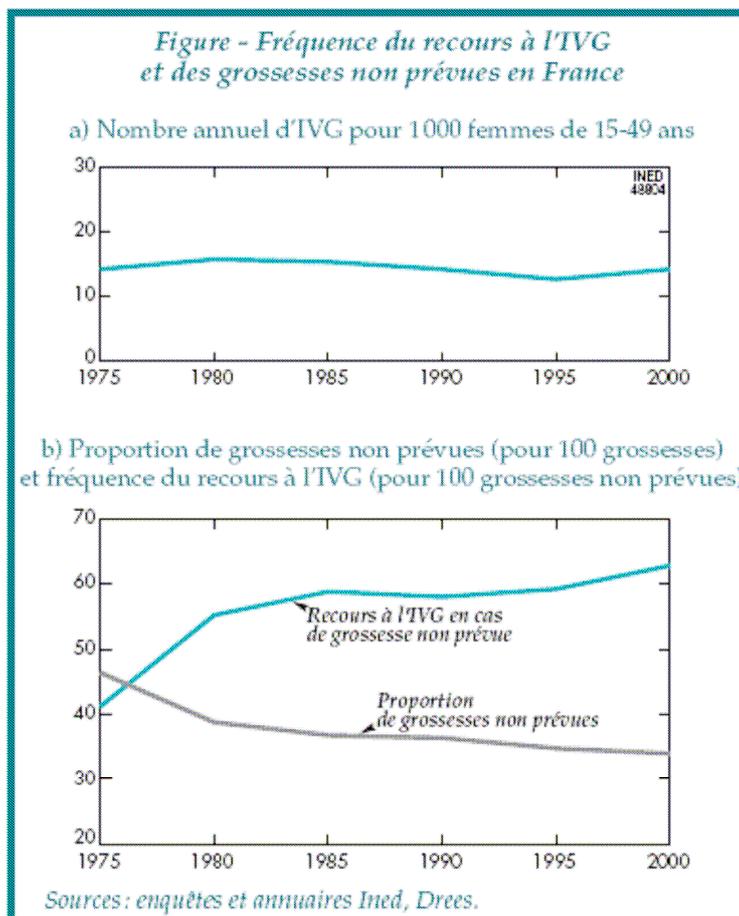


FIGURE 3. FREQUENCE DE RECOURS A L'IVG ET DES GROSSESSES NON PREVUES EN FRANCE [9]

Il faut noter que de 1990 à 1995 le nombre d'IVG par femme a augmenté pour la tranche des moins de 20 ans tandis qu'il a diminué chez les plus de 20 ans. Après 1996 le nombre d'IVG a augmenté dans toutes les tranches d'âge mais un peu plus chez les moins de 30 ans.

Il faut donc particulièrement porter attention aux femmes les plus jeunes en matière de prévention et d'information. [103]

1.2.2 Les raisons des échecs de contraception [8] [10] [32] [48] [70] [93] [104]

Le profil des femmes ayant des échecs de contraception correspond à des femmes d'âge moyen, mariées, nullipares et possédant un bon niveau socioculturel.

La cause la plus fréquente des échecs de contraception orale est l'oubli. A priori chez certaines personnes un seul oubli peut amener à une grossesse. Est-ce qu'une différence de métabolisme peut expliquer cela ? Le pic plasmatique d'éthinylestradiol est en général atteint dans l'heure ou les deux heures suivant la prise, cependant chez certaines femmes ce délai peut être de six heures. Il existe des variabilités inter, intra-individuelles d'un jour sur l'autre dans la biodisponibilité et la pharmacocinétique pour l'éthinylestradiol. Il en est de même pour le progestatif. Par ailleurs une variabilité inter-individuelle pour l'effet de premier passage hépatique sur l'éthinylestradiol existe et affecte la dose qui atteint la circulation systémique sous forme active.

On peut donc se poser la question de l'impact que peuvent avoir ces différences lors de l'oubli d'un comprimé : les conséquences sont sans doute différentes d'une utilisatrice à l'autre.

Il existe différents problèmes : manque d'information, non accès à la contraception, ambivalence du désir de grossesse, non reconnaissance sociale de la sexualité pour certaines femmes qui commencent leur vie affective et sexuelle.

Le recours à une contraception d'urgence a lieu le plus souvent suite à un problème de préservatif (32,5% des cas), un problème de pilule (24,9%) ou un rapport sexuel sans contraception (21,8%).

Parmi celles qui ont eu une grossesse non souhaitée, 65% utilisaient un moyen de contraception : 21% la pilule, 9% un DIU, 12% un préservatif, 23% d'autres méthodes. La majorité des cas d'échecs du moyen de contraception sont un mésusage de la méthode en particulier un oubli de pilule, un problème de préservatif, un problème de dates pour les méthodes naturelles ou l'échec de la méthode du retrait.

23% des femmes utilisaient la pilule comme contraception lorsqu'elles ont eu recours à une IVG. Il est important de noter que une femme sur deux ayant subi une IVG venait de changer de moyen de contraception dans les six mois précédents, d'où l'intérêt accru à porter sur les conseils de début, arrêt, relais de méthodes contraceptives. Les oublis de pilules seraient responsables de 14% des IVG. 20 à 40% d'oubli par cycles seraient recensés. Il y a sûrement un manque d'information sur le risque de grossesse et sur la conduite à adopter.

Tableau 1 - Situation contraceptive des femmes au moment de la conception ayant donné lieu à une IVG (vers 1998)

Situation contraceptive	%
Pas de contraception	28,1
Pilule	23,1
Stérilet	7,0
Préservatif	19,3
Méthode naturelle	19,1
Autre méthode	3,4
Total	100,0

Source : Enquête Cocon 2000
 Note: l'enquête Cocon a été réalisée avec le soutien de l'Inserm, l'Ined et le laboratoire Wyeth-Lederlé.

TABLEAU 5. SITUATION CONTRACEPTIVE AU MOMENT DE LA CONCEPTION MENANT A L'IVG [9]

Il reste une part de femmes qui n'utilise pas de contraception, leur profil semble correspondre à un âge supérieur à 24 ans, plutôt des ouvrières et, n'ayant pas de mutuelle. Elles seraient moins de 3% à ne pas utiliser de moyen de contraception alors qu'elles ont des relations sexuelles et ne souhaitent pas être enceintes.

Les raisons invoquées du fait de ne pas utiliser de contraception sont : ne pas avoir pensé au fait qu'elles pouvaient tomber enceinte, ne pas avoir éprouvé le besoin de trouver une méthode et parfois, un manque d'accès aux moyens de contraception (accessibilité sociale de leur sexualité notamment).

Pour l'augmentation des IVG chez l'adolescente il existe plusieurs explications : certaines ont un désir de grossesse pour accéder à un statut social ou pour stabiliser leur couple. L'usage du préservatif s'est fortement développé grâce à la prévention contre le sida il est très souvent utilisé lors des premiers rapports mais le passage à une contraception par exemple œstroprogestative ne se fait pas forcément dans de bonnes conditions. Pourtant la prescription de contraceptif pour les mineures est gratuite et ne nécessite pas d'autorisation parentale dans les centres de planification familiale et dans les cabinets médicaux depuis 2001. L'éducation sexuelle dans les établissements scolaires est obligatoire depuis 1996 et a été renforcée en 1998 et 2001.

Il reste donc quand même une différence entre l'efficacité théorique et la pratique par les adolescentes de la contraception.

1.3 La place du pharmacien dans la contraception

1.3.1 Le pharmacien délivre les moyens de contraception [79]

Il délivre bien entendu les médicaments de la contraception soumis à prescription, mais aussi les dispositifs intra-utérins ou implantables, les diaphragmes et capes cervicales. Les ovules, crèmes, tampons spermicides disponibles sans ordonnance sont délivrés en pharmacie. Les préservatifs sont aussi accessibles dans les officines et c'est dans ce lieu que les patients peuvent obtenir des réponses à leurs interrogations sur l'utilisation de cette méthode. A chaque délivrance de moyens de contraception il est utile de s'assurer que le patient connaît l'utilisation, la conduite à tenir en cas d'échec de la méthode. Cette information est primordiale lorsqu'il s'agit d'une première délivrance, mais elle est également nécessaire ultérieurement car les informations ont pu être mal comprises ou oubliées, on pourrait considérer qu'il s'agit d'éducation thérapeutique même si la contraception n'est pas une pathologie chronique.

Pour la pilule, lors d'une première délivrance, le pharmacien doit préciser quand commencer la plaquette, insister sur la prise à heure régulière, la conduite à tenir en cas d'oubli. Lors d'un renouvellement, il est intéressant d'évoquer les éventuels oublis constatés, de conseiller afin d'y remédier, de redonner la conduite à tenir en cas d'oubli, en cas de diarrhées et vomissements sévères. Le pharmacien peut notamment évoquer cette situation lorsqu'une femme se présente à la pharmacie avec une gastro-entérite. Le pharmacien doit être un interlocuteur privilégié, la patiente doit pouvoir lui exposer ses motifs d'insatisfaction de la méthode pour que le professionnel de santé puisse prévenir une mauvaise observance.

Le pharmacien se doit donc de connaître tout de la contraception et doit pouvoir répondre aux questions des patients, de plus en tant que professionnel de santé il doit être à même de répondre à toute question de santé en général, par lui-même ou en réorientant le patient vers le professionnel de santé spécialiste.

1.3.2 Le pharmacien en première ligne face aux problèmes d'oublis

Ce peut être le premier interlocuteur que les femmes interrogent lorsqu'elles ont un problème avec l'utilisation de leur plaquette de pilule. En effet le pharmacien est un professionnel de santé facilement accessible, pas besoin de prendre un rendez vous, une réponse peut être apportée rapidement, la confidentialité est respectée. Pour revenir à ce dernier point il est vrai que les pharmacies d'officine doivent faire des efforts pour garantir une meilleure confidentialité aux patients, c'est un point à améliorer.

Le pharmacien doit se tenir informé et connaître lui même parfaitement toutes les situations, notamment avec les nouvelles formes de contraception telles que le patch ou l'anneau vaginal. Il est aussi important qu'il sache réorienter vers le médecin lorsque cela dépasse ses compétences.

Mais ce n'est pas forcément la personne vers qui s'orientent les patients lorsqu'ils souhaitent obtenir une information sur la contraception : [89]

« En quelles sources d'informations ou quels médias avez-vous le plus confiance pour obtenir des informations sur la contraception ? »(Réponses spontanées)

médecin généraliste 43%

médecin spécialiste 37%

TV 25%

presse spécialisée dans la santé 18%

journaux, presse quotidienne 11%

internet 8%

magazines féminins, presse féminine 8%

planning familial, centre médical 8%

radio 7%

entourage 7%

pharmacie 5%

milieu scolaire 4%

brochure, dépliants, prospectus 2%

livres, livres de santé 2%

corps médical hors médecins 2%

association de prévention contre MST/ pour contraception 1%

autres 1%

aucune 4%

nsp (ne se prononce pas) 7%

« Selon vous, à qui devrait s'adresser une personne qui aurait besoin d'un conseil ou d'une aide sur le sujet de la contraception ? »

à un médecin généraliste 95%
à un médecin spécialiste 92%
à un centre d'information comme le planning familial 88%
à une infirmière scolaire 87%
à un ou une amie 76%
à ses parents 74%
à un autre membre de sa famille 62%
à un service d'information et d'aide téléphonique 54%
à un forum internet ou une foire aux questions 41%
à un de ses professeurs 38%
à ses grands parents 31%
association organisme de prévention de santé 2%
pharmacie 1%
autres 2%

Les Français ont plus confiance en Internet qu'en leur pharmacien pour les questions de contraception. Cette situation pourrait être améliorée, il faudrait que le pharmacien délivre plus de conseils en la matière. Il pourrait par exemple distribuer des brochures d'informations, de conseils qui expliquent notamment la conduite à tenir lors du mésusage d'une méthode contraceptive.

1.3.3 La délivrance de la pilule du lendemain [52]

L'information sur la contraception lors de la délivrance d'une pilule du lendemain (avec ou sans ordonnance) fait partie du rôle du pharmacien, ce rôle est souligné et même encadré par la loi lorsqu'il s'agit d'une délivrance à une mineure.

L'accueil des mineures est important, il faut s'assurer que la personne est dans la situation de prise de pilule du lendemain. Le pharmacien doit lui remettre la brochure CESPARM (Comité d'Education Sanitaire et Sociale de la Pharmacie Française), l'informer sur le risque d'infections sexuellement transmissibles (IST), l'orienter vers un centre de planning familial, tout ceci dans la plus stricte confidentialité.

« Décret n° 2002-39 du 9 janvier 2002 relatif à la délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence

Article 1

La délivrance aux mineures des médicaments indiqués dans la contraception d'urgence et non soumis à prescription médicale obligatoire tels que définis au deuxième alinéa de l'article L. 5134-1 du code de la santé publique est effectuée dans les conditions définies à l'article R. 5015-48 et au quatrième alinéa de l'article R. 5089-9 du même code. La délivrance par le pharmacien est précédée d'un entretien visant à s'assurer que la situation de la personne mineure correspond aux critères d'urgence et aux conditions d'utilisation de cette contraception. L'entretien permet également au pharmacien de fournir à la mineure une information sur l'accès à une contraception régulière, sur la prévention des maladies sexuellement transmissibles et sur l'intérêt d'un suivi médical. Cette information est complétée par la remise de la documentation dont dispose le pharmacien sur ces sujets. Le pharmacien communique également à la mineure les coordonnées du centre de planification ou d'éducation familiale le plus proche. »

Lorsqu'il s'agit d'une personne majeure, le pharmacien par son devoir de déontologie participe à la protection de la santé publique et doit aussi avoir un rôle de conseil et d'information.

Cette loi a donc permis de renforcer la place du pharmacien dans la réseau de soins et reconnaît à part entière son rôle d'acteur de santé publique.

2 Les différentes méthodes

Une méthode contraceptive est une méthode permettant d'empêcher la survenue d'une grossesse pendant une période désirée.

Rappels physiopathologiques sur le cycle [73] :

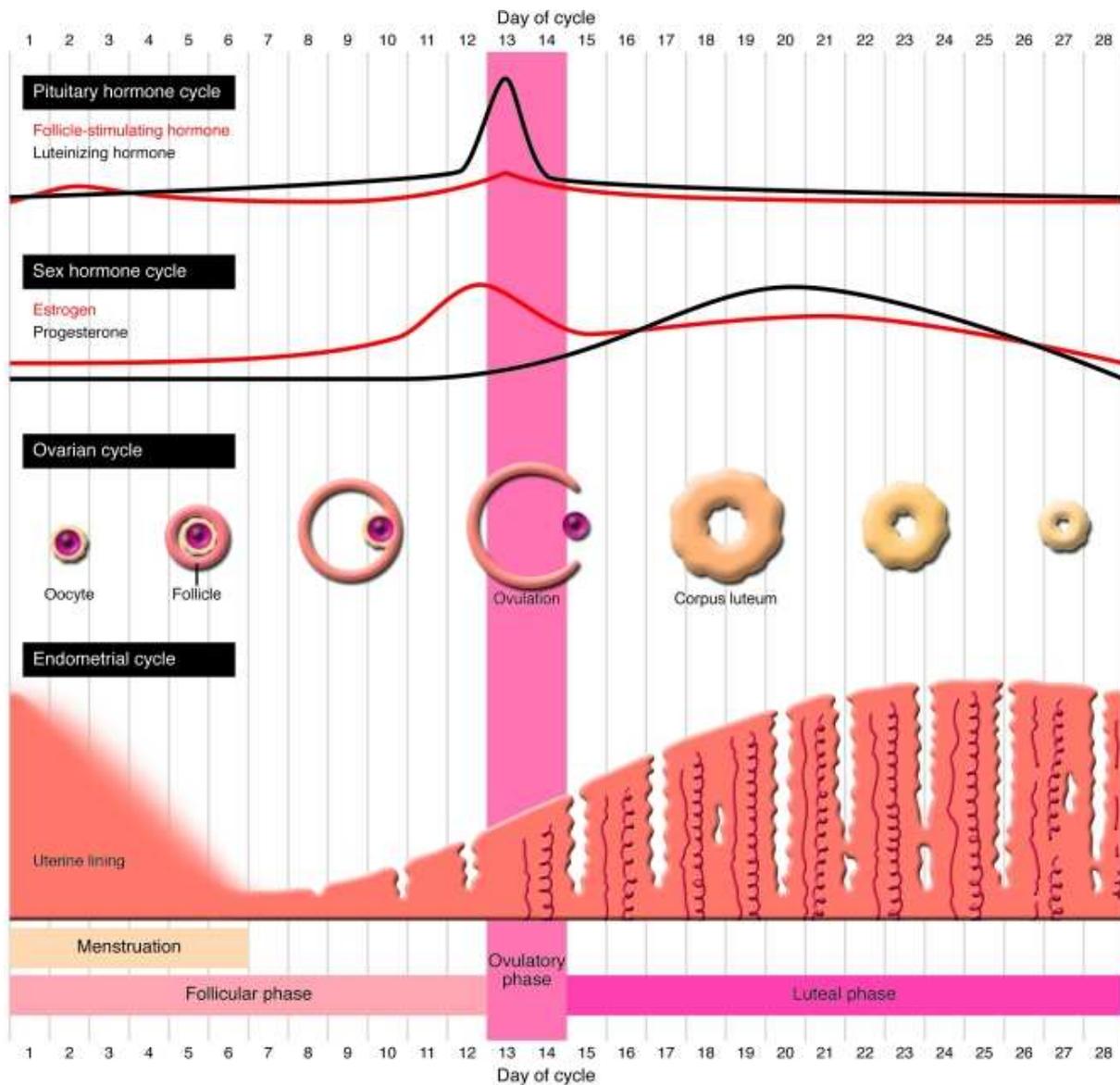


FIGURE 4. SCHEMA DU CYCLE MENSTRUEL D'APRES [5]

Le cycle menstruel de la femme est divisé en plusieurs phases. La durée de ces phases a une variabilité inter-individuelle mais aussi intra-individuelle. Le cycle dure en moyenne vingt-huit jours.

Le premier jour du cycle coïncide avec le début des menstruations, c'est le début de la phase folliculaire. Une baisse des taux de progestérone et d'estrogène déclenche la destruction de la couche superficielle de l'endomètre et des contractions de l'endomètre ce qui est à l'origine des saignements. Simultanément à ce phénomène, le taux de FSH (Follicle Stimulating Hormone) croît très lentement ce qui va stimuler la croissance de plusieurs follicules.

La FSH et la LH (Luteinizing Hormone) sont sécrétées par l'anté-hypophyse sous la stimulation de la GnRH (Gonadotrophin Releasing Hormone) elle-même sécrétée par l'hypothalamus.

Le taux de FSH décroît ultérieurement et un ou deux follicules continuent à se développer pour donner le follicule de De Graaf. Le développement des follicules induit une production d'estrogène qui initie la prolifération et l'épaississement de l'endomètre qui vont se poursuivre jusqu'à la fin du cycle. L'estrogène exerce un rétrocontrôle négatif sur l'axe hypothalamo-hypophysaire pour stopper les productions de FSH et LH.

La phase d'ovulation débute approximativement vers le treizième jour lorsque les taux de LH et FSH augmentent abruptement, le taux d'estrogène culmine simultanément tandis que le taux de progestérone commence juste à augmenter. Le pic d'estrogène induit par le follicule mûr exerce un rétrocontrôle positif sur l'axe hypothalamo-hypophysaire, ce qui augmente la production de FSH et LH. C'est le pic de LH qui va provoquer l'ovulation quarante-huit heures plus tard. Parallèlement, la glaire cervicale devient perméable, filante et abondante, le myomètre se contracte.

La dernière phase est la phase lutéale durant laquelle les taux de LH et FSH diminuent alors que le follicule rompu forme le corps jaune. Celui-ci produit une grande quantité de progestérone et d'estrogène, les taux élevés de progestatif induisent un rétrocontrôle négatif sur l'axe hypothalamo-hypophysaire et donc une diminution de production de FSH et LH.

La progestérone modifie l'endomètre de façon à ce qu'il soit réceptif à l'implantation d'un éventuel embryon en cas de fécondation. Si celle-ci n'a pas lieu, le corps jaune régresse et la perte de production de progestérone combinée à la diminution du taux d'estrogène initie les menstruations et le début d'un nouveau cycle.

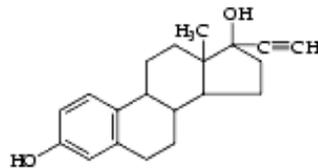
2.1 La contraception œstroprogestative

2.1.1 La pilule œstroprogestative

2.1.1.1 Les molécules utilisées [6] [20] [53] [72] [73] [74] [98]

Ce type de pilule est composé d'un œstrogène (l'éthinylestradiol) et d'un progestatif de nature différente selon les spécialités.

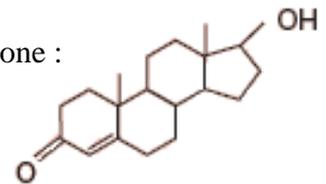
L'œstradiol est l'**œstrogène** sécrété par l'ovaire, en ajoutant le radical éthinyl la molécule échappe à la dégradation digestive par la 17 hydroxy-stéroïde-déshydrogénase. La métabolisation au niveau du foie permet la séparation éthinyl/œstradiol .



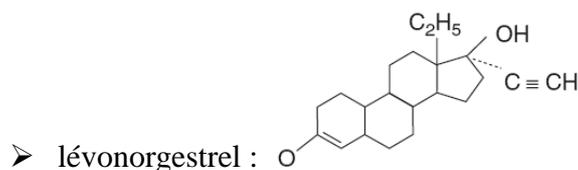
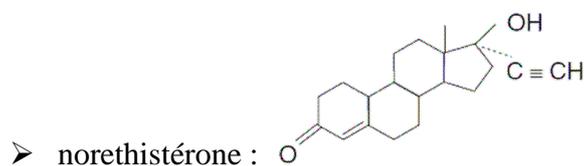
Formule de l'éthinylestradiol

Les progestatifs :

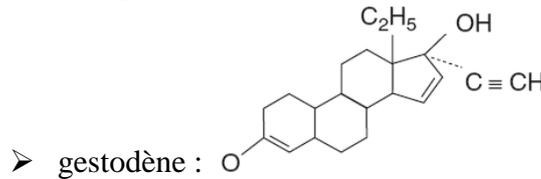
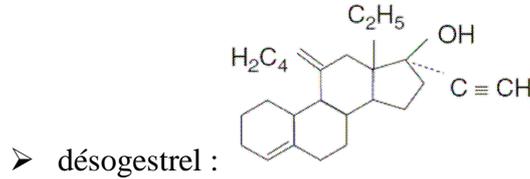
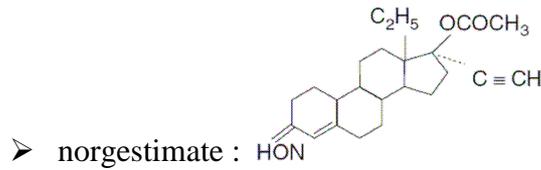
- ❖ Les différents progestatifs dérivés éthinylés $C\equiv CH$ de la testostérone :



Formule de la testostérone



- norgestrel : racémique du lévo/dextro norgestrel

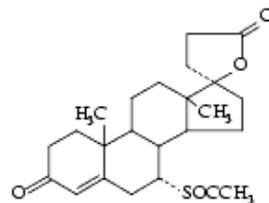


On classe les pilules œstroprogestatives en différentes générations :

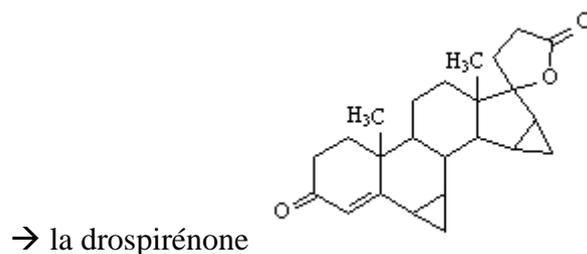
- pilule de 1^{ère} génération : 30 à 50µg d'éthinylestradiol (EE) avec norethistérone,
- pilule de 2^{ème} génération 30 à 50µg d'EE avec norgestrel ou lévonorgestrel,
- pilule de 3^{ème} génération : 15 à 35µg d'EE avec désogestrel ou gestodène ou norgestimate : ces progestatifs de 3^{ème} génération ont un effet antigonadotrope plus puissant pour des doses plus réduites et une atténuation voire disparition de l'effet androgénique.

❖ **Autres progestatifs non norstéroïdiens également utilisés :**

- **Un dérivé de la spironolactone :**



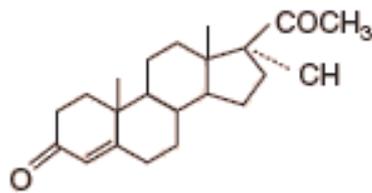
[98]



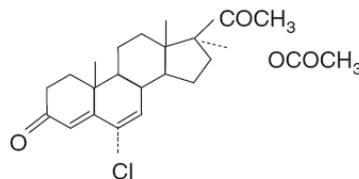
La drospirénone a un effet antiandrogène et un effet antiminéralocorticoïde modéré car elle a une plus grande affinité pour les récepteurs minéralocorticoïdes, une moins grande pour les récepteurs à la progestérone et aucune affinité pour les récepteurs aux androgènes. La drospirénone inhibe aussi les gonadostimulines. Cette molécule contrebalance l'effet de l'éthinylestradiol au niveau du foie, en effet l'éthinylestradiol augmente la synthèse hépatique d'angiotensinogène, ce qui active le système rénine-angiotensine-aldostérone et donc la rétention hydrosodée au niveau du rein.

Il est à noter que cette molécule peut entraîner une rétention de potassium ce qui peut amener à une hyperkaliémie notamment si un médicament hyperkaliémiant est prescrit de façon concomitante (anti-inflammatoires non stéroïdien [AINS] au long cours, diurétiques hyperkaliémants, inhibiteurs de l'enzyme de conversion [IEC], sartans, chlorure de potassium).

➤ **Deux dérivés de la 17-hydroxyprogestérone** (ce sont des prégnanes)

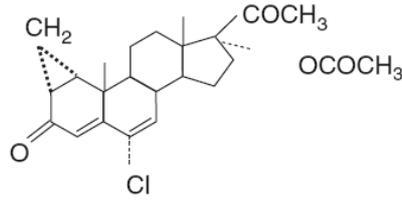


- acétate de chlormadinone : effet antiandrogène



Cette molécule a un effet sur l'acné modérée séborrhéique. La pilule à base d'acétate de chlormadinone (Belara®) a une efficacité comparable aux autres œstroprogestatifs par voie orale. [80]

- acétate de cyprotérone : effet antiandrogène



Un effet secondaire de l'acétate de cyprotérone est l'inhibition de l'ovulation mais elle ne possède pas l'AMM dans l'indication contraception.

Il existe des pilules **monophasiques** à doses fixes d'œstrogène et de progestatif, des pilules **biphasiques** avec l'œstrogène et/ou un progestatif à doses plus élevées dans la deuxième partie du cycle. Pour les pilules **triphasiques**, œstrogène et/ou progestatif sont à doses variables, créant trois phases différentes, ceci dans le but de réduire l'effet métabolique des progestatifs, de diminuer la dose totale et de mimer le cycle physiologique au mieux.

Il n'existe qu'un essai : il est peu fiable et il ne montre pas de différence entre les pilules mono ou biphasiques, de plus la réduction d'effet métabolique progestatif pour les triphasiques n'a jamais été montrée. [45]



FIGURE 5. PLAQUETTE DE PILULE

Modalité de prise :

Plaquettes de vingt-et-un comprimés : le premier comprimé est à prendre le premier jour des règles, les autres comprimés sont pris toujours à la même heure les jours suivants. Les sept jours suivant la fin de la plaquette aucun comprimé n'est pris, une hémorragie de privation survient alors. Le huitième jour une nouvelle plaquette est commencée.

Plaquettes de vingt-huit comprimés : les plaquettes sont enchaînées sans faire de pause. En réalité ce type de plaquettes contient quatre ou sept comprimés inactifs.

2.1.1.2 Mode d'action [10] [20] [32] [91]

La pilule œstroprogestative a un effet antigonadotrope qui réduit les sécrétions hypophysaires empêchant ainsi la survenue de l'ovulation.

La mise au repos de l'ovaire est sous la dépendance de plusieurs facteurs : la dose, la demi-vie et le type de progestatif utilisé mais aussi la sensibilité individuelle, la biodisponibilité de l'éthinylestradiol.

Les pilules faiblement dosées en éthinylestradiol (moins de 35µg) n'inhibent pas complètement l'axe hypothalamo-hypophysaire, la FSH remonterait un peu vers le cinquième jour de l'intervalle libre ce qui serait à l'origine d'une croissance folliculaire et de la production d'estradiol, cependant il n'y aura pas d'ovulation. L'efficacité est meilleure pour celles qui ont du désogestrel ou gestodène car ce sont des progestatifs à forte activité anti LH.

Le deuxième effet se produit sur la glaire cervicale qui s'épaissit, devient moins abondante et imperméable aux spermatozoïdes.

De plus la muqueuse de l'endomètre s'atrophie, l'endomètre n'est alors plus propice à la nidation. Par conséquent les menstruations qui surviendront seront moins abondantes et moins douloureuses. Ces hémorragies de privation surviennent à l'arrêt de la plaquette à cause de la chute des taux de progestatif et œstrogène.

2.1.1.3 Bénéfices / risques [4] [6] [20] [21] [22] [31] [56] [65] [73]

	Bénéfices	Risques
Efficacité	Indice de Pearl en utilisation optimale 0 à 0,77% [6]	Indice de Pearl dans la pratique courante 6 à 8% [57]
Effet carcinogène	Protection contre risque cancer ovaire, endomètre, colorectal (niveau de preuve 2) [6]	Augmentation potentielle du risque du cancer du sein et du col de l'utérus (niveau de preuve 2) [6]. Le risque revient équivalent à celui des non utilisatrices 10 ans après l'arrêt. Légère augmentation pour le cancer du foie.
	Diminution de 40 à 50 % de l'incidence des cancers de l'endomètre (hypotrophie endomètre). Ovaire : diminution des kystes ovariens fonctionnels et du cancer de l'ovaire, de plus protection à long terme même après l'arrêt de la pilule.	Sein : pas de preuve définitive et pas forcément d'augmentation du risque de mortalité.
	Cancer colorectal : réduction du risque d'environ 40 % par diminution des acides biliaires au niveau du côlon (rôle des estrogènes).	Col de l'utérus : hormones peuvent jouer un rôle dans la promotion mais souvent présence d'une infection sexuellement transmissible (human papillomavirus [HPV]).
Impact cardiovasculaire		Augmentation du risque thromboembolique (niveau de preuve 3).
		Risque veineux thromboembolique multiplié par 4 surtout la première année, peut être plus élevé avec pilule de 3 ^{ème} génération. Risque de thrombose veineuse souvent lié à une anomalie de l'hémostase préexistante
		Risque artériel : accident vasculaire cérébral (AVC) et infarctus du myocarde (IDM) rares, influencé par facteurs de risque : tabac et âge supérieur à 35 ans.

	Bénéfices	Risques
Métabolisme	A priori pas d'effet évident sur le poids.	Estrogène entraîne une rétention hydrosodée et progestatif a un effet anabolisant. Mais a priori ce n'est plus le cas avec pilules minidosées et progestatifs à faible activité androgénique.
	Ethinylestradiol diminue LDL (low density lipoprotein) cholestérol, augmente HDL (high density lipoprotein) cholestérol.	Ethinylestradiol augmente les triglycérides (TG).
	Progestatif (surtout androgénique) inverse ces effets, finalement si le progestatif ne les contrebalance pas, on ne connaît pas les conséquences cliniques de l'augmentation des TG et du HDL cholestérol.	
		Progestatif induit une insulino-résistance.
Effets sur le cycle	Diminution des dysménorrhées, des irrégularités menstruelles, de la fréquence du syndrome prémenstruel et diminution du volume, de la durée des règles (moins d'anémies ferriprives).	Métrorragies de faible importance : spotting pendant le premier cycle.
		Aménorrhées (rare).
Autres	Bénéfice sur l'acné avec pilule de 3 ^{ème} génération : effet antiandrogénique de l'éthinylestradiol et progestatif non androgénique.	Céphalées.
	Baisse des grossesses extra-utérines (GEU).	
	Moins de ménorragies et d'infections utéroannexielles.	
	Avantages de la prise en charge liée aux examens gynécologiques fréquents.	
	Diminution des mastopathies bénignes.	
	Diminution des grossesses non souhaitées et de leurs complications.	

L'indice de Pearl permet d'apprécier l'efficacité d'une méthode, c'est le nombre de grossesses accidentelles rapporté au nombre de cycles observés, ce chiffre est multiplié par 1200. Cela représente le nombre de grossesses pour 100 femmes en un an.

2.1.1.4 Recommandations [6] [41] [57] [64] [84] [91] [100] [102]

Contre-Indications aux œstroprogestatifs
Hypersensibilité aux substances actives ou à l'un des excipients
Accidents thrombo-emboliques artériels (en cours ou antécédent)
Accidents thrombo-emboliques veineux (en cours ou antécédent) tels que thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire
Prédisposition héréditaire ou acquise aux thromboses veineuses ou artérielles
Maladie cérébrovasculaire ou coronarienne
Hypertension artérielle non contrôlée
Valvulopathie
Troubles du rythme thrombogènes
Diabète compliqué de micro ou de macro-angiopathie
Tumeur maligne connue ou suspectée du sein
Carcinome de l'endomètre ou toute autre tumeur oestrogéno-dépendante connue ou suspectée
Adénome ou carcinome hépatique, affection hépatique sévère jusqu'au retour à la normale de la fonction hépatique
Hémorragies génitales non diagnostiquées
Connectivites
Porphyries

Précautions d'emploi

Les facteurs de risques thromboemboliques artériels et veineux doivent être systématiquement recherchés avant la prescription d'un œstroprogestatif.

En cas d'intervention chirurgicale programmée ou d'immobilisation prolongée, il est préférable d'interrompre le traitement œstroprogestatif.

Un âge supérieur à 35 ans, un indice de masse corporel (IMC) supérieur à 30 kg/m², le post-partum ou l'interruption de grossesse après le deuxième trimestre sont des facteurs de risques tromboemboliques veineux.

L'âge supérieur à 35 ans, le tabagisme, un IMC > 30 kg/m², l'hypertension artérielle (HTA), la migraine, le diabète, les dyslipidémies, certaines affections cardiovasculaires (coronaropathies, valvulopathies cardiaques, fibrillation auriculaire, troubles du rythme thrombogènes), une anamnèse familiale positive sont des facteurs de risques thromboemboliques artériels.

Un bilan de l'hémostase doit être envisagé avant la prescription d'une pilule œstroprogestative :

- chez une femme ayant des antécédents personnels de thrombose veineuse,
- chez une femme ayant des antécédents familiaux de thrombose veineuse profonde ou d'embolie pulmonaire avant 50 ans, de thrombophilie.

Interactions Médicamenteuses

❖ Diminution de l'effet contraceptif par interaction pharmacocinétique avec des inducteurs enzymatiques du cytochrome P450 3A4

- Association contre-indiquée : Ritonavir, nelfinavir, saquinavir, tipranavir, atazanavir, darunavir, fosamprenavir, darunavir, lopinavir, delavirdine, névirapine, efavirenz, le millepertuis.
- Association déconseillée : antiépileptiques : phénobarbital, phénytoïne, primidone, carbamazépine, topiramate, oxcarbazépine ; certains antibiotiques (rifabutine, rifampicine) ; griséofulvine ; modafinil ; bosentan.
- Conduite à tenir pendant et un cycle après le traitement par l'inducteur : utiliser une autre méthode contraceptive.

❖ Autres :

- Association à prendre en compte :
 - Flunarizine : risque de galactorrhée par augmentation de la susceptibilité du tissu mammaire à la prolactine par la flunarizine.
 - Ciclosporine : augmentation possible des taux circulants de ciclosporine par diminution de l'élimination hépatique de la ciclosporine.
- Interactions pharmacodynamiques par antagonisme de l'effet d'autres médicaments : antivitamine K, antidiabétiques, antihypertenseurs, hypolipémiants effet perturbé.

- Autres interactions pharmacocinétiques : les œstroprogestatifs diminuent l'élimination des médicaments qui subissent un métabolisme oxydatif, ils augmentent l'élimination des médicaments qui subissent une glucuronidation :
 - Lamotrigine : efficacité diminuée, éviter de commencer une contraception orale lors de la phase d'ajustement posologique de l'antiépileptique ; surveillance clinique et adaptation posologique lors de l'instauration de la contraception.
 - Augmentation de l'élimination de paracétamol et morphine, effets cliniques peu connus.
 - Diminution de la fraction libre des hormones thyroïdiennes due à une augmentation de la thyroglobuline (protéine porteuse) il est parfois nécessaire d'ajuster un traitement par lévothyroxine.

Dans quelles situations utiliser cette méthode

La contraception par pilule œstroprogestative est une méthode de première intention chez les femmes n'ayant pas de facteur de risque particulier (cardiovasculaire, cancéreux, hépatique...).

Cette méthode peut être utilisée :

- en cas de varices.
- par une fumeuse de moins de 35 ans.
- en cas d'antécédents de diabète gestationnel sans complication vasculaire.
- par une diabétique sous certaines conditions.
- par une femme ayant des céphalées ou des migraines sans aura pour un âge inférieur à 35 ans.
- par une patiente atteinte d'épilepsie.
- par une femme ayant des antécédents de GEU, de chirurgie pelvienne, de pathologie du col, de l'endomètre, des dysménorrhées, maladie trophoblastique, pathologies de l'ovaire, pathologie bénigne du sein, anomalie de l'utérus.
- en cas de risques infectieux (mais pas en cas d'hépatite).
- avec précautions au dessus de 45 ans.

- en post-partum sans allaitement après six semaines (pour que les facteurs de la coagulation reviennent à la normale).
- en deuxième intention chez une femme qui allaite plus de six semaines après l'accouchement et avec une pilule minidosée (risque de diminution de la production de lait).
- en post-abortum de premier ou deuxième trimestre.
- chez une nulli ou multipare.

voir Annexe I Tableau récapitulatif de toutes les spécialités de pilules œstroprogestatives

2.1.2 Le patch œstroprogestatif

2.1.2.1 Les molécules utilisées [1] [20] [73]

Evra® est un timbre ou patch de système matriciel. Il mesure 4,5 cm sur 4,5 cm, il contient 600µg d'éthinylestradiol et 6mg de norelgestromine, principal métabolite du norgestrel.

Il délivre en moyenne 20µg d'œstrogène et 150µg de progestatif par jour et ce pendant une semaine. En réalité le système permet de délivrer les mêmes doses pour une durée de neuf jours.

Les taux plasmatiques obtenus sont compris entre 0,6 et 1,2 ng/mL de norelgestromine et 25 à 75 pg/mL d'éthinylestradiol.



FIGURE 6. PATCH EVRA®

2.1.2.2 Mode d'action [6] [91]

Le mécanisme d'action est identique à celui d'une pilule œstroprogestative. Les bénéfices de l'absence de premier passage hépatique n'ont pas été étudiés.

Mode d'utilisation :

Le premier patch est posé le premier jour des règles. Il faut utiliser une méthode complémentaire les sept premiers jours. Un patch par semaine est collé pendant trois semaines consécutives suivi d'une semaine sans patch.

Lorsque le patch est ouvert et le film de protection enlevé, il ne faut pas toucher la partie collante. Il faut le coller sur une peau propre sèche et non lésée, sans poils ; différents sites d'application sont possibles : les fesses, l'abdomen, la face externe du bras, la partie supérieure du thorax mais pas les seins, il faut changer de site à chaque fois et éviter une zone de frottements. Il est nécessaire d'appuyer fermement pendant dix secondes pour que le dispositif colle bien.

2.1.2.3 Bénéfices/risques [6] [7] [19] [20] [43] [44] [46] [49]

	Bénéfices	Risques
Efficacité	Indice de Pearl 0,71 à 1,24%	
Effet carcinogène	A priori idem pilule estroprogestative (EP).	
Impact cardiovasculaire	A priori idem pilule EP. Récemment il y a eu une diminution de 20% d'éthinylestradiol dans Evra® c'est-à-dire un passage de 750 à 600 µg ceci serait dû à un changement de procédé de fabrication, le laboratoire a garanti une bioéquivalence par rapport à la formulation précédente. On peut se demander si cela a été mis en place suite aux résultats de certaines études qui montraient que pour un patch similaire non commercialisé en France, OrthoEvra®, le risque thromboembolique était plus élevé qu'avec une pilule.	
Métabolisme	Idem pilule EP.	
		Peut-être plus de prise de poids qu'avec la pilule EP.
Effets sur le cycle	Idem pilule EP.	

	Bénéfices	Risques
Autres	Les maux de tête, nausées, réactions cutanées, tension mammaire diminuent en 2 ou 3 cycles chez la majorité des patientes.	La tolérance du point de vue des effets indésirables (tension mammaire et réactions cutanées) est moins bonne que pour la pilule EP.
	L'administration transdermique permet d'avoir une concentration stable au cours du temps, avec moins de pics de concentration que la voie orale. D'autre part il n'existe pas de problème en cas de diarrhées ou vomissements.	Le dispositif peut parfois se décoller, il faut toujours veiller à sa bonne adhérence.
	Certaines études montrent que l'observance est meilleure par rapport à la prise orale notamment chez les jeunes femmes. Les conséquences sur une moindre survenue de grossesses non souhaitées restent à prouver plus largement.	
	Le délai de retard dans le changement de patch est de 48h, ce qui est beaucoup plus que pour la pilule, de plus il semblerait qu'en cas d'oubli le pourcentage de reprise d'ovulation soit plus faible qu'avec une pilule EP.	

2.1.2.4 Recommandations [6] [57] [69] [85] [91]

Contre-Indications
Accidents thrombo-emboliques artériels (en cours ou antécédent)
Accidents thrombo-emboliques veineux (en cours ou antécédent) tels que thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire
Migraine avec aura focale
Hypertension non contrôlée
Diabète avec atteintes vasculaires
Dyslipoprotéïnémie héréditaire
Prédisposition héréditaire probable à la thrombose veineuse ou artérielle, comme une résistance à la protéine C activée, une déficience en antithrombine-III, une déficience en protéine C, une déficience en protéine S, une hyperhomocystéinémie et des anticorps antiphospholipidiques (anticorps anticardiolipines, lupus anticoagulant).
Cancer du sein avéré ou suspecté
Cancer de l'endomètre ou autre néoplasie liée aux estrogènes avérée ou suspectée
Anomalies de la fonction hépatique liées à une maladie hépatocellulaire aiguë ou chronique
Adénomes ou carcinomes hépatiques
Hémorragie génitale anormale inexplicée
Hypersensibilité aux substances actives ou à l'un des excipients

Précautions d'emploi

Elles sont identiques à celles de la voie orale. Voir 2.1.1.4

Une diminution de l'efficacité chez les femmes obèses a été reportée mais les données sont limitées.

En cas de décollement, il faut recoller le patch s'il colle encore et que cela fait moins de vingt-quatre heures, sinon un nouveau patch sera collé.

Interactions médicamenteuses

Ce sont les mêmes interactions que par voie orale voir partie 2.1.1.4. De plus il a été rapporté des échecs de contraception pendant l'usage de tétracyclines sans que le mécanisme ne soit élucidé.

Il ne faut pas appliquer de crèmes ou lotions sur la zone où va être apposé le patch car cela pourrait interférer avec le pouvoir d'adhésion du dispositif.

Dans quelles situations utiliser cette méthode

Ce sont les mêmes situations que pour la pilule EP mais plus particulièrement pour celles qui oublient de prendre quotidiennement un comprimé, en première intention chez une adolescente.

Ce moyen de contraception peut être proposé à toute personne qui est demandeuse d'une contraception qui n'implique qu'une « prise » hebdomadaire.

L'utilisation de ce patch en post-partum est encore peu évaluée, il est donc préférable de ne pas recourir à cette méthode, tant que le risque thromboembolique et le passage dans le lait maternel ne sont pas plus investigués.

voir Annexe II Tableau récapitulatif des spécialités de patches œstroprogestatifs

2.1.3 L'anneau vaginal œstroprogestatif

2.1.3.1 Les molécules utilisées [20] [73]

Nuvaring® est un anneau souple de 54 mm de diamètre, le diamètre de la section est de 4 mm. Il est composé d'un copolymère éthylène / acétate de vinyle appelé Evatane®.

Ce dispositif contient 2,7mg d'éthinylestradiol et 11,7mg d'étonogestrel (métabolite actif du désogestrel). Il libère respectivement 15µg et 120µg par jour de composés actifs pendant trois semaines.

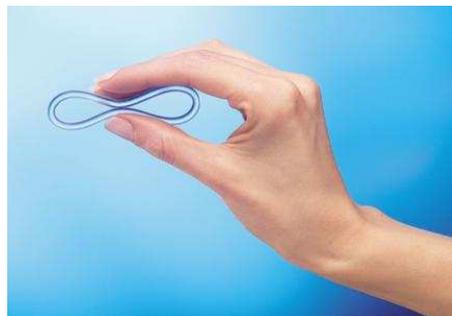


FIGURE 7. ANNEAU VAGINAL NUVARING®

2.1.3.2 Mode d'action [59] [73]

L'inhibition de l'ovulation est comparable à celle provoquée par la prise d'une pilule contenant 30µg d'éthinylestradiol associé à 150µg de désogestrel.

Une atrophie de l'endomètre et une altération de la glaire cervicale font également partie du mécanisme d'action de ce dispositif.

Cet anneau doit être placé au fond du vagin le premier jour des règles, il est efficace quelle que soit la position dans le vagin. Il doit rester en place trois semaines consécutives, il est ensuite retiré pour une semaine puis un nouvel anneau est mis en place pour trois nouvelles semaines.

Les concentrations sériques d'éthinylestradiol varient de 35pg/mL à 18pg/mL, tandis que l'étonogestrel varie entre des taux sériques de 1700pg/mL à 1400pg/mL.

La sécurité contraceptive est assurée pour une quatrième semaine consécutive.

La partie haute du vagin est très vascularisée, l'absorption au niveau de la muqueuse est rapide ; la biodisponibilité du progestatif est d'environ 100%, celle de l'œstrogène est du même ordre que pour la voie orale soit environ 56%.

2.1.3.3 Bénéfices/risques [6] [18] [20] [26] [49]

	Bénéfices	Risques
Efficacité	Indice de Pearl 0,4 à 0,6 % Europe, 0,65 à 1,18% en pratique.	
Effet carcinogène	Moindre dose d'hormones par rapport à la voie orale mais il n'y a pas d'étude spécifique sur le risque de cancer car cela nécessite des études à long terme.	
Impact cardiovasculaire		Idem pilule EP.
Métabolisme	Bonne tolérance métabolique : moins d'effets que EP par voie orale.	
Effets sur le cycle	Meilleur contrôle du cycle qu'avec la voie orale : métrorragies moins fréquentes, hémorragies de privation dans 98,5% des cycles, faibles pourcentages de spottings.	

	Bénéfices	Risques
Autres	Contraception mensuelle avec un taux d'observance élevé, le taux de discontinuation est du même ordre que pour la pilule EP, grande marge de sécurité : contraception assurée pour 4 semaines avec le même anneau et pour un retrait de moins de 3 heures.	
	Avantages de la voie vaginale : taux plasmatiques assez stables, pas de fluctuations qui pourraient être à l'origine d'effets indésirables, utilisation de faibles dosages d'hormones, les troubles digestifs ne compromettent pas la contraception.	Bien que les effets indésirables soient moins fréquents que pour la voie orale, il peut y avoir des vaginites, leucorrhées ou gênes locales.
	Bonne acceptation de la méthode : les femmes jugent que l'anneau est facile à insérer. En général leurs partenaires ne sont pas dérangés par la présence de l'anneau pendant les rapports.	Le partenaire ressent parfois la présence de l'anneau pendant les rapports.
		L'exposition locale masculine aux hormones n'a pas fait l'objet d'études.

2.1.3.4 Recommandations [6] [57] [69] [85] [91]

Contre-indications
Présence ou antécédents de thrombose veineuse, qu'il y ait ou non embolie pulmonaire.
Présence ou antécédents de thrombose artérielle ou signes annonciateurs d'une thrombose
Facteurs de risque connus des thromboses veineuses ou artérielles avec ou sans facteurs héréditaires comme : résistance à la protéine C activée (APC), déficit en antithrombine III, déficit en protéine C, déficit en protéine S, hyperhomocystéinémie et anticorps antiphospholipides (anticorps anticardiolipine, anticoagulants de type lupique).
Antécédents de migraine avec symptômes neurologiques focaux.
Diabète compliqué avec atteinte vasculaire.
Présence ou antécédents d'affections hépatiques sévères jusqu'à normalisation des paramètres de la fonction hépatique.
Pancréatite ou antécédent de pancréatite, surtout si associé à une hypertriglycémie sévère.
Présence ou antécédents de tumeurs hépatiques (bénignes ou malignes).
Diagnostic ou suspicion d'affections malignes hormonodépendantes des organes génitaux ou du sein.
Hémorragies génitales non diagnostiquées.
Hypersensibilité à l'une des substances actives ou à l'un des excipients

Précautions d'emploi

Idem que pour la pilule EP.

En cas de prolapsus du col utérin, cystocèle, rectocèle, ou constipation grave ou chronique l'utilisation de l'anneau est discutée.

Les conditions de conservation de ce médicament sont particulières. Avant la délivrance l'anneau doit être gardé entre 2 et 8°C (maximum 36 mois), une fois délivré il se conserve à une température inférieure à 30°C et doit être inséré dans les quatre mois (et avant la date de péremption). Une fois utilisé, il est placé dans le sachet refermable et jeté avec les déchets domestiques ou rapporté en pharmacie.

En cas de rupture d'anneau, il faut le retirer et en insérer un nouveau, l'efficacité peut être compromise, l'utilisation d'une méthode complémentaire pendant sept jours est préconisée et la contraception de rattrapage à envisager.

En cas d'expulsion de l'anneau, l'efficacité n'est pas compromise s'il reste à l'extérieur moins de trois heures : il peut alors être replacé après avoir été rincé à l'eau froide ou tiède. Pour une durée supérieure à trois heures, l'efficacité contraceptive est compromise.

Interactions médicamenteuses

La co-administration d'un antimycosique par voie vaginale augmente légèrement les taux d'éthinylestradiol et d'étonogestrel libérés, d'autant plus pour les formes ovules qui sont plus lipophiles, ce qui influence la libération des hormones de l'anneau. Les taux plasmatiques observés ne peuvent ni compromettre l'efficacité, ni exposer à une moins bonne tolérance [86]. Selon les études il est également possible d'utiliser simultanément un spermicide.

Les conséquences de l'utilisation d'antibiotiques sont discutées : les pénicillines et les tétracyclines (sauf l'amoxicilline et la doxycilline) ont montré des interactions sans que l'on connaisse le mécanisme. D'autre part comme pour la voie orale, l'efficacité est compromise en cas d'utilisation d'inducteurs enzymatiques : voir section 2.1.1.4.

Les tampons peuvent être utilisés sans problème, ils n'interfèrent pas sur l'absorption systémique des principes actifs de l'anneau [80].

Dans quelles situations utiliser cette méthode

L'efficacité et la sécurité clinique ont été étudiées pour les femmes entre 18 et 44 ans.

C'est une méthode de choix pour les femmes qui ont besoin d'un œstroprogestatif faiblement dosé et qui désirent une administration mensuelle.

Il est peu recommandé d'utiliser cette méthode tout de suite en post-partum, il est préférable d'attendre la fin de la rééducation périnéale.

Cette méthode peut être commencée en post-abortum.

voir Annexe III Tableau récapitulatif des spécialités d'anneaux vaginaux œstroprogestatifs

2.2 La pilule progestative

2.2.1 Microprogestative

2.2.1.1 Les molécules utilisées [20] [73]

Les pilules de progestatif seul dites microdosées sont composées de dérivés éthinylés de la testostérone. Le désogestrel, le lévonorgestrel et l'acétate de noréthistérone sont utilisés.

*formules se reporter à la partie 2.1.1

Le noréthistérone est un progestatif de première génération alors que le lévonorgestrel appartient à la deuxième génération. Le désogestrel, progestatif de troisième génération se lie plus spécifiquement aux récepteurs de la progestérone et moins aux récepteurs des stéroïdes androgènes.

2.2.1.2 Mode d'action [28] [40] [67] [73]

Le microprogestatif a une action périphérique : modifications histologiques et vasculaires de la muqueuse endométriale qui devient impropre à la nidation, modification de la glaire cervicale qui va alors gêner le passage des spermatozoïdes. Le mécanisme de l'action passe aussi par une diminution de la motilité tubaire. L'action antigonadotrope laisse subsister des taux basaux de FSH et LH, l'inhibition de l'ovulation est inconstante. Un développement folliculaire peut avoir lieu. Ce type de pilule doit être pris en continu puisque l'effet antigonadotrope est moins puissant qu'avec les pilules œstroprogestatives.

Le désogestrel inhibe beaucoup plus constamment l'ovulation : taux de LH nettement plus bas, pas d'activité lutéale démontrée lorsque des follicules persistent.

2.2.1.3 Bénéfices/risques [6] [20] [28] [38] [51]

	Bénéfices	Risques
Efficacité	Indice de Pearl 0,52% (Cérazette®), 0,85% (Milligynon®) à 1% (Microval®)	
Effet carcinogène	Effet protecteur sur l'endomètre, pas de risque carcinologique à long terme.	Mais manque de données épidémiologiques, les études sur le risque de cancer du sein sont contradictoires (niveau de preuve 2).
Impact cardiovasculaire	A priori pas de retentissement cardiovasculaire.	S'il existait, il serait de faible ampleur (niveau de preuve 3).
Métabolisme	A priori aucune altération du contrôle lipidique et glycémique.	Diminution du HDL cholestérol et des Very Low Density Lipoprotein (VLDL), effet hypotriglycéridémiant, hyperinsulinisme, résistance à l'insuline mais ici faible dose.
Effets sur le cycle		Irrégularités menstruelles (spotting, métrorragies, aménorrhée) ; des kystes fonctionnels ovariens se forment. Une hyperestrogénie relative peut favoriser les mastopathies, oedèmes cycliques, douleurs pelviennes (inhibition non totale du développement folliculaire).
Autres	Pas d'effet tératogène.	
	Compatible avec l'allaitement : pas d'effet sur la production de lait ni sur la croissance du bébé.	Mais aucune étude sur l'impact de cette exposition pour le développement cérébral et hépatique.
	Pas de modification de l'hémostase.	
	Risque de GEU est du même ordre que le risque chez une femme ne prenant pas de contraception.	Si échappement (mauvaise observance ou IM) une grossesse peut survenir est peut être extra utérine (ralentissement du transit tubaire), diagnostic grossesse moins aisé du fait des irrégularités menstruelles.
	Retard de 12 heures dans l'horaire de la prise toléré pour Cérazette®	Seulement 3 heures de tolérance de retard dans la prise : entraîne des difficultés d'observance.

2.2.1.4 Recommandations [6] [28] [38] [57] [91] [102]

Contre-Indications
Accidents tromboemboliques veineux évolutifs
Présence ou antécédents de pathologie hépatique sévère, tant que les paramètres de la fonction hépatique ne sont pas normalisés
Tumeurs sensibles aux progestatifs ; cancer du sein et cancer de l'endomètre
Hémorragie génitale non expliquée
Affection mammaire et/ou utérine, dysfonctionnement ovarien
Hypersensibilité à l'un des composants

Précautions d'emploi

La prudence est conseillée en cas d'antécédent ou risque de grossesse extra-utérine puisque le microprogestatif diminue la motilité tubaire.

Interactions médicamenteuses

Ce sont des interactions pharmacocinétiques principalement à cause de l'association à des inducteurs enzymatiques d'isoformes du cytochrome P450 qui métabolisent le progestatif, la concentration plasmatique de ce dernier sera alors diminuée et l'efficacité contraceptive compromise.

❖ Association contre indiquée avec le millepertuis puissant inducteur enzymatique, avec les rétinoïdes : risque de diminution de l'efficacité contraceptive et effet tératogène des rétinoïdes.

→ Conduite à tenir : utiliser un autre moyen contraceptif.

❖ Association déconseillée avec les inducteurs enzymatiques suivants :

phénobarbital, phénytoïne, primidone, carbamazépine, rifabutine, rifampicine

-avec les antirétroviraux suivants : atazanavir, darunavir, fosamprenavir, darunavir, lopinavir, nelfinavir, ritonavir, saquinavir, tipranavir, delavirdine, efavirenz, nevirapine.

❖ Association à prendre en compte : autres inducteurs enzymatiques topiramate, oxcarbazépine, modafinil, griséofulvine, bosentan.

→ Conduite à tenir : associer une contraception barrière type préservatif le temps de la prise du médicament en cause et pendant le cycle suivant l'arrêt de celui ci, si c'est un traitement chronique changer de type de contraception.

❖ Interaction du progestatif sur la lamotrigine avec risque de diminution des concentrations et de l'efficacité de la lamotrigine. association déconseillée au moment de l'instauration du traitement antiépileptique, association à prendre en compte avec surveillance et dosage dans les autres cas.

Dans quelles situations utiliser cette méthode

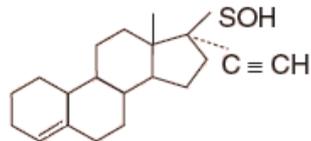
L'indication des microprogestatifs est la contraception orale. La pratique clinique a plutôt réservé l'usage de ce type de contraceptif en deuxième intention aux femmes qui avaient des contre-indications aux œstrogéniques. Ces situations sont des pathologies cardiovasculaires, les femmes à haut risque vasculaire (notamment veineux) du fait de leurs antécédents ou de leur maladie ; c'est aussi le mode de contraception le plus prescrit en post-partum. Selon les recommandations de l'Afssaps (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé) il faut rappeler que les microprogestatifs sont une méthode efficace en conditions courantes d'utilisation et même très efficace en utilisation optimale. Il est donc possible de les prescrire en première intention, chez une femme qui en fait la demande, tout en la prévenant des fréquents effets indésirables qui peuvent être hyperœstrogénie, perturbations du cycle menstruel avec des irrégularités ou absence de saignement ou bien kyste fonctionnel de l'ovaire. Il est également nécessaire de présenter la faible marge d'erreur dans l'heure de prise tolérée pour ce type de pilule (sauf Cérazette®) pour savoir si la patiente peut être assez observante.

voir Annexe IV Tableau récapitulatif des spécialités de pilules microprogestatives

2.2.2 Macroprogestative

2.2.2.1 Les molécules utilisées [38] [73]

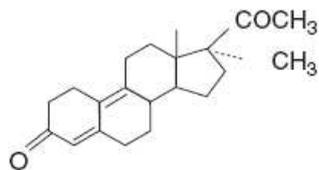
- ❖ un dérivé de la 19-nortestostérone :
lynestrénol : Orgamétriol® 10mg/j



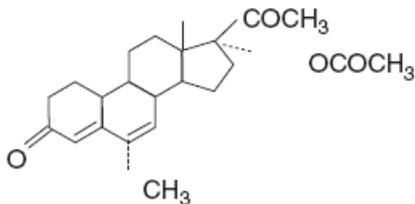
- ❖ hors AMM :

- dérivés de la 19-norprogestérone :

- promégestone : Surgestone® 0,500mg/j

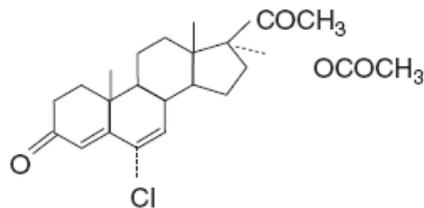


- acétate de nomégestrol : Lutényl® 5 mg/j

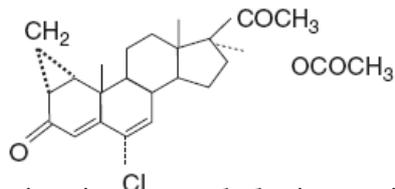


- dérivés de la 17-OH-progestérone :

- acétate de chlormadinone : Lutéran® 10mg/j



- acétate de cyprotérone : Androcur® 50 mg/j est parfois utilisé



Ils sont utilisés dans des situations ou pathologies particulières sur la base de données cliniques publiées.

2.2.2.2 Mode d'action [38] [73]

Le lynestrénol a un puissant effet antigonadotrope, la maturation folliculaire et l'ovulation sont inhibées. Comme pour les microprogestatifs, il existe des effets sur l'endomètre et la glaire cervicale. Une activité androgénique partielle provoque une baisse du HDL cholestérol (prescription femme non à risque).

Les molécules prescrites hors AMM ont une forte activité antiœstrogène cela permet de les préconiser lorsqu'il existe une pathologie utérine estrogénodépendante. Les dérivés de la 17-hydroxyprogestérone et de la 19-norprogestérone ont une action antigonadotrope. L'activité antigonadotrope a été prouvée (Lutényl : acétate de nomégestrol [23]) cependant ils n'ont pas d'AMM dans l'indication contraception. L'efficacité contraceptive a donc été extrapolée des études montrant l'effet antigonadotrope.

Le blocage de l'activité gonadotrope entraîne une atrophie de l'endomètre mais aussi une hypo-oestrogénie souvent profonde en fin de prise. Ceci explique que les saignements soient parfois absents. Les taux plasmatiques d'estradiol peuvent descendre en dessous des 60 pg/ml nécessaires au maintien du capital osseux. Un œstrogène est alors associé la deuxième et la troisième semaine de prise du progestatif, s'il n'existe pas de contre-indication (CI) aux œstrogènes.

Les dérivés la 19-norprogestérone ont une liaison aux récepteurs à la progestérone, un effet antigonadotrope, mais ne se lient pas aux autres récepteurs stéroïdiens, il n'y a donc pas d'action estrogénique ou androgénique néfaste.

Le macroprogestatif est pris vingt-et-un jours, du sixième au vingt-cinquième jour du cycle mais il peut aussi être prescrit vingt jours sur vingt-huit.

2.2.2.3 Bénéfices/risques [6] [16] [20] [51] [61]

	Bénéfices	Risques
Efficacité		Pas d'indice de Pearl publié.
Effet carcinogène	L'action des progestatifs sur le cancer du sein est controversée : pas d'effet, augmentation ou diminution du risque selon les études.	Le risque de cancer hépatique retrouvé pour la pilule EP est sans doute attribuable à la composante progestative, de plus amples études sont nécessaires pour quantifier ce risque qui pour l'instant n'a été étudié que dans les traitements hormonaux substitutifs (THS).
Impact cardiovasculaire		Sur-risque d'accidents thromboemboliques veineux (niveau de preuve 3).
Métabolisme	Bonne tolérance pour les dérivés de la 19-norprogestérone et de la 17-OH-progestérone.	Altération glucidolipidique pour les dérivés de la 19 nortestostérone.
Effets sur le cycle	Tolérance peut être bonne.	Métrorragies, aménorrhée par atrophie de l'endomètre.
Autres	AMM pour lynestrénol.	Hors AMM.
	Utile si CI métabolique aux œstrogènes.	Hypoestrogénie : sécheresse vaginale, diminution de la libido, troubles de l'humeur, dépression.
	Chlormadinone utile si CI métabolique ou cardiovasculaire aux œstroprogestatifs, cyprotérone utile pour les cas d'hyperandrogénie.	Prise de poids, hypertension artérielle, hirsutisme possible avec dérivés de la 19 nortestostérone.
	Traitement contraceptif efficace en cas de pathologie utérine, mammaire, ovarienne.	

2.2.2.4 Recommandations [6] [28] [84]

Contre-Indications
Accidents ou antécédents d'accidents thromboemboliques veineux (phlébite, embolie pulmonaire)
Accidents ou antécédents thromboemboliques artériels (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral)
Altérations graves de la fonction hépatique
Tumeur sensible aux progestatifs, cancer du sein et cancer de l'endomètre
Hémorragies génitales non expliquées
Hypersensibilité à l'un des composants
Androcur® : tuberculose, diabète, dépression sévère, anémie à hématies falciformes

Précautions d'emploi :

Le lynestrénol présente des effets androgéniques, il est donc déconseillé dans les situations à haut risque vasculaire que sont le diabète, l'hypertension artérielle, les antécédents de thrombose.

Les autres dérivés ont été développés dans le but de traitement substitutif ou d'indication précise d'insuffisance progestéronique.

Interactions médicamenteuses

- ❖ Association contre-indiquée : millepertuis car inducteur enzymatique.
- ❖ Association déconseillée : inducteurs enzymatiques antiépileptiques (carbamazépine, phénobarbital, phénytoïne, primidone), griséofulvine, rifabutine, rifampicine.
→ Conduite à tenir : pendant et un cycle après le traitement par l'inducteur, utiliser une autre méthode contraceptive type préservatif.
- ❖ Association nécessitant des précautions d'emploi : antidiabétiques par antagonisme d'effet : interaction pharmacodynamique effet diabétogène du progestatif.
→ Conduite à tenir : autosurveillance glycémique et adaptation de la posologie à l'instauration et à l'arrêt du progestatif.

Dans quelles situations utiliser cette méthode

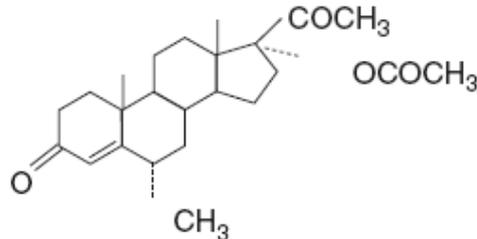
L'Orgamétil® est une méthode de contraception de seconde intention en cas de contre-indication aux œstrogènes, utile en cas de pathologie utérine, mammaire, ovarienne. Les autres molécules ne sont pas indiquées dans la contraception mais si elles sont prescrites dans une de leurs indications, il est tout à fait intéressant d'utiliser l'effet secondaire antigonadotrope.

voir Annexe V Tableau récapitulatif des spécialités de pilules macroprogestatives

2.3 Progestatif injectable

2.3.1 Les molécules utilisées [73]

Il n'y a qu'une seule molécule utilisée en France : c'est l'acétate de médroxyprogestérone, un dérivé de la 17 hydroxyprogestérone.



2.3.2 Mode d'action [73] [91]

Le mécanisme d'action est principalement un blocage de l'ovulation, mais aussi une modification de la glaire cervicale la rendant imperméable aux spermatozoïdes et une atrophie de l'endomètre le rendant impropre à la nidation.

La première injection a lieu entre le premier et le cinquième jour du cycle. 150mg d'acétate de médroxyprogestérone sont réinjectés tous les trois mois en intramusculaire (IM).

2.3.3 Bénéfices/risques [6] [12] [24] [38] [51] [70] [76] [96]

	Bénéfices	Risques
Efficacité	Indice de Pearl 0,3% à 3%	
Effet carcinogène		Potentiel carcinogène. Etudes aux résultats divergeant sur le risque du cancer du sein.
	Pas d'augmentation du risque du cancer du col de l'utérus ni du foie.	Mais chez les femmes HPV + , une utilisation prolongée (plus de 5 ans) pourrait augmenter le risque de cancer in situ et de cancer invasif.
Impact cardiovasculaire	Absence théorique de risque vasculaire (imputé aux œstrogènes).	Prise de poids et élévation de la pression artérielle.
Métabolisme		Le progestatif à haute dose va exercer une activité minéralo et glucocorticoïdes perturbant ainsi le bilan lipidique et glucidique : faible diminution HDLcholestérol faible augmentation LDLcholestérol et diminution de la tolérance au glucose.
Effets sur le cycle		Aménorrhées, spottings, métrorragies.
Autres		Puissant effet antigonadotrope ce qui va freiner la sécrétion ovarienne d'estradiol, entraînant une hypo-œstrogénie qui peut se manifester par de la sécheresse vaginale, des bouffées de chaleur, des troubles de la libido et déminéralisation osseuse (surtout les deux premières années).
	Les pertes osseuses seraient réversibles à l'arrêt, et le lien avec le risque de fracture à la ménopause n'est pas établi.	Risque de baisse de la densité osseuse lié à la décroissance du taux d'estrogène naturelle, on ne sait pas si après l'arrêt les jeunes femmes peuvent reprendre de la masse osseuse lorsqu'elles ont commencé avant d'acquérir leur pic maximal.
	Simplicité administration.	L'injection d'un produit huileux est douloureuse.
	Pas d'activité androgénique.	Pourrait aggraver une acné le cas échéant ou déclencher un hirsutisme.
	Longue durée d'action, favorise observance.	Retour fertilité dans les 3 à 12 mois.

2.3.4 Recommandations [6] [57] [69] [84] [91]

Contre-Indications au Dépo-provera®
Insuffisance hépatique, hépatite ou antécédent récent d'hépatite
Cancer du sein et de l'endomètre
Obésité
Diabète
Hypertension artérielle
Maladies thromboemboliques artérielles et veineuses
Ménométrorragies non explorées
Fibrome utérin
Hypersensibilité à la substance

Précautions d'emploi

Une substitution en estrogène est mise en place en cas de symptômes d'hypo-œstrogénie.

Interactions Médicamenteuses

❖ de type pharmacocinétique :

-Millepertuis, rifampicine, rifabutine, griseofulvine, bosentan certains anticonvulsivants, phénobarbital, phénytoïne, primidone, carbamazépine, oxacarbazépine, certains antirétroviraux : induction enzymatique, accélération de la dégradation et donc diminution de l'efficacité contraceptive.

→ Conduite à tenir : pendant et un cycle après le traitement par l'inducteur, utiliser une autre méthode contraceptive.

❖ Interaction du progestatif sur la lamotrigine :

Risque de diminution des concentrations et de l'efficacité de la lamotrigine. L'association est déconseillée au moment de l'instauration du traitement antiépileptique, association à prendre en compte avec surveillance et dosage dans les autres cas.

Dans quelles situations utiliser cette méthode

Cette spécialité est indiquée comme méthode contraceptive de longue durée d'action dans le cas où il est impossible d'utiliser un autre moyen de contraception. En France, elle n'est utilisée que dans certaines situations à contexte particulier. Il est recommandé dans la mesure du possible d'avoir plutôt recours à l'implant progestatif.

voir Annexe VI Tableau récapitulatif des spécialités de progestatifs injectables

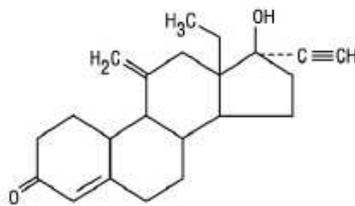
2.4 L'implant progestatif

2.4.1 Les molécules utilisées [38] [58] [73]

Ce type de contraception correspond à une seule spécialité en France : Implanon®.

C'est un bâtonnet, 4 cm de long et 2 mm de diamètre, composé d'un noyau et d'une membrane.

Le noyau contient des cristaux d'étonogestrel dispersés dans une matrice de copolymère inerte : l'éthylène d'acétate de vinyle. La membrane est formée d'éthylène d'acétate de vinyle permettant la libération contrôlée des 68 mg d'étonogestrel.



L'étonogestrel est en réalité le 3-cétodésogestrel : le métabolite actif du désogestrel, dérivé éthinylé de la testostérone déjà utilisé dans la contraception microprogestative per os.

La libération du principe actif après cinq à six semaines est de 60 à 70 µg/j, puis 35 à 45 µg/j à la fin de la première année, 30 à 40 µg/j à la fin de la deuxième année et enfin 25 à 30 µg/j à la fin de la troisième année.



FIGURE 8. IMPLANT PROGESTATIF IMPLANON®

2.4.2 Mode d'action [20] [73] [91]

L'inhibition de l'ovulation est quasi constante, il y a également une modification de la glaire cervicale.

La sécrétion de FSH n'est pas complètement inhibée ce qui permet le développement de follicules produisant de l'estrogène, il n'y a donc pas d'hypo-œstrogénie.

Il n'y a pas d'atrophie de l'endomètre mais l'épaisseur serait plus faible.

Ce dispositif est implanté en sous-cutané sur la face interne du bras non dominant dans le sillon entre le biceps et le triceps. Il est mis en place entre le premier et le cinquième jour du cycle pour une action qui va durer trois ans.

2.4.3 Bénéfices/risques [6] [11] [20] [37] [38]

	Bénéfices	Risques
Efficacité	Indice de Pearl 0,06%	
Effet carcinogène	Études ne montrent pas d'augmentation du risque cancer du sein mais elles sont faites avec un autre implant : Norplant®.	Aucune étude sur le risque de cancer du sein avec Implanon®, pas de données pour les autres cancers.
Impact cardiovasculaire	A priori pas de retentissement cardiovasculaire.	Mais le progestatif seul a été peu étudié.
Métabolisme		Le taux plasmatique d'estradiol est suffisant pour assurer le maintien de la minéralisation osseuse.
	Aucun effet clinique sur le métabolisme des lipides n'est observé.	Résistance à l'insuline possible et modification de la tolérance au glucose.
Effets sur le cycle	Le retour à un cycle menstruel normal est rapide.	Métrorragies (spotting) surtout les 3 premiers mois puis diminution ; aménorrhée

	Bénéfices	Risques
Autres	Pas de problème d'observance, longue durée d'action, absence de premier passage hépatique.	Réaction locale, céphalées, tension mammaire, mastodynie, acné, vaginite et prise de poids.
	Posé sous anesthésie locale en quelques minutes, s'il est correctement inséré selon la procédure et par une personne entraînée : pas de risque de migration majeure.	Difficultés lors de la pose : parfois pas inséré. Difficultés à le localiser avant retrait, il n'est pas radio-opaque (localisation par échographie ou IRM). Il y a parfois migration, nécessite alors anesthésie générale (AG). Cas de lésion du nerf ulnaire face interne du bras et récupération de tremblements parfois lente et incertaine.
	Peut être utilisé au cours de l'allaitement : a priori pas d'impact sur la croissance des enfants et pas d'action sur la lactation.	Mais peu d'études disponibles : surveiller croissance et développement des enfants.

2.4.4 Recommandations [6] [47] [57] [91]

Contre-Indications
Accidents thrombo-emboliques veineux évolutifs
Tumeur progestagène-dépendante
Hémorragies génitales non expliquées
Présence ou antécédent d'affection hépatique sévère jusqu'à normalisation des paramètres de la fonction hépatique.
Hypersensibilité à l'un des composants

Précautions d'emploi

Il existe une corrélation inverse entre les concentrations plasmatiques d'étonogestrel et le poids : peut-être faut-il remplacer l'implant plus tôt pour les femmes en surpoids, le résumé des caractéristiques du produit (RCP) indique que l'efficacité contraceptive peut être diminuée durant la troisième année.

Informez la patiente sur la modification du profil de saignement avant la pose permettrait d'augmenter l'acceptabilité de la méthode.

Interactions Médicamenteuses

Aucune étude spécifique n'a été effectuée avec Implanon®

Avec la prise de carbamazépine, rifampicine, phénytoïne des cas ont été rapportés d'interactions médicamenteuses ayant abouties à un échec de contraception. Cela est possible avec d'autres inducteurs enzymatiques comme pour la pilule microprogestative par voie orale comme le millepertuis, d'autres anticonvulsivants, des traitements antirétroviraux.

Se référer à la partie IM pilule microprogestative 2.2.1.

Dans quelles situations utiliser cette méthode

L'implant progestatif paraît être une bonne solution pour les femmes qui ont une contre-indication aux œstroprogestatifs et/ou au DIU ; qui plus est une solution pour celles qui ne sont pas assez observantes pour utiliser la pilule microprogestative par voie orale.

Mais si une femme en fait directement la demande, il faut lui présenter les bénéfices et risques notamment les changements du cycle avant qu'elle opte pour ce moyen de contraception et afin d'éviter un retrait prématuré.

voir Annexe VII Tableau récapitulatif des implants progestatifs

2.5 Le dispositif intra-utérin délivrant un progestatif

2.5.1 Les molécules utilisées [73]

Mirena® est un dispositif intra-utérin en polyéthylène en forme de T (32mm*32mm) qui contient du sulfate de baryum, il est entouré d'un manchon en polydiméthylsiloxane. Le réservoir libère environ 20µg de lévonorgestrel par jour pendant cinq ans, la membrane du réservoir en polydiméthylsiloxane permet la libération progressive des 52 mg de lévonorgestrel. Les fils de retrait sont en polyéthylène et oxyde de fer.



FIGURE 9. DIU DELIVRANT UN PROGESTATIF MIRENA®

2.5.2 Mode d'action [29] [60] [73]

Le dispositif doit être mis en place au cours des sept jours qui suivent le début des règles.

Il existe plusieurs mécanismes concomitants. Ce DIU combine une toxicité spermatique, une modification de la glaire cervicale, une réaction hostile due au corps étranger et il n'y a pas de prolifération de l'endomètre.

L'ovulation est inhibée chez certaines femmes, il existe parfois une dysovulation, la sécrétion d'estradiol est réduite mais reste entre 150 et 100pg/mL. Les taux plasmatiques de lévonorgestrel sont de l'ordre de 100 à 200pg/mL.

2.5.3 Bénéfices/risques [6] [13] [15] [20] [28] [34] [39]

	Bénéfices	Risques
Efficacité	Indice de Pearl 0,5 à 1,1 %, pas de problème d'observance.	
Effet carcinogène		Le progestatif au niveau local pourrait favoriser le passage d'une néoplasie intra-épithéliale du col utérin en cancer.
	Pas d'augmentation du risque du cancer du sein (grade C) mais les études sont à confirmer.	
Impact cardiovasculaire	Pas d'impact significatif sur la tension.	
Métabolisme		Une éventuelle prise de poids.
		Effet du progestatif sur la tolérance au glucose.
Effets sur le cycle	88% diminution du volume des saignements chez celles qui ont une ménorragie, fréquence des dysménorrhées diminue (comme avec les œstroprogestatifs oraux).	Durant les 4 à 6 premiers cycles des spotting imprévisibles puis oligomenorrhées ou aménorrhées.
		Kystes ovariens peuvent se former (12 à 31 %).
Autres		Des céphalées, des douleurs pelviennes, des leucorrhées, des mastodynies, de l'acné peuvent faire partie des effets indésirables.
	Taux de GEU plus faible que chez femme sans contraception.	Le DIU n'étant pas métallique il est difficile de le repérer par échographie.
	Taux d'infection Mirena® : 0,8% taux cumulé à 5 ans alors que DIU au cuivre 2,2%. Maladies inflammatoires pelviennes après 36 mois sont moins importantes pour Mirena® que pour DIU au cuivre (spécialement chez les moins de 25 ans).	Alopécie peut être le résultat d'un plus faible taux circulant d'œstrogène chez certaines femmes et donc une plus grande disponibilité de testostérone et dihydrotestostérone[62].
	Perforations (0,18 pour 1000 insertions), expulsions (6 à 12 pour 100 femmes) restent rares.	Difficulté d'insertion notamment chez la nullipare à cause de la taille de l'inserteur.
	Utilisation possible chez la femme qui allaite.	

2.5.4 Recommandations [6] [57] [91] [97]

Contre-Indications
Grossesse suspectée ou avérée
Infection pelvienne, même basse, en cours ou récente (pelvipéritonite, endométrite, salpingite, cervicite, vaginite, etc.) ; salpingite récidivante ; antécédent d'avortement septique au cours des 3 derniers mois
Déficit immunitaire avéré (patientes immunodéprimées et traitement immunosuppresseur)
Hémorragie génitale anormale sans diagnostic
Anomalies congénitales ou acquises de l'utérus
Affection maligne du col ou du corps utérin
Affections hépatiques aiguës ou tumeur hépatique
Hypersensibilité à l'un des composants du dispositif

Précautions d'emploi

Le dispositif est à utiliser avec précaution en cas de thrombophlébite évolutive ou thromboembolie.

Il semble que le dispositif doive être retiré en cas de dépistage d'un cancer du sein.

Pour la nullipare, le dispositif peut être utilisé avec précaution, les adolescentes nullipares sont à haut risque d'IST notamment *Clamidia trachomatis* (8% de porteurs chez les moins de 20 ans) : un dépistage d'IST peut être envisagé chez la jeune nullipare avant la pose.

L'antibioprophylaxie n'est recommandée qu'en cas de valvulopathie cardiaque, (dans les régions à forte prévalence de Clamidia et où l'accès au dépistage est faible).

Dans le cas d'insertion difficile ou de douleurs, il faut peut-être vérifier par échographie le bon positionnement pour éviter d'ignorer une perforation utérine.

Interactions Médicamenteuses

Dans l'autorisation de mise sur le marché aucune interaction n'est mentionnée comme pouvant diminuer l'efficacité contraceptive.

Une étude avec la rifabutine a montré qu'il n'y avait pas de diminution de l'efficacité de Mirena®. Selon l'OMS il n'y aurait pas de problème avec les inducteurs enzymatiques anticonvulsivants, la grisofulvine et la rifampicine.

Dans quelles situations utiliser cette méthode

Ce dispositif a l'indication en cas de ménorragies fonctionnelles après recherche et élimination de causes organiques.

L'utilisation en tant que contraceptif convient particulièrement aux femmes ayant des dysménorrhées, des règles ménorragiques notamment avec une anémie.

Le DIU au lévonorgestrel n'a pas l'indication en contraception d'urgence.

C'est un mode de contraception approprié aux femmes ayant une relation stable car il y a des risques d'infections pelviennes en cas d'IST. C'est une méthode pour des femmes informées des risques et qui prennent des précautions en conséquence.

Ce dispositif peut être mis en place six semaines après un accouchement, trois mois après un IVG par curetage, tout de suite après une IVG médicamenteuse.

Il est intéressant de noter que dans 107 pays (contrairement à la France) où il est commercialisé, ce DIU s'il est posé après 45 ans peut être gardé sept ans.

Il existera bientôt un nouveau DIU délivrant du lévonorgestrel pour les petits utérus (donc plus approprié à la nullipare).

voir Annexe VIII Tableau récapitulatif des dispositifs intra-utérins délivrant progestatif

2.6 Le dispositif intra-utérin

2.6.1 Les matériaux utilisés [73]

Aux dispositifs intra-utérins inertes ont été ajoutées des substances bioactives comme le cuivre ou l'argent. Ceci a permis de diminuer la taille et d'augmenter l'efficacité de cette méthode.

Il n'existe plus de DIU inerte commercialisé en France.

Parmi les DIU au cuivre, on retrouvait trois générations :

- ❖ Les DIU de première génération constitués d'un fil de cuivre d'une surface de 200 mm² en forme de 7 ou de T ne sont plus commercialisés en France.
- ❖ Les DIU de deuxième génération possèdent une surface de cuivre plus grande 250mm² (mais Multiload Cu 250® n'est plus commercialisé) ou un noyau d'argent au milieu du fil de cuivre (Nova T®).
- ❖ Les DIU de troisième génération ont une plus grande surface de cuivre (Multiload Cu 375®), un manchon de cuivre (Gyne T 380®).

La structure générale est une forme de T qui a deux bras flexibles, le fil de cuivre s'enroule autour de l'axe vertical et un fil de nylon est relié à la base. Le fil de cuivre est parfois renforcé par un noyau d'argent. La surface de cuivre varie de 220 à 375mm². Les fils de retraits sont en nylon.

Ce dispositif médical appartient à la classe III, il est agréé au LPPR et pris en charge à 65%. Le marquage CE garantit la fiabilité. L'insertion est effectuée par un médecin sur son lieu d'exercice ou dans un établissement de santé ou de soin agréé.



FIGURE 10. EXEMPLE DE DIU

2.6.2 Mode d'action [29] [60]

Sur la base d'études chez l'animal on a d'abord pensé que le DIU agissait en empêchant l'implantation. En réalité il ne s'agit pas d'un simple effet antinidatoire, il existe plusieurs mécanismes concomitants qui ne sont pas encore complètement élucidés.

Il a été mis en évidence un nombre diminué d'embryons chez les porteuses de DIU par rapport à celles qui n'en ont pas, de plus les rares embryons retrouvés ne sont pas physiologiquement normaux donc pas forcément aptes à se développer.

Chez les porteuses de DIU, les spermatozoïdes sont rarement retrouvés dans les voies génitales supérieures et s'ils arrivent quand même jusqu'aux trompes de Fallope, ils rencontreront d'autres obstacles s'opposant à la fécondation. Le dispositif a une action sur la glaire cervicale, il altère la mobilité et la capacitation des spermatozoïdes, de plus le cuivre est toxique pour les gamètes. Toutes les modifications biochimiques des fluides locaux contribuent à altérer le processus normal.

Les réactions de l'endomètre à un corps étranger entraînent la libération de prostaglandines PGE2 et PGF2alpha, d'histamine, de kinine, d'activateurs du plasminogène, un accroissement du nombre des neutrophiles et des mononucléaires.

Le dispositif semble aussi interférer avec l'arrivée de l'ovule et sa qualité et le gamète ne semble pas être apte à être fécondée, en effet l'interaction entre gamètes est également altérée.

Des modifications des cellules endométriales empêcheraient l'implantation ; en effet il y a diminution du glycogène et de l'acide sialique, des enzymes protéolytique et de l'anhydrase carbonique. L'environnement n'est donc pas favorable à une nidation.

L'effet antinidatoire existerait mais serait un dernier recours.

2.6.3 Bénéfices/risques [6] [35] [55] [68] [73] [78] [97]

	Bénéfices	Risques
Efficacité	Indice de Pearl de 0, 6 à 0,8%	
Effet carcinogène	Peut-être moins de cancer de l'endomètre et du col utérin.	
Impact cardiovasculaire	Pas d'impact.	
Métabolisme	Pas d'impact.	
Effets sur le cycle		Modification du profil de saignements : spotting pré ou post menstruel ou ménorragie ou ménométrorragie plus importante parfois résistante aux traitements.
Autres	Contraception à long terme, rapidement réversible, pas de problème d'observance, pas d'interaction médicamenteuse.	
	GEU plus rare que chez les femmes sans contraception.	Expulsion possible sans s'en rendre compte.
		Douleurs à l'insertion, difficultés plutôt dues aux variations anatomiques et à l'expérience limitée de la personne qui procède à l'insertion.
		Perforation utérine très rare.
	Possible chez nullipare.	Il n'a pas été mis en évidence de lien direct entre le risque de maladies inflammatoires pelviennes et le port de DIU, cependant l'exposition aux IST notamment chez les nullipares de moins de 25 ans, les femmes qui ont des rapports à risques et/ou de multiples partenaires exposent à un plus grand risque.
	Compatible avec l'allaitement.	

2.6.4 Recommandations [6] [57] [68] [86] [97]

Contre-indications
Grossesse avérée ou suspectée
Infection génitale haute (dont cervicites) en cours ou datant de moins de trois mois, survenue spontanément ou au décours du post-partum ou du post-abortum
Anomalies de la cavité utérine (myomes sous muqueux, autres volumineux myomes déformant la cavité utérine, malformation utérine...)
Saignements génitaux inexplicables
Maladie trophoblastique
Cancer du col utérin, cancer de l'endomètre
Tuberculose génitale en cours ou antécédent
IST en cours ou récente et facteurs de risque importants d'IST (comportements sexuels à risques, multiples partenaires, prostituées...)
Hypersensibilité au cuivre

Précautions d'emploi

Les situations suivantes font l'objet de précautions d'emploi et doivent être étudiées au cas par cas :

- Prise d'anticoagulants au long cours (antivitamine K, aspirine).
- Coagulopathie grave à risque hémorragique (maladie de Willebrand, hémophilies A et B, déficits en autres facteurs procoagulants...).
- Immunodépression et / ou prise de traitement immunosuppresseurs au long cours
- Dysménorrhée grave, antécédents de ménorragie.
- Anémie ferriprive connue en cours de traitement.
- Valvulopathie à haut risque d'endocardite.
- Cardiopathies, prothèse valvulaire cardiaque.
- Utérus cicatriciel (hors césarienne).
- Diabète déséquilibré.
- Maladie de Wilson.

Un antécédent d'expulsion est un facteur de risque d'échec, un suivi médical et échographique est alors préconisé.

Le choix du modèle de DIU doit se faire en fonction du volume utérin, de la parité et de l'habitude du médecin à insérer un type de modèle. Une hystérométrie est effectuée avant l'insertion. Une prémédication à base d'antispasmodique et ou d'anxiolytique peut être envisagée mais l'antibioprophylaxie n'a pas fait preuve d'intérêt, sauf en cas de valvulopathie cardiaque. Une désinfection cervico-vaginale soigneuse doit être effectuée.

La patiente doit être revue dans les six semaines afin de vérifier la tolérance et la bonne position des fils de retrait. Elle doit être informée du risque d'infections pelviennes en cas d'IST et doit pouvoir vérifier elle-même si les fils de retrait sont toujours présents.

Interactions Médicamenteuses

L'interaction entre AINS et DIU n'a pas lieu d'être, la contre-indication n'était mentionnée qu'en France sur la base d'une étude qui comportait des biais.

Des études récentes montrent qu'il n'y a pas de lien entre les échecs de contraception par DIU et la prise d'AINS. Les centres de pharmacovigilance ne reçoivent pas de déclaration de grossesse sous DIU liée aux prises d'AINS alors que c'est un produit d'automédication courant.

Dans quelles situations utiliser cette méthode

En post-partum le risque d'expulsion est moindre si l'insertion peut avoir lieu immédiatement ou dans les 48 heures après l'accouchement, sinon il faut attendre quatre semaines plus tard.

En post-abortum, après une IVG de premier trimestre, l'insertion peut se faire tout de suite.

Pour la nullipare, il est préférable d'utiliser des modèles plus petits mais à haute teneur en cuivre, c'est une méthode envisageable en respectant les contre-indications, c'est-à-dire pour les jeunes femmes à faible risque d'IST, les jeunes femmes ayant une relation stable. C'est une méthode pour des femmes informées des risques et qui prennent des précautions en conséquence.

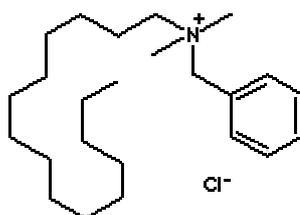
Cette contraception convient aux femmes qui allaitent.

voir Annexe IX Tableau récapitulatif des dispositifs intra-utérins [33]

2.7 Ovule, tampon et crème spermicides

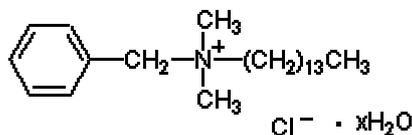
2.7.1 Les molécules utilisées [73] [85] [91]

Le diméthyl-alkyl-benzyl-ammonium ou **chlorure de benzalkonium**, un suractif cationique est le spermicide utilisé dans les produits Pharmatex®, les différentes formes sont des ovules, mini ovules, tampons ou éponges vaginales, crèmes en canule unidose à usage unique, et capsules vaginales. Ces spécialités sont dosées à 1,2% de principe actif.



Chlorure de benzalkonium

Une spécialité contient du **chlorure de miristalkonium** ou diméthyl-benzyl-tetradecyl-ammonium, c'est Alpagelle® qui existe sous forme de crèmes en canules unidoses à usage unique, tubes de crème avec applicateur. Le principe actif est à hauteur de 0,9%.



Formule du chlorure de miristalkonium

Une [éponge vaginale](#) spermicide est disponible en France : c'est un cylindre en mousse de polyvinyle de 4 cm de diamètre et 2 cm d'épaisseur. Elle est imprégnée de 5g de crème à 1,2% de chlorure de benzalkonium.



FIGURE 11. EPONGE VAGINALE, OVULES ET CREME EN CANULE

2.7.2 Mode d'action [73] [77]

Ce sont des agents suractifs qui déséquilibrent la pression osmotique du spermatozoïde. La condensation de la glaire cervicale la rend impropre à la progression des spermatozoïdes et à la capacitation.

Le chlorure de benzlakonium agit sur la membrane du flagelle puis sur la tête du spermatozoïde. Le chlorure de miristalkonium provoque rapidement le gonflement de la tête, dénature les enzymes glycolytiques et respiratoires, perturbe la mobilité en dénaturant l'acrosine ce qui entraîne l'impossibilité de pénétrer l'ovule.

Ils ont également une activité bactéricide et perturbant le métabolisme du gamète mâle.

Ils peuvent prévenir les trichomonas, les mycoses, 75% des gonococcies, cependant ils n'ont pas montré d'activité in vivo contre le VIH ou les autres IST.

Il n'y a pas de modification de la flore saprophyte : le bacille de Döderlein est respecté

L'éponge vaginale

L'éponge vaginale combine plusieurs mécanismes : libération de spermicide, absorption du sperme et en principe occlusion de l'orifice cervical.

2.7.3 Bénéfices/risques [6] [68] [73]

	Bénéfices	Risques
Efficacité	Indice de Pearl à un an 6% en utilisation optimale.	26% en pratique courante : efficacité insuffisante.
Effet carcinogène	Non tératogène. Pas d'effet sur la femme.	
Impact cardiovasculaire	Sans objet.	
Métabolisme	Sans objet.	
Effets sur le cycle	Sans objet.	

	Bénéfices	Risques
Autres	Pas de passage sanguin, utilisation possible en cas d'allaitement, n'altère pas la flore vaginale.	Sensations d'inconfort, sensation de brûlures, altération muqueuse vaginale et cervicale, perturbation flore vulvovaginale en cas utilisation trop fréquente, irritation temporaire de la vulve ou du pénis.
	Solution de dépannage, rapport occasionnel, proche ménopause, en cas de CI œstroprogestatif et DIU.	Mauvaise acceptabilité, il faut être familiarisée et entraînée pour cette méthode.
	Réduction du risque de grossesse en cas de problème de préservatif lors d'un co-usage des méthodes.	Délais à respecter après mise en place, ré-application à chaque rapport : ce qui peut être un obstacle au bon déroulement de la relation.
	Crème renforce lubrification en pré ménopause.	Ecoulement peut être excessif.
	Pas besoin de prescription.	Attention spermicide altéré au contact de médicaments ou savons anioniques.
éponges	Efficacité immédiate et pendant 24 heures, pas d'écoulement, mise en place facile : moins contraignante que les autres méthodes.	Doit être gardé au moins 2 heures après le dernier rapport, le retrait est parfois difficile, une expulsion spontanée peut survenir, il existe un risque de syndrome de choc toxique en cas de dépassement des 24 heures d'utilisation.
	Efficacité contraceptive légèrement supérieure à celle des autres applications de spermicides avec un indice Pearl 3,5% mais cela n'a jamais été confirmé.	

2.7.4 Recommandations [6] [27] [57] [85] [91]

Contre-indications
Utilisation comme méthode principale chez la femme jeune sexuellement active de fertilité normale et ne désirant absolument pas d'enfant
Intolérance locale féminine ou masculine aux spermicides
Incapacité à utiliser correctement la méthode
VIH ou sida
Pour l'éponge : prolapsus génital, déficience périnéale

Précautions d'emploi

Un antécédent de syndrome de choc toxique lié à l'oubli d'un tampon hygiénique est une précaution d'emploi à l'utilisation d'une éponge vaginale contraceptive.

Les spermicides pourraient augmenter les risques d'infections urinaires, il faut donc les utiliser avec précaution chez les femmes sujettes aux cystites

Le rôle de l'éducation à la méthode est important pour les méthodes barrières. Les utilisatrices doivent être conscientes de l'effort et de l'observance nécessaire à la réussite de ces méthodes.

Les ovules de chlorure de benzalkonium sont administrés en position couchée, ils sont efficaces quatre heures mais le délai d'action est de dix à quinze minutes.

La crème est efficace immédiatement et pendant dix heures

Les capsules placées au fond du vagin agissent au bout de dix minutes et restent efficaces pendant trois heures.

Ces spermicides doivent toujours être appliqués avant chaque rapport.

Il est préférable d'éviter l'utilisation de spermicides en cas de vaginites et il est déconseillé d'utiliser simultanément les traitements thérapeutiques vaginaux.

Le tampon peut être mis en place à tout moment du cycle, il est efficace immédiatement et pour 24 heures, il n'est pas nécessaire d'en changer à chaque rapport, il doit être gardé au moins deux heures après le dernier rapport.

Interactions médicamenteuses

Ces spermicides sont utilisés en association avec les diaphragmes, capes cervicales, préservatifs : il n'y a pas d'interaction.

Ces spermicides sont altérés au contact de médicaments ou de savon anionique. Une toilette avec un savon anionique ou l'application d'un médicament anionique par un des deux partenaires ne doit pas avoir lieu juste avant l'utilisation. Une toilette externe et seulement à l'eau pure ou avec savon non anionique peut avoir lieu après le rapport.

Dans quelles situations utiliser cette méthode

C'est une méthode occasionnelle en cas de problème avec la contraception habituelle ou en méthode complémentaire des préservatifs, capes cervicales, diaphragmes.

Les capes cervicales et diaphragmes doivent toujours être utilisés avec un spermicide.

Les spermicides peuvent convenir en péri-ménopause, en post-partum, pour les couples hypofertiles ou désirant juste espacer les naissances.

Le profil des femmes pouvant utiliser cette méthode est une femme motivée qui désire une contraception non hormonale et non invasive ou qui ne peut pas utiliser d'hormones ou de DIU.

Il ne faut pas rejeter cette méthode : l'acceptation et adhésion à la méthode choisie sont importantes.

Voir Annexe X Tableau récapitulatif des spécialités spermicides

2.8 Diaphragme et cape cervicale

2.8.1 Le diaphragme

2.8.1.1 Les matériaux utilisés [50] [73] [77]

C'est un dôme de latex ou en silicone de 50 à 90 mm semi rigide, il se place en avant de l'orifice cervical, concavité vers l'orifice du col, il prend appui sur les fossettes rétrosymphysaires pubiennes. Le bord est entouré d'un ressort ou de lames métalliques permettant la déformation pour l'insertion. L'utilisation conjointe d'un spermicide est obligatoire.



FIGURE 12. EXEMPLE DE DIAPHRAGME

2.8.1.2 Mode d'action [77]

Ce dispositif empêche les spermatozoïdes de passer, de plus le spermicide appliqué sur les deux faces renforce son action contraceptive.

Mode d'utilisation :

Le diaphragme est placé avant un rapport, le spermicide est réappliqué avant chaque rapport. Il faut l'enlever après six à huit heures, pas plus de vingt-quatre heures plus tard.

Le dispositif se lave ensuite au savon et se conserve dans sa boîte un à deux ans s'il est en latex, deux ans s'il est en silicone.

2.8.1.3 Bénéfices/risques [6] [68] [73]

	Bénéfices	Risques
Efficacité	Indice de Pearl de 6% en utilisation optimale.	Efficacité dépend de l'utilisation, indice de Pearl de 20% en utilisation courante.
Effet carcinogène	Sans objet.	
Impact cardiovasculaire	Sans objet.	
Métabolisme	Sans objet.	
Effets sur le cycle	Sans objet.	
Autres	Lavable réutilisable, peut être conservé 1 à 2 ans.	Essai par le médecin et apprentissage nécessaire, besoin de bien connaître anatomie pour le mettre en place.
	Méthode économique.	Adjonction de crème spermicide indispensable.
		Ne protège pas des IST, expose au risque de syndrome de choc toxique infectieux en cas d'oubli de retrait.

2.8.1.4 Recommandations [6] [27] [57]

Contre-indications
Infection cervicovaginale
Certaines pathologies du col de l'utérus comme les dysplasies
Prolapsus génital majeur, périnée hypotonique, rétroversion utérine fixée
Hypersensibilité aux constituants

Précautions d'emploi

Après utilisation le diaphragme doit être savonné, rincé, séché et talqué.

L'obésité peut compliquer la pose du dispositif.

Interactions médicamenteuses

Celles des spermicides

Dans quelles situations utiliser cette méthode

Cette méthode convient aux femmes qui ont des rapports occasionnels.

Ce dispositif peut être utilisé six semaines après un avortement du second trimestre.

Il ne doit pas être utilisé avant la fin de l'involution utérine en post-partum.

Il peut augmenter le risque d'infections urinaires, il est donc à utiliser avec prudence chez celles qui ont des infections à répétition.

Voir Annexe XI Tableau récapitulatif des diaphragmes

2.8.2 La cape cervicale

2.8.2.1 Les matériaux utilisés [73]

C'est une cupule ou dôme en silicone ou en latex qui se place dans le fond du vagin, elle s'adapte bien au col par un phénomène de succion. Certains dispositifs possèdent une anse pour faciliter le retrait. Elle doit être enduite de spermicides.

Il existe des capes à usage unique que l'on peut laisser trois jours en place

2.8.2.2 Mode d'action [77]

La cape empêche le passage des spermatozoïdes et le spermicide les tue.

Elle est retirée six heures après le rapport et n'est pas gardée plus de 36 à 72 heures.



FIGURE 13. EXEMPLES DE CAPES CERVICALES

2.8.2.3 Bénéfices/risques [6] [68] [73]

	Bénéfices	Risques
Efficacité	Utilisation parfaite chez la nullipare : indice de Pearl à 9%, pour les autres 26%. Utilisation courante chez la nullipare 16%, les autres 32%.	
Effet carcinogène	Sans objet.	
Impact cardiovasculaire	Sans objet.	
Métabolisme	Sans objet.	
Effets sur le cycle	Sans objet.	
Autres	Efficacité serait supérieure à celle des spermicides.	Efficacité dépend de l'utilisation et du choix correct de la taille.
	Lavable réutilisable, peut être conservé 2 ans.	Essai par le médecin et apprentissage nécessaire, besoin de bien connaître anatomie pour le mettre en place.
	Méthode économique.	Adjonction de crème spermicide indispensable.
		Ne protège pas des IST, expose au risque de syndrome de choc toxique infectieux en cas d'oubli de retrait.

2.8.2.4 Recommandations [6] [27] [57]

Contre-indications
Infection cervicovaginale
Prolapsus génital majeur, périnée hypotonique, rétroversion utérine fixée
Cancer du col utérin
Hypersensibilité aux constituants

Précautions d'emploi

Il nécessite des précautions d'emploi en cas de néoplasie intra-épithéliale du col utérin.

L'obésité peut compliquer la pose du dispositif.

Interactions médicamenteuses

Celles des spermicides.

Dans quelles situations utiliser cette méthode

Cette méthode convient aux femmes qui ont des rapports occasionnels, aux femmes en préménopause, qui désirent juste espacer les naissances. D'une manière générale c'est une méthode de choix pour les femmes désireuses d'une méthode non hormonale, motivées et qui connaissent bien leur anatomie.

Ce dispositif peut être utilisé six semaines après un avortement du second trimestre.

Il ne doit pas être utilisé avant la fin de l'involution utérine en post-partum.

Voir Annexe XII Tableau récapitulatif des capes cervicales

2.9 Les préservatifs

2.9.1 Le préservatif masculin

2.9.1.1 Les matériaux utilisés [73]

Ce sont des gaines cylindriques minces avec une extrémité fermée, en latex ou en polyuréthane.

L'épaisseur varie de 40 à 90 μ m. Les dimensions sont conformes à la norme NF EN 4074, c'est-à-dire une largeur moyenne de 52 mm et une longueur moyenne de 160 mm

La partie ouverte se termine par un bourrelet facilitant le déroulement et permettant de repérer le sens.



FIGURE 14. EXEMPLE DE PRESERVATIF MASCULIN

2.9.1.2 Mode d'action [73]

Le préservatif recouvre le pénis en érection empêchant ainsi le sperme d'atteindre la vagin. Il protège également des IST telles que le VIH, l'hépatite B, les chlamydioses, les trichomonas, les gonococcies, la syphilis. L'éventuelle protection contre le cancer et les dysplasies du col utérin restent à prouver, puisque le préservatif ne protège pas complètement contre le HPV, de plus la protection contre l'herpès génital n'est pas garantie.

2.9.1.3 Bénéfices/risques [6] [27] [68]

	Bénéfices	Risques
Efficacité	Relativement efficace quand employé correctement et systématiquement indice de Pearl 3%	Indice de pearl 14 % en pratique courante.
Effet carcinogène	Bénéfice contre cancer et dysplasie du col utérin serait à prouver (protection partielle contre HPV).	
Impact cardiovasculaire	Sans objet.	
Métabolisme	Sans objet.	
Effets sur le cycle	Sans objet.	
Autres	Méthode simple, facile à obtenir : faible coût et large distribution. Participation de l'homme à la contraception.	Coût élevé à long terme. Participation de la contraception par l'homme.
	Innocuité, pas de contre-indication sauf allergie latex mais existe en polyuréthane.	Taux de rupture 1 à 8%, glissement intravaginal 1 à 5%.
	Prévention IST dont VIH, réduction risque maladies inflammatoires pelviennes.	

2.9.1.4 Recommandations [6] [36] [57]

La seule **contre-indication** est l'allergie au latex pour ceux qui ne sont pas en polyuréthane.

Précautions d'emploi

Les préservatifs sont testés pour leur résistance mécanique, à la recherche d'une éventuelle porosité, la norme qualité NF EN ISO 4074 garantit la fiabilité du préservatif, on retrouve un le label NF ou CE sur l'emballage.

En cas d'allergie au latex il existe un latex déprotéinisé ou le polyuréthane comme matière pour certains préservatifs.

L'utilisation doit être systématique à chaque rapport, avant tout contact avec les parties génitales, le préservatif doit être maintenu à la base du pénis au moment du retrait.

Il est important d'apprendre à le manipuler avant usage pour l'utiliser dans les meilleures conditions et donc avec une plus grande efficacité. Si cette méthode est utilisée en méthode principale de contraception, l'information pour le recours à une contraception d'urgence doit absolument être connue.

Interactions médicamenteuses

Seuls les lubrifiants à base d'eau peuvent être utilisés, en effet les lubrifiants huileux peuvent altérer le latex. Il en est de même avec l'utilisation conjointe de crème ou ovule de traitement vaginal. Les spermicides peuvent par contre être utilisés simultanément sans problème.

Il ne faut pas l'utiliser simultanément avec un préservatif féminin sous peine de risque de déchirements

Dans quelles situations utiliser cette méthode

Cette méthode convient particulièrement lors d'un rapport occasionnel, imprévu ou en cas de contre-indication aux hormones et au DIU ou lorsqu'il est nécessaire d'avoir recours à une contraception associée à une protection des IST. Le préservatif peut également être une solution d'attente d'une méthode au long cours ou dans l'attente de l'efficacité d'une méthode qui vient d'être débutée ou après la prise d'une contraception postcoïtale. Cependant chez les jeunes qui commencent leur vie sexuelle, il est plutôt recommandé d'associer un autre moyen de contraception par exemple pilule plus préservatif.

2.9.2 Le préservatif féminin

2.9.2.1 Les matériaux utilisés [73] [77]

Le seul préservatif féminin disponible en France est en polyuréthane, de 17cm de long pour un diamètre de 7,8cm à l'extrémité ouverte et une épaisseur de 50 μm .

Il peut être mis en place jusqu'à huit heures avant le rapport, l'anneau interne amovible facilite l'introduction, tandis que le deuxième anneau, flexible, se positionne contre la vulve.

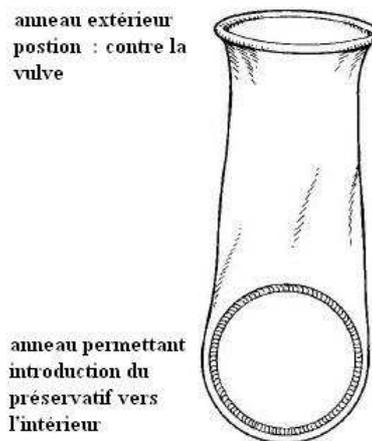


FIGURE 15. PRESERVATIF FEMININ

Ce préservatif est lubrifié. Il n'est pas endommagé par les lubrifiants huileux.

A usage unique, il n'existe qu'une seule taille.

2.9.2.2 Mode d'action [73]

C'est une véritable barrière à tout contact entre le pénis et le vagin. Le retrait n'est pas obligatoire immédiatement après.

L'anneau externe permet de fermer l'ouverture avant de le retirer.

2.9.2.3 Bénéfices/risques [6] [68] [73]

	Bénéfices	Risques
Efficacité	Indice de Pearl 5 à 21%.	
Effet carcinogène	Réduction cancer du col, des néoplasies (meilleure protection IST HPV).	
Impact cardiovasculaire	Sans objet.	
Métabolisme	Sans objet.	
Effets sur le cycle	Sans objet.	
Autres	Peut être mis avant le rapport (8 heures).	Mauvaise acceptation notamment chez la jeune femme : il faut s'entraîner avant à le mettre. Des bruits et sensations d'inconfort sont décrits par les patientes.
		Une seule taille, coût élevé.
	Solide ne se rompt pas, ne reste pas dans vagin : moins de risque de déchirure ou de glissement que le préservatif latex masculin. Efficacité contraceptive peu différente du préservatif masculin.	Le pénis peut s'introduire entre le préservatif et la paroi vaginale.
	Protège l'orifice vaginal contre blessure et le méat urétral contre infection ascendante, la surface de protection aux IST est plus importante qu'avec le préservatif masculin. Peut-être meilleure protection contre virus de l'herpès et HPV.	

2.9.2.4 Recommandations [6] [27] [36] [57]

Une allergie au polyuréthane pourrait contre-indiquer la méthode. Une malformation vaginale pourrait empêcher son utilisation.

Précautions d'emploi

Ce dispositif doit être bien inséré et le pénis doit être guidé à l'intérieur.

Interactions Médicamenteuses

Tout type de lubrifiant peut être utilisé avec ce préservatif. Il ne faut pas l'utiliser simultanément avec un préservatif masculin sous peine de risque de déchirements.

Dans quelles situations utiliser cette méthode

Ce sont les mêmes situations que pour le préservatif masculin. Mais aussi lorsque l'homme ne veut pas prendre la responsabilité de se procurer des préservatifs masculins ou refuse de les utiliser.

Voir Annexe XIII Tableau récapitulatif des préservatifs féminins

2.10 Les méthodes dites « naturelles »

2.10.1 Les moyens mis en oeuvre [73]

Ces méthodes reposent sur l'abstinence périodique, ce qui consiste à ne pas avoir de rapport pendant les périodes fertiles ou à utiliser une méthode barrière seulement pendant les jours « à risque ». Parfois un dispositif peut aider à repérer les périodes fertiles par exemple grâce à des bandelettes urinaires qui détectent l'oestrone 3 glycuronide et la LH.

La méthode de l'allaitement prolongé repose sur un processus physiologique en cas d'allaitement exclusif et régulier.

2.10.2 Mode d'action [6] [42] [73] [77]

❖ Coït interrompu

C'est sans doute une des méthodes les plus anciennes qui consiste en une éjaculation hors du vagin. Le pré-éjaculat peut cependant contenir des spermatozoïdes ce qui expose aux échecs de contraception et ce qui ne garantit pas une protection contre les IST.

❖ Méthode Ogino Knaus

Après avoir étudié douze cycles de la femme, cette méthode permet de déterminer le premier et le dernier jour de la période fertile.

Détermination de la date de l'ovulation qui précèdera les règles, en effet la phase lutéale a une durée fixe tandis que la phase folliculaire varie.

Le principe repose sur le fait que l'ovulation aurait lieu entre le douzième et le seizième jour avant les prochaines règles, sans oublier que l'ovule peut être fécondé un jour après l'ovulation et que les spermatozoïdes survivent deux à trois jours d'après cette méthode.

Pour un cycle de vingt-huit jours une abstinence serait préconisée du 10^{ème} au 17^{ème} jour du cycle, il faut donc calculer que le début et la fin de la période d'abstinence.

Premier jour égal au [nombre de jours du cycle le plus court] moins [dix-huit].

Dernier jour égal au [nombre de jours du cycle le plus long] moins [onze].

Pour des cycles de 28 jours : $28-18=10$ et $28-11=17$



FIGURE 16. SCHÉMA MÉTHODE OGINO

❖ Méthode des températures

Une élévation de 0,5°C au dessus de la température moyenne lors de la phase pré-ovulatoire du cycle et ce, pendant trois jours consécutifs signe l'ovulation. Avec cette méthode la période d'abstinence s'étend du premier jour des règles à trois jours après le début du plateau de l'élévation de la température. On préfère inclure la période des règles car la durée de la période pré-ovulatoire varie beaucoup. Cette hyperthermie est la conséquence de la sécrétion de progestérone par le corps jaune, elle continue pendant la phase lutéale.

On utilise la température rectale au réveil avant le lever pour tracer la courbe de température qui aura été étudiée pendant trois cycles préalables.

❖ **Méthode de la glaire cervicale de Billings**

L'observation et l'interprétation des changements de la glaire cervicale au cours du cycle permettent de déterminer la période ovulatoire.

Au moment de l'ovulation la glaire cervicale est claire, fluide et abondante.

Les rapports peuvent reprendre le quatrième jour après la disparition de cette abondante glaire.

❖ **Méthode symptothermique**

Elle additionne plusieurs techniques :

Observation du calendrier, de la glaire cervicale, de la courbe thermique et des symptômes associés à l'ovulation (douleurs, tension mammaires, saignements).

De plus il existe des kits pour déterminer le changement de température ou le niveau d'hormones afin de détecter la période fertile. C'est un dosage de métabolites urinaires qui indique l'augmentation de LH et de métabolites estrogéniques.

Exemple du kit Persona® :

Il faut tenir compte de la durée de vie du spermatozoïde et de l'ovule, ce qui revient à faire huit à seize tests par cycle, pour douze jours d'abstinence. La fiabilité de ces tests n'est pas de 100% : il existe des faux positifs et des faux négatifs.

❖ **Méthode de la lactation prolongée**

L'ovulation est physiologiquement supprimée pendant l'allaitement maternel, mais cela dépend de l'intensité des tétées. Cette méthode serait considérée comme efficace pour des tétées espacées de quatre heures au maximum et jusqu'à six mois après l'accouchement. L'OMS classe cette méthode comme efficace en utilisation courante et très efficace en utilisation optimale, cependant dans l'usage courant le taux de grossesse à 1 an est estimée à 20%. [5]

2.10.3 Bénéfices/risques [6] [42] [73]

	Bénéfices	Risques
Efficacité	Indice de Pearl 5% en utilisation optimale.	20% à 40% en utilisation courante.
Effet carcinogène	Sans objet.	
Impact cardiovasculaire	Sans objet.	
Métabolisme	Sans objet.	
Effets sur le cycle	Sans objet.	
Autres	Pas d'effet indésirable.	Période d'abstinence difficile, peut être frustrant.
	Meilleure connaissance des femmes, de leur physiologie, partage responsabilité avec le partenaire.	Etudes des cycles fastidieuses et possibilité d'une grossesse pendant les cycles d'apprentissage.
Coït interrompu	Utilisable en toutes circonstances, aucun coût.	Pré-éjaculat contient des spermatozoïdes.
Calendrier		Ogino : en réalité le spermatozoïde survit plus de trois jours, les cycles sont différents d'une femme à l'autre et il est impossible de connaître exactement le moment de l'ovulation.
Températures		Cela suppose une seule ovulation et une courbe de température précise alors que parfois les courbes ne sont pas interprétables, de plus la température varie avec les facteurs tels que l'état de santé général, le stress et la consommation d'alcool.
Glaire cervicale		Méthode de Billings difficile à réaliser, l'aspect varie à cause des problèmes vaginaux comme une infection. De plus, les changements de la glaire cervicale ne sont pas identifiables chez toutes les femmes.

	Bénéfices	Risques
Kit de détection		Personna® : ne fonctionne pas en cas d'allaitement, ni pour les cycles de plus de 35 jours ou de moins de 23 jours. Le coût est élevé.
Lactation prolongée	Pas de contrainte supplémentaire efficace en utilisation optimale.	Taux d'échec peut être important en utilisation courante.

2.10.4 Recommandations [6] [57] [73]

Il n'y a pas de **contre-indication** en tant que telle.

Il existe des contre-indications à l'allaitement (protection de l'enfant) :

- séropositivité de la mère
- consommation de médicament contre-indiquant l'allaitement
- pathologie du nouveau né, nécessité de soins intensifs en réanimation en néonatalogie.

Précautions d'emploi

Pour la méthode Ogino, les femmes qui ont des cycles irréguliers ou qui présentent des périodes d'aménorrhées ne peuvent pas utiliser ce mode de contraception.

Interactions médicamenteuses

Médicaments perturbant le cycle ou l'aspect de la glaire cervicale.

Dans quelles situations utiliser cette méthode

Les irrégularités des cycles après les premières règles ou la périménopause ne permettent pas de conseiller ces méthodes dans ces situations.

La méthode du coït interrompu convient aux couples motivés, qui ont besoin d'une méthode temporaire, qui désirent espacer les naissances ou qui ont des rapports peu fréquents.

Les méthodes qui prennent en compte les modifications physiologiques du cycle ne conviennent pas dans les six semaines du post-partum, en cas de saignements ou pertes vaginales inexplicables, en cas de pathologie aiguë.

2.11 La stérilisation à visée contraceptive

La loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 art 26 (JO du 7 juillet 2001) donne deux nouveaux articles dans le code de la santé publique L2123-1 et L2123-2.

Le code civil article 16-3 disait qu' «il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité thérapeutique pour la personne »

La «nécessité thérapeutique » a été changée en « nécessité médicale ».

La nouvelle loi permet à la stérilisation d'être choisie comme moyen de contraception par une personne majeure, avec un délai de quatre mois de réflexion, la remise d'un dossier d'information, une confirmation écrite de l'intéressé(e).

Le médecin peut refuser mais doit en informer immédiatement le patient.

Pour des personnes aux facultés mentales altérées et qui ont justifié une mise sous tutelle ou curatelle, si une contre-indication absolue à tout autre moyen de contraception est avérée ou si il y a impossibilité de les appliquer correctement, cette méthode est envisageable. Le juge cherche à avoir le consentement du patient, l'avis des tuteurs, l'avis d'un comité d'experts (membres médicaux et représentants d'association de personnes handicapées).

2.11.1 Les voies utilisées [14] [73]

FEMMES

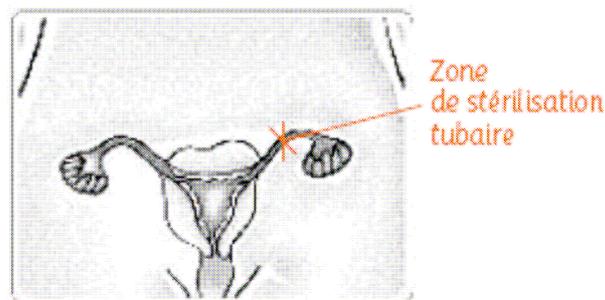


FIGURE 17. SCHEMA DE STERILISATION TUBAIRE

Stérilisation tubaire :

❖ voie abdominale

-par coelioscopie : ce sont des méthodes mécaniques avec des agrafes (clip) ou des anneaux.

-par laparotomie : électrocoagulation, agrafes, anneaux.

-rarement minilaparotomie

❖ voie vaginale

-colpotomie : incision au niveau du vagin.

-culdoscopie : par cœlioscopie à travers le cul-de-sac postérieur du vagin.

❖ voie transcervicale

Par hystérocopie : micro-implant Essure® qui est un alliage de nickel titane acier et fibres de polyester, provoque une réaction tissulaire au bout de trois mois. Il est placé dans la portion juxta-utérine des trompes.

HOMMES

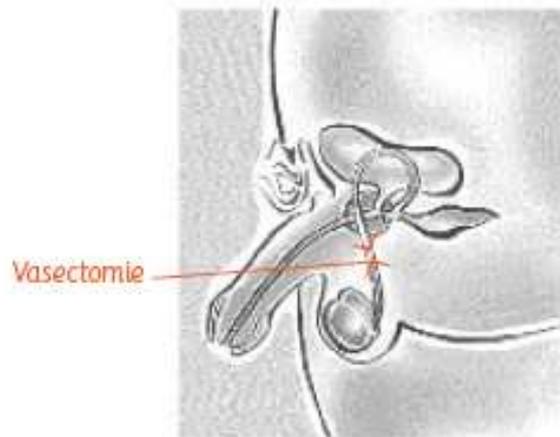


FIGURE 18. SCHEMA DE VASECTOMIE

La résection des canaux déférents peut se faire sous anesthésie locale par :

- abord scrotal : incision scrotale par un bistouri et section du canal déférent.
- abord transcutané : extériorisation du canal déférent de chaque coté après anesthésie locale.

La vasectomie peut en réalité consister en une ligature ou la pose de clips ou la cautérisation ou l'interposition du fascia.

2.11.2 Les techniques utilisées [14] [25] [71]

FEMMES

Les trompes peuvent être ligaturées et sectionnées, bloquées mécaniquement par des anneaux de silicone ou de caoutchouc (anneaux de Yoon) ou des clips (Filshie ou Hulka-Clemens) ou coagulées à l'aide d'un courant électrique.

Essure® : système mécanique occlusif, ce micro implant entraîne une croissance du tissu conjonctif, bloque la trompe de Fallope définitivement. Une fibrose occlusive apparaît en trois mois.

HOMMES

Le canal déférent est sectionné, les deux extrémités sont électrocoagulées, l'extrémité en amont est éversée, le fascia est interposé entre les deux extrémités, ce qui empêche le passage des spermatozoïdes.

2.11.3 Bénéfices/risques [6] [14] [17] [25] [71]

FEMMES

	Bénéfices	Risques
Efficacité	Toutes méthodes confondues indice de Pearl 1,85%, coelio taux de grossesse 0 à 0,2%, laparo 1,8% taux d'échec.	
Effet carcinogène	A priori pas d'augmentation significative du risque de cancer du sein, de l'endomètre ou du col de l'utérus. Possible effet protecteur du cancer des ovaires.	
Impact cardiovasculaire	Sans objet.	
Métabolisme	Sans objet.	

	Bénéfices	Risques
Autres		Considéré comme irréversible. Regrets de la patiente. Parfois possibilité de fécondation in vitro (FIV).
		Risque de diminution du suivi gynécologique.
	Essure® : pas d'anesthésie générale (AG) donc diminution des risques, pas d'échec connu, bonne tolérance, hystéroscopie pour 2 implants en 30 minutes.	Essure® : complications : perforation utérine, douleurs en cours de procédure.
		Echec car erreur de site de ligature, mauvaise application des clips, glissement des clips, réanastomose et risque de GEU.
		Coelioscopie : saignements, déchirure tubaire, migration des clips.
		Hématomes, infections, hémorragie intrapéritonéale, douleurs postopératoires et d'accidents d'anesthésie.
		Culdoscopie : risque infectieux, site opératoire en contact avec flore vaginale.

HOMMES

	Bénéfices	Risques
Efficacité	Abord scrotal efficacité de 97,7 à 99,2 %, par abord transcutané variant de 91,3 à 100 %.	Efficacité 84 à 100%.
Effet carcinogène	Pas d'augmentation cancer y compris prostate et testicule.	
Impact cardiovasculaire	Sans objet.	
Métabolisme	Sans objet.	

	Bénéfices	Risques
Autres	Possibilité de faire une autoconservation de sperme avant l'opération, mode de contraception efficace, technique simple.	Irréversible et possibilité de regrets.
	A long terme n'altère pas le volume des testicules ni la spermatogenèse ni la production de testostérone ; pas de troubles de l'érection ni de la libido.	Taux de complication faible. Ce sont le plus souvent des hémorragies, des hématomes, des infections, des orchépididymites, des granulomes et des retards à la cicatrisation.
		Azoospermie complète dans un délai de 3 à 4 mois.
		Technique qui laisse libre le segment d'amont favorise formation d'un granulome spermatique : peut donner douleurs chroniques.

2.11.4 Recommandations [6] [14] [57]

FEMMES

Il existe des **contre-indications** temporaires à la stérilisation de plus pour le système Essure® l'allergie au nickel serait incompatible avec la méthode.

L'intervention sous AG doit être reportée en cas de

- grossesse.
- post-partum avec infections en cours ou lésions.
- thromboses veineuses profondes (TVP) ou embolie pulmonaire (EP).
- cardiopathie ischémique.
- saignements vaginaux inexplicables.
- maladie trophoblastique maligne.
- cancers du col utérin, de l'endomètre ou de l'ovaire (le traitement entraîne la stérilité).
- infection génitale haute en cours ou datant de moins de trois mois.
- IST actuelle.
- cholécystopathie actuelle.
- hépatite virale évolutive.
- anémie ferriprive (Hb < 7 g/dl).

Les femmes obèses sont plus susceptibles de développer des complications suite à l'intervention.

HOMMES

Il n'existe pas de **contre-indication** permanente à la vasectomie.

Précautions d'emploi

FEMMES

La période de réflexion est importante, les plus grandes précautions s'imposent chez la femme jeune ou n'ayant pas d'enfant.

Essure® : il faut vérifier la fibrose par imagerie à trois mois.

HOMMES

Une consultation pré anesthésique est recommandée même pour une anesthésie locale.

L'auto-conservation du sperme peut être proposée.

Interactions médicamenteuses

Seulement avec les anesthésiques.

Dans quelles situations utiliser cette méthode

FEMMES

Il existe des indications médicales telles que les états pathologiques pour lesquels une grossesse aggraverait la pathologie ou mettrait en danger la vie de la femme.

Toute femme majeure peut faire la demande d'une stérilisation à visée contraceptive. Cette méthode semble plutôt adaptée aux femmes qui ont déjà eu des enfants, qui ont une relation stable, un âge certain et qui ne souhaitent plus utiliser la pilule ou les dispositifs intra-utérins tout en gardant une grande efficacité.

HOMMES

Tout homme majeur peut faire la demande d'une stérilisation à visée contraceptive.

En général ce sont des hommes de plus de 35 ans et ayant déjà des enfants.

2.12 La pilule du lendemain

C'est une méthode de rattrapage et elle ne constitue en aucun cas un mode de contraception à part entière.

2.12.1 Les molécules utilisées

Le lévonorgestrel 1,5mg est utilisé en une prise.

2.12.2 Mode d'action [63] [73] [91]

Le mode d'action exact de Norlevo® n'est pas élucidé.

Lors d'une prise en phase folliculaire, avant le pic de LH, le lévonorgestrel inhiberait ou retarderait l'ovulation, le dysfonctionnement ovulatoire serait efficace pendant les cinq jours suivant la prise. Ce temps permettrait la perte de pouvoir du spermatozoïde et épuiserait le temps de sa survie.

Une modification de la glaire cervicale, si le comprimé est pris très tôt, empêcherait la progression de spermatozoïdes. Sinon il pourrait empêcher la nidation. Mais une grossesse en cours n'est pas interrompue et a priori il n'y a pas d'effet néfaste sur le fœtus.

2.12.3 Bénéfices/risques [6] [73]

La pilule du lendemain peut être prise à n'importe quel moment du cycle et ne présente pas de contre-indication formelle. Plus le comprimé est pris rapidement plus l'efficacité est grande.

Le taux d'échec est d'environ de 1,7%. Le bénéfice apporté est largement supérieur aux risques, le principal risque est un échec et il est rare.

Les effets indésirables tels que nausées, vomissements, douleurs abdominales, spotting sont bénins et transitoires.

2.12.4 Recommandations [6] [57] [63] [82]

La seule **contre-indication** présente dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP) de Norlevo® est l'hypersensibilité au lévonorgestrel.

Précaution d'emploi

La prise doit avoir lieu préférentiellement dans les 12 heures sans dépasser 72 heures pour avoir une efficacité.

La possibilité de survenue d'une grossesse ectopique doit être prise en compte notamment chez les femmes aux antécédents de grossesse extra-utérine ou de salpingites.

Des précautions d'emploi sont nécessaires pour les femmes atteintes d'une hépatite sévère, de syndrome de malabsorption important car la maladie de Crohn peut exposer à un risque d'échec de la méthode.

En cas de vomissement dans les trois heures après la prise, un autre comprimé doit être pris, un antiémétique peut être pris une heure avant.

Interactions Médicamenteuses

❖ A prendre en compte

Les inducteurs enzymatiques anticonvulsivants (phénobarbital, phénytoïne, primidone, carbamazépine), rifabutine, rifampicine, griseofulvine, ritonavir et le millepertuis.

Diminution de l'efficacité du lévonorgestrel par accélération de son métabolisme hépatique.

→ Conduite à tenir : peut-être avoir recours à une autre contraception d'urgence : tel que DIU au cuivre. Certains recommanderaient de doubler la dose c'est-à-dire de prendre deux comprimés.

Dans quelles situations utiliser cette méthode

Les indications de cette méthode de rattrapage sont le cas d'un rapport non protégé ou en cas d'échec de la méthode contraceptive, par exemple :

- rupture, glissement ou oubli d'un préservatif ;
- oubli du contraceptif oral au-delà du délai maximal acceptable depuis la dernière prise ;
- expulsion d'un dispositif intra-utérin ;
- déplacement ou retrait trop précoce d'un diaphragme vaginal ou d'une cape contraceptive ;
- échec de la méthode de coït interrompu ;
- rapport sexuel pendant la période supposée fertile lors de la méthode de l'abstinence périodique (méthode des températures) ;
- viol.

Les femmes qui allaitent peuvent utiliser cette méthode, mais il est recommandé de ne pas allaiter dans les six à huit heures après la prise.

Voir Annexe XIV Tableau récapitulatif des spécialités de pilules du lendemain

3 Le bon usage des contraceptifs

A partir d'interrogations concrètes qui peuvent être rencontrées à l'officine, cette partie se propose de répondre aux questions les plus fréquemment posées par les patients et de conclure sur un type de méthode par une fiche d'information. En effet donner une information à la première prescription ou à la première délivrance ne suffit pas. La patiente peut oublier entre temps, ne pas savoir réagir lorsqu'elle se pose une question le jour où elle oublie une pilule.

Il faut faire prendre conscience aux patientes que certains médicaments ne peuvent être associés que sous certaines conditions ou qu'il vaut mieux ne pas les associer. Ce sont des interactions médicamenteuses, pour que le pharmacien ou le médecin les repère il faut toujours l'informer des traitements en cours même si c'est pour obtenir un médicament non listé.

Le développement d'Internet met à disposition des patientes une multitude d'informations dont elles ne sauront pas forcément faire le tri. Il est important d'expliquer que toutes les informations que l'on trouve sur les sites Internet ne sont pas forcément validées, il est préférable de poser ces questions à des professionnels de santé. Il peut être intéressant de communiquer aux patientes des sites validés auxquels elles pourront se référer.

On peut donner une de ces fiches à l'occasion d'une question pour laquelle on a été sollicité, cela permettra à la patiente de relire toutes les informations à tête reposée, on peut aussi la donner à l'occasion d'un renouvellement de l'ordonnance, au cas où.

3.1 La pilule

3.1.1 Que conseiller ? « C'est la première fois que je vais prendre la pilule, je n'arrive pas à relire ce qui est marqué sur l'ordonnance. Quand est-ce que je dois commencer ? »

Le premier comprimé de la plaquette doit être pris le premier jour des prochaines règles. Vous noterez le jour de la semaine où vous avez commencé ainsi que l'heure à laquelle vous avez pris le comprimé. Il faut que vous choisissiez l'heure qui vous convient le mieux, qui est associée à un geste du quotidien ; vous pouvez faire sonner une alarme pour vous y faire penser. Vous allez prendre pendant vingt-et-un jours les comprimés de la plaquette toujours à la même heure. Les sept jours qui suivent vous ne prendrez pas de comprimés, les règles surviendront, vous continuez à être protégée. Il faut absolument commencer une nouvelle plaquette au huitième jour, vous pouvez vous référer à votre calendrier, le jour de la semaine où vous entamerez une plaquette sera toujours identique d'un mois à l'autre. Même si les règles ne sont pas terminées il faut commencer cette nouvelle plaquette le jour prévu.

Il est possible qu'au début vous ressentiez des nausées, une tension mammaire, une irritabilité, que vous ayez de petits saignements (spottings) en milieu de plaquette : ceci est transitoire, si cela ne passe pas au bout de deux ou trois cycles il faut en informer votre médecin.

Il vous arrivera peut-être de prendre un comprimé plus tard que prévu, vous avez une marge d'erreur de trois ou douze heures selon le type de pilule, reportez-vous aux consignes en cas d'oublis.

Voici une fiche qui récapitule tout ce que je vous ai dit et toutes les informations dont vous pourriez avoir besoin, conservez-la, elle pourrait vous être utile un jour.

Remarque : si votre plaquette contient vingt-huit comprimés il faut les prendre tous les jours sans interruption. Pour certaines plaquettes les derniers comprimés sont des placebos pour d'autres, ils sont tous actifs, en conséquence il est important de connaître son type de pilule.

3.1.2 Que conseiller ? « Je viens de m’apercevoir que j’ai oublié de prendre ma pilule, que faut-il que je fasse ? Est-ce que je dois prendre la pilule du lendemain, faudra-t-il que je fasse un test de grossesse ?? » [6] [85] [91]

Il est important de connaître la marge d’erreur que l’on peut avoir sur l’horaire de prise de sa pilule.

Pilule à délai maximal de 12 heures :

Toutes les pilules œstroprogestatives. Elles ont deux composants actifs : l’éthinylestradiol et un progestatif.
+ la pilule Cérazette®

Pilule à délai maximal de 3 heures :

Pilules microprogestatives (Microval®, Milligynon®) sauf Cérazette®

Si l’oubli est inférieur au délai

-Il faut prendre immédiatement le comprimé oublié et continuer la prise des autres comprimés à l’heure habituelle. Il n’y pas de risque de grossesse.

Si l’oubli est supérieur au délai

-Il faut prendre immédiatement le comprimé oublié, continuer la plaquette à l’heure habituelle de prise et utiliser un moyen de contraception complémentaire type barrière (préservatif) pendant 7 jours.

Cas de l’oubli dans la 3^{ème} semaine du cycle pour les pilules œstroprogestatives :

-Pour les pilules œstroprogestatives à 21 comprimés, si cette période de 7 jours va au delà de la fin de la plaquette ne pas faire de pause habituelle et enchaîner directement avec la plaquette suivante.

-Pour les pilules œstroprogestatives à 28 comprimés, si cette période de 7 jours va au delà des comprimés actifs de la plaquette jeter les comprimés inactifs et enchaîner directement avec la plaquette suivante.

Il est alors possible d’avoir des saignements peu abondants (spottings) durant la prise de cette nouvelle plaquette. Il faudra faire un test de grossesse à la fin de cette plaquette si les règles ne surviennent pas ou au moindre doute.

De plus si un ou des rapports non protégés par une autre méthode ont eu lieu dans les 5 jours précédant l'oubli ou si plusieurs comprimés ont été oubliés dans la même plaquette, il faut avoir recours à une méthode de rattrapage :

-pilule du lendemain : délai de 72 heures après rapport.

-stérilet au cuivre : délai de 5 jours après rapport.

En cas de recours à la pilule du lendemain, il est préférable de continuer sa prise de plaquette de pilules pour ne pas risquer d'autres erreurs.

Remarque :

Dans le cas où le premier comprimé d'une nouvelle plaquette est pris avec retard sur l'heure habituelle, cela équivaut au cas de figure d'un oubli de pilule, il faut se référer à la conduite à tenir selon le retard.

Justifications :

L'allongement de l'intervalle libre ou l'oubli d'une pilule pourrait conduire dans certains cas, chez certaines femmes, à la formation d'un kyste folliculaire et parfois à une ovulation. La première et la dernière semaines du cycle sont a priori les plus à risque à cause de l'allongement de l'intervalle libre.

Un oubli durant la deuxième semaine de prise de pilule serait donc moins à risque, serait-il quand même nécessaire d'utiliser une contraception de rattrapage pour les rapports sexuels ayant eu lieu dans les cinq jours précédant l'oubli ? Ceci est peut-être à discuter au cas par cas.

Ce délai de cinq jours et celui des sept jours suivant l'oubli n'ont pas été évalués dans la littérature.

Il n'existe pas de consensus pour continuer à prendre la plaquette de pilules lors de la prise de la pilule du lendemain. Le Docteur Pascale Hoffmann, Maître de conférence des Universités et Praticien Hospitalier exerçant au CHU de Grenoble en gynécologie et obstétrique, que j'ai rencontré, a un avis sur la question : il est préférable de conseiller de continuer la prise de pilule dans le but d'éviter d'autres risques, ceci me paraît judicieux.

Cas particuliers :

Dans le cas des pilules à base de cyprotérone et éthinylestradiol qui n'ont pas l'AMM dans la contraception, un délai maximal de douze heures par rapport à la prise habituelle est toléré.

Pour les macroprogestatifs, celui dont l'AMM comprend la contraception, le délai maximal de retard dans la prise est de douze heures, pour les autres molécules utilisées hors AMM il est également préconisé de ne pas dépasser douze heures.

L'oubli d'un comprimé dans la quatrième semaine de prise d'une pilule œstroprogestative n'entraîne pas de risque ce sont des comprimés placebos souvent d'une autre couleur.

3.1.3 Que conseiller ? « Ma gynécologue m'a prescrit une nouvelle pilule car je ne supportais pas la précédente. Comment dois-je procéder pour faire le changement, est-ce que je fais la pause de 7 jours ou pas ? »

Le changement d'une pilule à une autre dépend du type de pilule.

Voici les différents cas de figure :

-passage d'une pilule œstroprogestative à microprogestative : prendre le comprimé progestatif le jour suivant le dernier comprimé actif de l'œstroprogestatif.

-passage d'une pilule œstroprogestative (vingt-et-un comprimés) à une autre œstroprogestative : pause habituelle de sept jours après dernière plaquette de l'ancienne pilule. Il faut bien commencer la nouvelle à l'heure habituelle de prise de l'ancienne.

-passage d'une pilule œstroprogestative (vingt-huit comprimés) à une autre œstroprogestative : prendre la plaquette 21+7 en entier et enchaîner avec la nouvelle pilule les jours suivants.

-passage d'une pilule œstroprogestative à vingt-quatre comprimés actifs (Mélodia® Minesse®) à œstroprogestative vingt-et-un comprimés actifs : prendre la plaquette 24+4 en entier et enchaîner avec la nouvelle plaquette de 21.

-passage d'une pilule microprogestative à une pilule œstroprogestative : à tout moment le relais peut avoir lieu, ne pas laisser d'intervalle libre entre la dernière prise de la précédente pilule et la nouvelle. Il est recommandé d'utiliser une méthode complémentaire pendant les sept premiers jours d'après le Vidal mais pas dans les recommandations de l'HAS. Les microprogestatifs n'étant pas antigonadotropes, sauf Cérazette®, il vaut mieux utiliser une méthode complémentaire pendant les sept premiers jours. (Pour Cérazette® pas de précaution à prendre.)

3.1.4 Que conseiller ? «J'aimerais bien prendre la pilule mais j'ai lu sur Internet que ça fait grossir, que ça peut rendre stérile et même que ça peut augmenter les risques de cancer... » [6]

Les dernières générations de pilules sont faiblement associées au risque de gain de poids. Les études ne permettent pas de conclure définitivement, mais elles n'ont pas mis en évidence d'effet majeur sur le poids. [31]

Il n'y a pas besoin d'arrêter de temps en temps la pilule pour voir si on reprend un cycle normal, cela expose à un risque de grossesse non désirée. La pilule ne compromet pas la fertilité ultérieure.

Des études ont montré que la prise de pilule œstroprogestative pourrait augmenter légèrement les risques de cancer du sein et de l'utérus mais elle aurait un effet protecteur sur le cancer de l'endomètre, des ovaires et le cancer colorectal. Cette méthode de contraception présente, comme les autres, des bénéfices et des risques dont il faut discuter avec votre médecin.

C'est lui qui vous prescrit la pilule, il prend en compte vos facteurs de risques, vos antécédents personnels et familiaux, il peut ainsi détecter une éventuelle contre-indication. Si votre pilule vous a été prescrite, c'est qu'il n'y a pas de risque pour vous. Votre situation médicale peut évoluer, c'est pour cela qu'il est important de revoir votre médecin régulièrement lors d'un renouvellement de votre ordonnance par exemple.

3.1.5 Que conseiller ? « Mon ordonnance est périmée, j'ai rendez vous chez la gynéco dans deux semaines mais je suis en panne de pilule. »

La pilule se délivre sur ordonnance, celle-ci doit être régulièrement renouvelée par le médecin prescripteur.

Le suivi médical est très important : prise de sang pour vérifier la tolérance glucidolipidique de la pilule, prise de tension, examen gynécologique, frottis vaginaux réguliers. Les facteurs de risque peuvent évoluer, l'examen clinique peut révéler qu'il faut arrêter / changer de moyen de contraception.

Les pilules appartiennent à la liste I. Les médicaments de cette liste ne peuvent pas être renouvelés sans ordonnance.

Depuis la mise en place de la délivrance par la procédure exceptionnelle d'une boîte supplémentaire, le pharmacien peut délivrer une plaquette de pilule sur une ordonnance de pilule qui est arrivée à expiration et qui était prescrite pour au moins trois mois, ceci pour éviter une interruption du traitement.

On peut se poser la question quant au cas d'une patiente qui se présente dans une pharmacie sans ordonnance de pilule, par exemple sur son lieu de vacances.

Quel est le rôle du pharmacien dans cette situation ?

Peut-il délivrer un médicament de liste I sans prescription médicale dans un cas d'urgence ?

Quelle est sa responsabilité s'il délivre sans ordonnance ?

Doit-il attendre que la patiente revienne pour demander une pilule du lendemain ?

Doit-il attendre de recevoir une prescription de la dite pilule par fax dans l'éventualité où le médecin de la patiente a pu être joint par téléphone ?

Doit-il conseiller une méthode locale comme les préservatifs en attendant d'avoir une prescription ?

Le dossier pharmaceutique pourrait permettre de s'assurer que la patiente prend effectivement régulièrement cette pilule en pharmacie, mais cela autoriserait-il le pharmacien à délivrer sans ordonnance ?

Réponse téléphonique de Marie-Pierre Antoine pharmacien de l'ordre national des pharmaciens :

La délivrance exceptionnelle lors d'un renouvellement d'un mois d'une ordonnance d'au moins trois mois périmée est possible mais non systématique.

Il n'existe pas de différence entre contraceptif et autres médicaments de liste I pour le moment. Les déclarations de Madame le ministre Roselyne Bachelot (décembre 2008) vont dans le sens de dépannages et délivrances des pilules listées plus facilement, il faut donc surveiller l'actualité

Si la patiente ne présente pas d'ordonnance la plus grande des sécurités est d'appeler le prescripteur, en essayant de regarder s'il l'on possède un historique des délivrances. A la date d'aujourd'hui le Dossier Pharmaceutique n'est pas disponible partout et de toute façon cela ne changerait pas le problème.

Il faut donc prévenir le prescripteur et lui demander son avis. Une ordonnance faxée n'est pas une ordonnance, mais c'est déjà une preuve minimale.

Si le pharmacien délivre sans ordonnance, c'est sur sa responsabilité, en cas de problème le jugement dépendra des conséquences engendrées.

Effectivement si on ne délivre pas, on peut conseiller une méthode locale type préservatif et la prise d'un rendez-vous chez un médecin sur place.

3.1.6 Que conseiller ? « Je suis d'humeur dépressive depuis quelque temps, une amie m'a conseillé de prendre du millepertuis. » [41] [85] [91]

Demander si la personne prend des médicaments → cas d'une patiente sous pilule :

Le millepertuis a effectivement une indication dans les manifestations dépressives légères et transitoires. C'est un inducteur enzymatique de certaines enzymes hépatiques qui métabolisent le principe actif de la pilule. Il y a un risque de diminuer l'efficacité de la contraception. D'autres médicaments sont susceptibles de réduire l'effet des contraceptifs hormonaux, c'est pour cela qu'il faut toujours demander l'avis du médecin ou du pharmacien.

Il faut envisager un moyen de contraception complémentaire (par exemple le préservatif) pendant la période de prise de ces médicaments et un cycle après l'arrêt. Si le traitement qui interagit avec la contraception est d'une longue durée, il sera peut-être plus judicieux de changer de moyen de contraception. Dans le cas du millepertuis, il faudrait sans doute envisager un autre traitement que cette plante et consulter pour évaluer cette « humeur dépressive ».

Justifications :

Certains composants du millepertuis sont inducteurs d'isoenzymes du cytochrome P450 (1A2, 2C9, 3A4). Comme l'œstroprogestatif est métabolisé par le cytochrome P450, il y a alors augmentation du métabolisme et de l'élimination ce qui entraîne une diminution des concentrations plasmatiques et de l'effet contraceptif. L'induction enzymatique peut mettre deux à trois semaines avant d'agir totalement et elle peut persister le même laps de temps après l'arrêt de l'inducteur, c'est pour cela qu'il faut en tenir compte pour le cycle suivant l'arrêt du médicament incriminé.

Remarque : il peut être intéressant au moment de la délivrance d'une pilule d'informer sur les risques du millepertuis car les patientes n'ont pas forcément conscience que la phytothérapie peut interagir avec les médicaments et elles ne pensent pas forcément à signaler leur pilule comme traitement en cours. En cas de délivrance de Millepertuis, il peut être nécessaire de demander quel est le moyen de contraception utilisé.

Annexe XV Fiche de bon usage la pilule

3.2 Les méthodes locales

3.2.1 Que conseiller ? « J'aimerais utiliser une contraception locale, sans hormones. Est-ce qu'il existe des méthodes sûres ? »

Les méthodes locales sont des méthodes qui ont une certaine efficacité lorsqu'elles sont bien utilisées, cependant les spermicides seuls n'offrent pas une assez bonne contraception pour les jeunes femmes ne désirant absolument pas être enceintes. De plus elles n'assurent pas de protection contre les IST.

Ces méthodes peuvent parfois être d'un bon secours transitoirement, en relais d'une autre méthode.

Les spermicides

Pour utiliser ce type de méthode, il faut être motivé et conscient des efforts que leur bon usage nécessite. Ces spermicides doivent toujours être appliqués avant chaque rapport. Il faut également savoir que utilisée seule, cette méthode ne garantit pas un fort taux de réussite.

Les ovules, les crèmes, les capsules possèdent des délais et durée d'action spécifiques.

Le tampon spermicide est efficace immédiatement et pour vingt-quatre heures, il n'est pas nécessaire d'en changer à chaque rapport, il doit être gardé au moins deux heures après le dernier rapport. Il a une légère supériorité d'efficacité.

Les diaphragmes et capes cervicales

Ce sont des dispositifs réutilisables utilisés conjointement avec un spermicide. La réussite de la méthode dépend de la bonne utilisation qui n'est pas forcément aisée. Il faut bien connaître son anatomie et consulter un gynécologue avant de choisir cette méthode. Le dispositif est placé au fond du vagin avant les rapports. Le spermicide doit être réappliqué avant chaque rapport.

Le préservatif féminin

Il s'agit d'une gaine en polyuréthane placée dans le vagin avant les rapports. Il protège des IST comme le VIH et assure une bonne contraception lorsqu'il est utilisé correctement.

Les préservatifs masculins

C'est une bonne méthode de contraception, de plus les préservatifs sont le seul moyen de protection efficace contre les IST dont le VIH. Il demande une utilisation systématique et adéquate. Le préservatif masculin ne doit pas être utilisé en même temps que le préservatif féminin, ils pourraient se détériorer.

Dans tous les cas il faut bien connaître la conduite à tenir en cas d'échec de la méthode.

3.2.2 Que conseiller ? « Où sont les préservatifs ? Il en existe autant de différents !! Comment fait-on pour choisir ? » [27] [36] [99]

Effectivement il existe différents types de préservatifs :

- avec ou sans réservoir,
- lubrifié ou non,
- différentes épaisseurs,
- différentes tailles
- différents coloris, parfums.

Pour les personnes allergiques au latex il existe des modèles spécifiques à base de polyuréthane.

Pour une première utilisation un type classique « anatomique » ou « profilé » est plus simple à mettre en place.

Le mode d'emploi d'un préservatif doit toujours être respecté.

Vérifier la date de péremption et l'intégrité de l'emballage est toujours préférable avant utilisation. Il ne faut pas ouvrir l'emballage avec des ciseaux, faire attention aux ongles et aux bagues qui pourraient abîmer le préservatif. L'emballage est fait pour être délicatement déchiré sur le coté. Il ne faut jamais utiliser plusieurs préservatifs l'un sur l'autre ni simultanément avec un préservatif féminin, les frottements risqueraient de l'endommager. Si l'on n'a jamais utilisé de préservatif, il est recommandé de s'entraîner une fois avant. Le préservatif doit être déroulé sur le pénis en érection avant tout contact avec le partenaire. Le réservoir doit être pincé entre deux doigts pour chasser l'air tandis que le préservatif est déroulé dans le bon sens (partie à dérouler vers l'extérieur) jusqu'à la base du pénis. Au moment du retrait, après éjaculation mais avant la fin de l'érection, il faut maintenir en place la base du préservatif. Il est ensuite retiré et jeté dans une poubelle

Un nouveau préservatif doit systématiquement être utilisé pour chaque nouveau rapport.

Il y a certaines choses à savoir :

Le préservatif dans son emballage intact doit être conservé dans un endroit frais et sec. Il est préférable de ne pas le stocker trop longtemps dans un portefeuille ou une poche.

Il ne faut pas utiliser de lubrifiant gras comme la vaseline, les huiles minérales ou végétales, cela abîmerait le préservatif ; les gels hydrosolubles ou spermicides peuvent être utilisés, cela est spécifié sur l'emballage. Certains médicaments appliqués sur le pénis ou dans le vagin peuvent compromettre l'efficacité du préservatif.

Il est indispensable de n'utiliser que les préservatifs CE 0086 ou le label français NF, les boîtes n'affichant pas ceci ne garantissent pas la sûreté de leur produit. Les préservatifs sont testés pour leur résistance mécanique, la recherche d'une éventuelle porosité, la norme qualité NF EN ISO 4074 garantit la fiabilité du préservatif, on retrouve un NF sur l'emballage

Il est important de connaître la conduite à tenir en cas de rupture ou de glissement :

S'il n'y avait pas d'autre moyen de contraception, il faut avoir recours à une contraception de rattrapage. La pilule du lendemain doit être prise au plus tôt après le rapport à risque, dans un délai maximal de 72 heures, en effet l'efficacité diminue avec le temps. Elle est disponible sans ordonnance dans les pharmacies, gratuite pour les mineures, remboursable sur prescription. Le dimanche, il faut penser à chercher la pharmacie de garde. Il est possible d'aller dans un centre de planification familiale ou de demander à une infirmière dans un établissement scolaire du second degré. Dans un délai maximal de cinq jours, il est parfois possible de se faire poser un stérilet, il faut prendre contact avec un médecin.

Dans tous les cas il faut penser aux risques de transmission d'infections notamment le VIH : contacter rapidement un centre de dépistage gratuit et anonyme ou les urgences d'un hôpital.

3.2.3 Que conseiller ? « J'utilise Pharmatex tampon® et mon médecin vient de me prescrire des ovules parce que j'ai une mycose. Est-ce que mon tampon va quand même agir ? »

Il n'est pas recommandé d'utiliser les spermicides comme moyen de contraception lorsque l'on suit un traitement vaginal. La substance active de l'ovule traitant peut empêcher le spermicide sous quelque forme que ce soit, d'avoir l'efficacité attendue.

Il faut peut-être utiliser un préservatif si l'infection en cause est transmissible. Il n'existe pas d'interaction entre le latex ou le polyuréthane des préservatifs et les traitements vaginaux.

Les spermicides peuvent également être utilisés simultanément aux préservatifs sans problème.

Annexe XVI Fiche de bon usage les méthodes locales

3.3 Les DIU

3.3.1 Que conseiller ? « J'ai des règles très abondantes et depuis quelque temps je suis toujours fatiguée. Mon mode de contraception ? Un stérilet au cuivre. »

Avec ce type de contraception il est possible que les saignements menstruels soient plus abondants qu'auparavant et d'autant plus si vous aviez une pilule avant d'avoir le stérilet. Lorsque l'on perd beaucoup de sang il peut arriver qu'une petite anémie s'installe, il peut être intéressant de parler de votre fatigue à votre médecin d'autant plus si vous avez remarqué que vos règles sont plus abondantes. Il vous prescrira alors peut-être une prise de sang pour vérifier vos réserves en fer. De toute façon il ne faut pas s'inquiéter ce n'est pas très grave. Il existe des solutions pour palier à ce problème. Selon votre situation, votre médecin sera peut-être amené à vous proposer un DIU qui délivre un progestatif (le lévonorgestrel) car il permet de réduire les saignements menstruels.

3.3.2 Que conseiller ? « J'ai un stérilet, je voulais prendre de l'ibuprofène pour soulager mes douleurs menstruelles mais on m'a dit que je risquais de tomber enceinte. Est-ce que c'est vrai ? »

Il faut bien savoir que les connaissances sur le stérilet ont évolué et qu'aujourd'hui on peut assurer que les médicaments comme les anti-inflammatoires ne réduisent pas l'efficacité de ce moyen de contraception. Une meilleure connaissance du mode d'action de cette méthode et la révision de la seule étude qui contre-indiquait les anti-inflammatoires permettent d'affirmer que la prise de médicaments est compatible avec ce mode de contraception.

Il faut par contre continuer à informer son médecin ou son pharmacien des traitements en cours pour prévenir toute interaction.

Annexe XVII Fiche de bon usage les dispositifs intra-utérins

3.4 Le patch

3.4.1 Que conseiller ? « Je prenais la pilule mais je l'oubliais souvent alors je vais passer au patch. A quel moment dois-je coller le premier ? »

Si votre pilule était une pilule microprogestative, le premier patch peut être collé à tout moment, le lendemain de la prise du dernier comprimé, une méthode complémentaire comme le préservatif doit être utilisée pendant les sept premiers jours.

Si votre pilule était une pilule œstroprogestative à vingt-et-un comprimés, le premier patch doit être collé le jour où une nouvelle plaquette devait être commencée.

Dans le cas d'une pilule œstroprogestative de vingt-huit comprimés, poser le patch le jour suivant la dernière prise du dernier comprimé de la plaquette.

Pour une première utilisation de contraception hormonale, le premier patch doit être collé le premier jour des règles, une méthode complémentaire doit être utilisée pendant les sept premiers jours.

En relais de l'anneau, le patch doit être collé le jour où un nouvel anneau aurait dû être inséré. Pas de méthode complémentaire.

Après le retrait d'un implant progestatif, le patch doit être collé le lendemain, une méthode complémentaire doit être utilisée pendant les sept premiers jours.

Un patch dure une semaine, les deux semaines suivantes on colle un nouveau patch, puis la quatrième semaine aucun patch n'est collé, puis de nouveau un cycle de trois patches : un par semaine.

3.4.2 Que conseiller ? « Je suis en retard pour changer mon patch . Que faire ? »

Le changement du patch se fait toujours le même jour de la semaine, il peut se faire à tout moment de la journée.

Si l'on oublie de le changer moins de 48 heures avant l'heure prévue il n'y a pas de risque de grossesse, il suffit de coller le nouveau immédiatement en ayant retiré le précédent.

La conduite à tenir si le délai de 48 heures est dépassé est la même que dans le cas d'un oubli de pilule supérieur au délai autorisé.

Si l'oubli est supérieur au délai

-Il faut changer immédiatement de patch, continuer à utiliser les patchs suivants en les changeant chaque semaine, utiliser un moyen de contraception complémentaire type barrière (préservatif) pendant sept jours.

Cas de l'oubli dans la troisième semaine du cycle (le troisième patch consécutif)

- ne pas faire de pause habituelle et enchaîner directement avec la pose d'un nouveau patch la semaine suivante.

Il est alors possible d'avoir des saignements peu abondants (spottings) durant la semaine de ce nouveau patch. Il faudra faire un test de grossesse à la fin du troisième patch si les règles ne surviennent pas ou au moindre doute.

De plus, si un ou des rapports non protégés par une autre méthode ont eu lieu dans les cinq jours précédant l'oubli ou si plusieurs retards ont été constatés dans le même cycle, il faut avoir recours à une méthode de rattrapage :

-pilule du lendemain délai de 72 heures après rapport.

-stérilet au cuivre délai de 5 jours après rapport.

En cas de recours à la pilule du lendemain, il est préférable de continuer ses patchs pour ne pas risquer d'autres erreurs.

3.4.3 Que conseiller ? « Mon patch se décolle et des petits boutons sont apparus sur ma peau. Est-ce normal ? »

Il faut alterner les sites d'application du patch : fesse droite ou gauche, la partie supérieure du thorax (mais pas sur les seins), l'abdomen. Ceci pour éviter les réactions locales. Vous avez peut être collé trop souvent au même endroit vos patchs. Il faut également prendre garde à le coller sur une peau non lésée, ni rouge, ni irritée donc il faut que vous changiez de site d'application, vous pouvez remplacer le patch qui est collé à cet endroit immédiatement par un nouveau placé ailleurs.

Vous pouvez prendre contact avec votre médecin si cela persiste ; en effet il peut s'agir d'une allergie.

Il est important de vérifier régulièrement que le patch ne se décolle pas, et de connaître la conduite à tenir en cas de décollement, mais normalement il reste bien collé même après un bain ou après avoir transpiré. Il ne faut pas utiliser un bandage ou un adhésif pour faire tenir le patch.

Si le décollement est inférieur à 24 heures, le patch peut être recollé ou un nouveau appliqué, si le délai est inconnu ou supérieur il faut appliquer la conduite à tenir en cas d'oubli de plus de 48 heures dans le changement de patch car il y a un risque d'échec de la méthode.

Annexe XVIII Fiche de bon usage le patch et l'anneau

3.5 L'anneau

3.5.1 Que conseiller ? « Je prenais la pilule j'ai décidé d'essayer l'anneau vaginal pour me simplifier la vie. A quel moment dois-je insérer l'anneau ? »

En relais d'une pilule œstroprogestative à vingt-et-un comprimés, l'anneau est inséré après la pause de sept jours, le jour où une nouvelle plaquette aurait dû être commencée.

Dans le cas de la pilule œstroprogestative à vingt-huit comprimés, l'anneau doit être inséré le lendemain de la prise du dernier comprimé de la plaquette.

Si votre pilule était une microprogestative, l'anneau est inséré à tout moment et la pilule est arrêtée.

Dans le cas d'une première utilisation d'une méthode hormonale, l'anneau est inséré le premier jour des règles.

L'anneau doit être inséré le lendemain du retrait de l'implant progestatif.

L'anneau doit être inséré après la pause d'une semaine le jour où un nouveau patch aurait du être collé.

L'anneau doit rester en place trois semaines, puis une semaine sans anneau est préconisée.

3.5.2 Que conseiller ? « Que faire en cas d'expulsion de mon anneau vaginal ? Vous pensez vraiment que je suis encore protégée si je le remets tout de suite ? »

Si l'anneau est gênant par exemple lors des rapports sexuels il peut être volontairement retiré, pour moins de trois heures. Une expulsion accidentelle par exemple en enlevant un tampon hygiénique peut survenir. Si le délai de trois heures n'est pas dépassé, il n'y a pas de problème, l'anneau doit être remis en place. Avant de repositionner l'anneau, il faut le rincer à l'eau froide ou tiède mais jamais chaude.

Si la durée de retrait dépasse trois heures, l'efficacité est compromise, il faut avoir recours à la conduite à tenir en cas d'oubli de remise d'un nouvel anneau.

3.5.3 Que conseiller ? « J'ai oublié d'enlever l'anneau, suis-je encore protégée et que dois-je faire ? »

Un délai d'une semaine supplémentaire est toléré avec cette méthode puisque l'anneau est efficace quatre semaines, cependant il faut veiller à ne pas dépasser six semaines sans faire de pause.

Il faut donc que vous enleviez cet anneau, si votre oubli date de moins d'une semaine, vous faites la pause habituelle de sept jours. Il n'y a pas de risque.

Si la période sans anneau a été supérieure à sept jours, il faut insérer un nouvel anneau et avoir recours à la conduite à tenir en cas d'oubli.

Si l'oubli de remplacement de l'anneau est supérieur à quatre semaines

-Il faut changer immédiatement d'anneau, le laisser en place les trois semaines prévues, utiliser un moyen de contraception complémentaire type barrière (préservatif) pendant sept jours.

De plus, si un ou des rapports non protégés par une autre méthode ont eu lieu dans la période d'inefficacité de l'anneau, il faut avoir recours à une méthode de rattrapage :

- pilule du lendemain délai de 72 heures après rapport.
- stérilet au cuivre délai de 5 jours après rapport.

Il peut être nécessaire de faire un test de grossesse si l'oubli est constaté avec beaucoup de retard ou au moindre doute.

En cas de recours à la pilule du lendemain, il est préférable de continuer la contraception par anneau pour ne pas risquer d'autres erreurs.

Annexe XVIII Fiche de bon usage le patch et l'anneau

3.6 L'implant

3.6.1 Que conseiller ? « J'allaite toujours mon bébé et je me suis fait poser un implant à la place de prendre la pilule. Je me demande si cela peut avoir des effets sur mon enfant. »

Les études montrent qu'il n'y a pas de problème de croissance ou de développement chez les enfants ayant été allaités par une mère qui avait un implant à l'étonogestrel. Il est important dans tous les cas de remplir régulièrement la courbe de croissance dans le carnet de santé et de prendre rendez-vous chez le pédiatre pour les visites obligatoires (dans les huit jours de la naissance, à neuf mois, à vingt-quatre mois.) Si vous avez des craintes vous pouvez toujours en reparler avec votre médecin. L'implant est efficace pour une durée de trois ans, il peut être retiré à tout moment et le retour à la fertilité est rapide.

3.6.2 Que conseiller ? « J'ai un implant dans le bras depuis quelques mois et je n'ai plus de règles depuis 2 mois, vous pensez qu'il est possible que je sois enceinte ? »

Il est très rare d'avoir des échecs avec ce type de contraceptif .

S'il a été posé au bon moment et que la personne n'était pas enceinte auparavant, s'il n'a pas migré : c'est-à-dire vous n'avez pas ressenti de fortes douleurs dans le bras, si la visite de contrôle a permis de localiser l'implant, s'il n'existe pas de surpoids durant la troisième année : il n'y a pas de raison qu'une grossesse soit survenue.

Pour vous rassurer, vous pouvez faire un test de grossesse, en réalité il est courant que des changements du schéma de saignements se produisent avec cet implant. Ce peut être des saignements irréguliers, entre les règles ou bien une aménorrhée c'est-à-dire plus de saignement du tout. Vous aurez peut-être des spotting de temps à autre.

Appelez votre médecin pour en discuter avec lui.

Annexe XIX Fiche comment éviter un échec de contraception

Annexe XX Fiche de bon usage pilule du lendemain du CESPARM

THESE SOUTENUE PAR : Anne Sibuet

TITRE : La contraception : de la bonne connaissance par le pharmacien au bon usage par le patient.

CONCLUSION

Il a été montré que le patient ne perçoit pas forcément le pharmacien comme un professionnel de santé à qui il peut poser des questions en matière de contraception. Pourtant le pharmacien d'officine doit jouer un rôle clé dans l'information sur le bon usage des méthodes contraceptives notamment au moment de leur délivrance. Il doit pouvoir répondre aux interrogations des patients et contribuer à l'amélioration de l'observance et des connaissances sur la conduite à tenir en cas d'échec.

Avec le développement de l'anneau vaginal et du patch contraceptifs, une amélioration de l'observance, une diminution du nombre de grossesses non souhaitées et du nombre d'IVG pourraient être attendues dans le futur.

Les autres moyens pour améliorer l'observance et éviter les échecs peuvent être :

Développer plus de plaquettes de vingt-huit comprimés dont sept placebos pour prévenir les oublis dus au commencement d'une nouvelle plaquette.

La prise en continu de pilule, comme cela existe dans certains pays, « Seasonale ® » qui préconise des arrêts tous les trois mois va-t-elle arriver en France ? Est-ce qu'il y a un risque lié à une plus grande exposition aux hormones ? Le fait de ne plus avoir de règles empêcherait peut-être de se rendre compte rapidement d'un échec, mais cela pourrait diminuer les risques en cas d'oubli et diminuer les symptômes menstruels.

Un œstrogénostatif autoinjectable tous les trois mois devrait bientôt arriver sur le marché, ainsi que de nouveaux implants, qui assurent une contraception de longue durée.

De nouvelles formes de dispositifs intra-utérins au lévonorgestrel, notamment adaptées aux nullipares sont en développement : bientôt un Mirena® spécifique aux nullipares sera commercialisé.

Une contraception masculine hormonale n'est toujours pas à l'ordre du jour, les études ne sont toujours pas concluantes ; il existe des difficultés à cause de la durée de la spermatogenèse de quatre-vingt-quatre jours et du risque important d'effets indésirables.

Augmenter l'information dans les écoles, par les professionnels de santé, promouvoir des fiches de bon usage sont des mesures à développer.

Les fiches présentées ici seront peut-être distribuées par le CESPARM (Comité d'Education Sanitaire et Sociale de la Pharmacie Française) dans les officines.

Et enfin contribuer à ce que le patient accorde une plus grande crédibilité aux conseils du pharmacien plutôt qu'aux informations fournies par Internet. Dans ce but, il faut instaurer un climat de confiance et de confidentialité..

Nous espérons que cette thèse pourra être un outil utile au pharmacien dans sa connaissance de la contraception et dans l'application du bon usage des méthodes dans son exercice quotidien.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 22 janvier 2009

LE DOYEN

LE PRESIDENT DE LA THESE

Professeur Renée GRILLOT

Professeur Diane GODIN-RIBUOT

BIBLIOGRAPHIE

- [1] ABRAMS L.S., SKEE D., NATARAJAN J., WONG F.A., Pharmacokinetic overview of Ortho Evra™/Evra™. *Fertility and Sterility*, 2002, **77**, Suppl 2, S3-12
- [2] AFSSAPS, Analyse des ventes de médicaments Aux officines et aux hôpitaux en France 1988-2000 2^{ème} édition octobre 2002
- [3] AFSSAPS, Analyse des ventes de médicaments aux officines et aux hôpitaux en France 1996 – 2006 8^{ème} édition Mai 2008
- [4] AFSSAPS, Contraceptifs œstroprogestatifs et risque thromboembolique veineux, *Rapport public d'évaluation du comité des spécialises pharmaceutiques*, Septembre 2001
- [5] AITKEN R.J., BAKER M.A., DONCEL G.F., MATZUK M.M., MAUCK C.K., HARPER M.J. As the world grows: contraception in the 21st century. *J Clin Invest.*, 2008, **118**(4) :1330-1343
- [6] ANAES, AFSSAPS, INPES. Recommandations pour la pratique clinique : Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme, *Service des recommandations professionnelles de l'Anaes*, Décembre 2004
- [7] ARCHER D.F., BIGRIGG A., SMALLWOOD G.H., SHANGOLD G.A, CREASY G.W., FISHER A.C., Assessment of compliance with a weekly contraceptive patch (Ortho Evra™/Evra™) among North American women. *Fertility and Sterility*, 2002, **77**, Suppl 2, S27-31
- [8] BAJOS N., LERIDON H., GOULARD H., P. OUSTRY, JOB-SPIRA N. and The COCON Group; Contraception: from accessibility to efficiency. *Human Reproduction*, 2003, **18** : 994-999
- [9] BAJOS N., MOREAU C., LERIDON H., FERRAND M., Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? *Population et Sociétés*, 2004, 407 : 1-4
- [10] BARJOT P., GRAESSLIN O., COHEN D., VAILLANT P., CLERSON P., HOFFET M., Grossesses survenant sous contraception orale : les leçons de l'étude Gynécologie. *Obstétrique & Fertilité*, 2006, **34** : 120-126
- [11] BENSOUDA-GRIMALDI L., JONVILLE-BERA A.-P., BEAU-SALINAS F., LLABRES S., AUTRET-LECA E., Implanon® : difficultés d'insertion et de retrait, échecs contraceptifs. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 2005, **33** : 986-990
- [12] BHATHENA R.K., The long-acting progestogen-only contraceptive injections: an update. *Br J Obstet Gynaecol*, 2001, **108** : 3-8
- [13] BHATHENA RK, GUILLEBAUD J., Intrauterine contraception: an update. *J Obstet Gynaecol.*, 2008, **28** : 262-265
- [14] BLANC B., MADELANAT P., La stérilisation à visée contraceptive, édition Elsevier, Paris, 2004

- [15] BOUTET G., Dispositif intra-utérin au lévonorgestrel (Mirena[®]) et cancer du sein : que nous apporte la littérature pour la pratique quotidienne ? *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 2006, **34** : 1015-1023
- [16] BRAMBILLA G., MARTELLI A., Are some progestins genotoxic liver carcinogens?. *Mutation Research*, 2002, **512** : 155-163
- [17] BRINGER-DEUTSCH S., PONS J.C., Contraception. *La revue du praticien*, 2008, 58 : 1354-1362
- [18] BRUCKER C., KARCK AND U., MERKLE E., Cycle control, tolerability, efficacy and acceptability of the vaginal contraceptive ring, NuvaRing[®]: Results of clinical experience in Germany. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 2008, **13** : 31-38
- [19] BURKMAN R.T., Transdermal hormonal contraception: benefits and risks. *Am J Obstet Gynecol.*, 2007, **197** : 134-136
- [20] CARLOTTI N. Contraceptifs hormonaux. *La revue du praticien*, 2008, **58** : 21-28
- [21] Collaborative Group on Epidemiological Studies of Ovarian Cancer and oral contraceptives: collaborative reanalysis of data from 45 epidemiological studies including 23 257 women with ovarian cancer and 87 303 controls. *Lancet*, 2008, **371**: 303-314
- [22] Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53 297 women with breast cancer and 100 239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. *Lancet*, 1996, **347** : 1713-1727
- [23] COUZINET B, YOUNG J, KUJAS M, et al. The antigonadotropic activity of a 19-nor-progesterone derivative is exerted both at the hypothalamic and pituitary levels in women. *J ClinEndocrinol Metab*, 1999, **84** : 4191-4196
- [24] CURTIS K.M., MARTINS S.L., Progestogen-only contraception and bone mineral density : a systematic review. *Contraception*, 2006, **73** : 470- 487
- [25] DEWULF S., DECAUDIN B., ENGRAND J.B., et al. Stérilisation tubaire par mise en place d'un dispositif médical implantable par hystéroscopie (système Essure[®]) : étude préliminaire de faisabilité. *Journal de Pharmacie Clinique*, 2004, 23 : 249-252
- [26] DIEBEN T.O., ROUMEN F.J., APTER D., Efficacy, cycle control and user acceptability of a novel combined contraceptive vaginal ring. *Obstetrics & Gynecology*, 2002, **100** : 585-593
- [27] DREYFUS R. Méthodes contraceptives locales, *fiche technique CESPARM*, février2000
- [28] DURANTEAU L. Contraception par progestatifs. *Gynécologie*, 700-A-10, 2008, traité EMC, Elsevier Masson, Paris, 2008
- [29] FANTASIA HC., Options for intrauterine contraception. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.*, 2008, **37** : 375-383

- [30] FONTENOT HB, HARRIS AL. The latest advances in hormonal contraception. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.*, 2008, **37** : 369-374
- [31] GALLO M.F., LOPEZ L.M., GRIMES D.A., SCHULZ K.F., HELMERHORST F.M., Combination contraceptives: effects on weight. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006 Jan 25;(1):CD003987
- [32] GOLDZIEHER J. W., STANCZYK F. Z., Oral contraceptives and individual variability of circulating levels of ethinyl estradiol and progestins. *Contraception*, 2008, **78** : 4-9
- [33] HAS, Avis de la commission Mona Lisa CuT-380A. Commission d'évaluation des produits et prestations, juin 2005
- [34] HENDLISH S.K., HOROWICZ-MEHLER N.C., BRIXNER D.I., et al. Contraceptive and noncontraceptive benefits of the LNG-IUS in a vertically integrated HMO. *Contraception*, 2008, **78** :36-41
- [35] HUBACHER D., Copper intrauterine device use by nulliparous women: review of side effects. *Contraception*, 2007, **75**, Suppl 6 S8-11
- [36] INPES, ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées Préservatifs : petit manuel en ligne <http://www.inpes-sante.fr> (consulté en juin 2008)
- [37] ISMAIL H., MANSOUR D., SINGH M., Migration of Implanon®. *J Fam Plann Reprod Health Care*, 2006, **32** : 157-159
- [38] JAMIN C., MADELENAT P., Rationaliser la contraception progestative (hors DIU au lévonorgestrel). *Gynecol Obstet Fertil.*, 2008, **36** : 557-562.
- [39] JENSEN J.T., NELSON A.L., COSTALES A.C., Subject and clinician experience with the levonorgestrel-releasing intrauterine system. *Contraception*, 2008, **77** : 22-29
- [40] KORVER T., KLIPPING C., HEGER-MAHN D., DUIJKERS I., VAN OSTA G., DIEBEN T., Maintenance of ovulation inhibition with the 75- μ g desogestrel-only contraceptive pill (Cerazette) after scheduled 12-h delays in tablet intake. *Contraception*, 2005, **71** : 8-13
- [41] La Revue Prescrire, Eviter les effets indésirables par interactions médicamenteuses comprendre et décider guide 2008. *Prescrire*, 2007, **27**, Suppl 1, S94-96
- [42] La Revue Prescrire, Idées forces Contraception naturelle. *Prescrire*, 2007, **27** : 852 texte intégral en ligne www.prescrire.org (consulté en mars 2008)
- [43] La Revue Prescrire, Rayon des nouveautés actualité à la loupe changement de libellé EVRA risques confirmés mais RCP toujours trop timoré. *Prescrire*, 2007, **27** : 424
- [44] La Revue Prescrire, Rayon des nouveautés Actualité à la loupe Transparence Evra : un changement très confidentiel. *Prescrire*, 2007, **27** : 15-16
- [45] La Revue Prescrire, Stratégies Repères Contraception Pilule mono ou biphasique pas d'essai comparatif solide. *Prescrire*, 2002, **22** : 846

- [46] La Revue Prescrire, Vigilance Contraceptif transdermique EVRA : thromboses. *Prescrire*, 2007, **27** : 190
- [47] La Revue Prescrire, Vigilance Implants d'étonogestel interactions médicamenteuses et grossesses. *Prescrire*, 2007, **27** : 907
- [48] LERIDON H., OUSTRY P., BAJOS N. et l'équipe Cocon - La médicalisation croissante de la contraception en France , *Population & Sociétés*, 2002, 381 : 1-4
- [49] LOPEZ L.M., GRIMES D.A., GALLO M.F., SCHULZ K.F., Skin patch and vaginal ring versus combined oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Jan 23;(1):CD003552
- [50] LUARD A. Guide des dispositifs médicaux rencontrés à l'officine- 120p. Thèse : Pharmacie : Paris V : 2007
- [51] MADELENAT P., KOSKAS M., Groupe de réflexion sur la contraception progestative, Mise au point sur la contraception progestative. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2008, **37** : 637-660
- [52] MATET N., LAMARCHE J., L'accès en urgence : le dispositif actuel. *Le concours médical*. 2006, **128** : 1047-1052
- [53] McADAMS M., STAFFA J.A., DAL PAN G.J. The concomitant prescribing of ethinyl estradiol/drospirenone and potentially interacting drugs. *Contraception*, 2007, **76** : 278–281
- [54] McLAREN A., Histoire de la contraception (de l'antiquité à nos jours) Editions Noësis, Paris 1996
- [55] MEIRIK O., Intrauterine devices - upper and lower genital tract infections. *Contraception*, 2007, **75**, Suppl 6 S41-47
- [56] MORENO V., BOSCH F.X., MUÑOZ N., Effect of oral contraceptives on risk of cervical cancer in women with human papillomavirus infection: the IARC multicentric casecontrol study. *Lancet*, 2002, **359** : 1085-192
- [57] Organisation mondiale de la santé, Pour un meilleur accès à des soins de qualité en matière de planification familiale. Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. 3^{ème} édition, Genève: OMS 2005
- [58] ORGANON mentions légales complètes IMPLANON 68 mg, implant pour usage sous-cutané version 2008/03 – Rectificatif du 21 août 2008
- [59] Organon, Brochure scientifique Nuvaring. 2004
- [60] ORTIZ M.E., CROXATTO H.B., Copper-T intrauterine device and levonorgestrel intrauterine system: biological bases of their mechanism of action. *Contraception*, 2007, **75**, Suppl 6 S16-30

- [61] PASQUALINI J.R., Progestins and breast cancer. *Gynecological Endocrinology*, 2007, **23**, Suppl 1, S32-41
- [62] PATERSON H., CLIFTON J., MILLER D. et al. Hair loss with use of the levonorgestrel intrauterine device. *Contraception*, 2007, **76** : 306-309
- [63] PLESSIS S., Pourquoi les femmes qui ont recours à l'IVG n'ont-elle pas utilisé la contraception hormonale d'urgence (lévonorgestrel) ? 129 p Thèse : médecine : Nantes : 2004
- [64] PLU-BUREAU G. , HORELLOU M.-H. , GOMPEL A. , CONARD J., Contraception hormonale et risque thromboembolique veineux : quand demander une étude de l'hémostase ? Et laquelle ? *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 2008, **36** : 448-454
- [65] QUEREUX C., GABRIEL R., Bénéfices non contraceptifs de la contraception orale *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 2003, **31** : 1047-1051
- [66] REGNIER-LOILIER A., LERIDON H. CAHEN F., La loi Neuwirth quarante ans après : une révolution inachevée ? *Population et société*, 2007, 439 : 1-8
- [67] RICE C.F., KILLICK S.R., DIEBEN T., COELINGH BENNINK H., A comparison of the inhibition of ovulation achieved by desogestrel 75 mg and levonorgestrel 30 mg daily. *Human Reproduction*, 1999, **14** : 982-985
- [68] ROBIN G., LETOMBE B., Contraceptions non hormonales. *La revue du praticien*, 2008, **58** : 29-40
- [69] ROBIN G., MASSART P., GRAIZEAU F., GUERIN du MASGENET B., La contraception du post-partum : état des connaissances. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 2008, **36** : 603-615
- [70] ROBIN G., MASSART P., LETOMBE B., La contraception des adolescentes en France en 2007. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 2007, **35** : 951-967
- [71] SCARABIN C. , DHAINAUT C., Étude ESTHYME. Stérilisation selon le procédé Essure[®] : vécu des femmes. Enquête multicentrique rétrospective. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 2007, **35** : 1123-1128
- [72] SCHINDLER A.E., CAMPAGNOLI C., DRUCKMANN R., et al. Progestins: present and future. European Progestin Club. *J Steroid BiochemMolecBiol.*, 1996, **59** : 357-363
- [73] SERFATY D. *Contraception Abrégés*. 3^{ème} édition Masson, Issy-les-Moulineaux 2007
- [73] bis SERFATY D., Comment l'utilisation des contraceptifs a-t-elle évolué en France en 2007 ? *Génésis*. 2008, 130 : 19-20
- [74] SITRUK-WARE R., New progestagens for contraceptive use. *Human Reproduction Update*, 2006, **12** : 169-178

- [75] SPONA J., BINDER N., HÖSCHEN K., FEICHTINGER W., Contraceptive efficacy and safety of a low-dose oral contraceptive, (0.03 mg ethinyl oestradiol and 2 mg chlormadinone acetate) Belara®, over three medication cycles. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 2008, **13** : 39-48
- [76] STROM B.L., BERLIN J.A., WEBER A.L., et al. Absence of an effect of injectable and implantable progestin-only contraceptives on subsequent risk of breast cancer. *Contraception*, 2004, **69** : 353-360
- [77] TAHOU C. Histoire de la contraception-131p. Thèse : Pharmacie : Toulouse III : 2007
- [78] THONNEAU P., ALMONT T., DE LA ROCHEBROCHAR E., MARIA B., Risk factors for IUD failure: results of a large multicentre case-control study. *Hum. Reprod.*, 2006, **21** : 2612-2616
- [79] TOURMEN F., Contraception : aspects pratiques en 2007, Association Française pour la contraception. Dossier du CESPHEM (Comité d'Education Sanitaire et Sociale de la Pharmacie Française)septembre 2007
- [80] VERHOEVEN C.H., DIEBEN T.O., The combined contraceptive vaginal ring, NuvaRing, and tampon co-usage. *Contraception*, 2004, **69** : 197-199
- [81] VERHOEVEN C.H., VAN DEN HEUVEL M.W., MULDER T.M., DIEBEN T.O., The contraceptive vaginal ring, NuvaRing, and antimycotic co-medication. *Contraception*, 2004, **69** : 129-132
- [82] VEYRAT V., QUEUREUX C., Contraceptifs oraux 15 cas pratiques. *Le moniteur des pharmacies*, 2007, 2691 : cahier II 2-15
- [83] WEIL-OLIVIER C. Vie de femmes-50 ans d'avancées médicales. John Libbey Eurotext, Paris 2008

BIBLIOGRAPHIE EN LIGNE

- [84] AFSSAPS, Thesaurus des Interactions médicamenteuses <http://afssaps.sante.fr/> mis à jour en juillet 2008 (consulté en septembre 2008)
- [85] Base de données thériaque : <http://www.theriaque.org> (consulté en 2008)
- [86] Centre Régional de Pharmacovigilance Alsace Actualités en Pharmacovigilance, PV INFO N° 36 – Mars 2004 en ligne <http://www-ulpmed.u-strasbg.fr/pharmaco/> (consulté en mars 2008)
- [87] CHAUVEAU S., « Les espoirs déçus de la loi Neuwirth », *Clio*, 2003, 18, Mixité et coéducation, : <http://clio.revues.org/document623.html>. mis en ligne le 4 décembre 2006. (consulté en juillet 2008)
- [88] DREES, L'état de santé de la population en France. Rapport 2007 santé et population en ligne sur <http://www.sante.gouv.fr> (consulté en août 2008)
- [89] INPES, LES FRANCAIS ET LA CONTRACEPTION 2 mars 2007 enquête BVA pour l'INPES en ligne <http://www.inpes.sante.fr/> (consulté en février en 2008)
- [90] Journal Officiel de la République Française, Articles de lois en ligne <http://www.legifrance.gouv.fr> (consulté en juillet 2008)
- [91] Le site du vidal : <http://www.vidalpro.net> (consulté en 2008)
- [92] Ministère de l'Emploi Réponse à la question écrite n° 03544 de Mme Marie-Claude Beaudeau 16/10/1997 <http://www.senat.fr/questions/base/1997/qSEQ971003544.html> (consulté en septembre 2008)
- [93] Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, Stratégie d'actions en matière de contraception janvier 2007 en ligne <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/> (consulté en septembre 2008)
- [94] Ministère des Affaires sociales, Réponse à la Question écrite n° 21050 de Mme Marie-Claude Beaudeau 30/04/1992 en ligne <http://www.senat.fr/questions/base/1992/qSEQ920421050.html> (consulté en septembre 2008)
- [95] Ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité, Le droit à la contraception et à l'avortement, *Dates clés L'égalité entre les femmes et les hommes*, 22-25 en ligne <http://www.travail.gouv.fr/> (consulté en juillet 2008)
- [96] PLU-BUREAU G., THALABARD J.-C., Progestatifs et cancer du sein : *Données épidémiologiques 28^{ème} journées de la SFSPM (Société Française de Sénologie et de Pathologie Mammaire)*, Lille, novembre 2006 : <http://documents.irevues.inist.fr/> (consulté en octobre 2008)
- [97] SERFATY D., Les DIU de l'adolescence à la ménopause, Conférence du CNGOF (Collège national des gynécologues et obstétriciens français), 30^{ème} journées nationales, novembre 2006, en ligne <http://www.cngof.asso.fr/> (consulté en juin 2008)

- [98] Site de connaissance des médicaments : <http://www.pharmacorama.com> (consulté en août 2008)
- [99] Site de Durex® <http://www.durexworld.com> (consulté en juillet 2008)
- [100] Site du centre de référence des agents tératogènes Hôpital Armand Trousseau Paris : <http://www.lecrat.org> (consulté en septembre 2008)
- [101] Site du planning familial <http://www.planning-familial.org/> (consulté en mars 2008)
- [102] The liverpool hiv pharmacology group <http://www.hiv-druginteractions.org> mis à jour le 30 Septembre 2008, (consulté en octobre 2008)
- [103] VILAIN A, Les interruptions volontaires de grossesse en 2004 Etudes et Résultats (DREES). 2006, 522 : 1-8 en ligne <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er522/er522.pdf> (consulté en juillet 2008)
- [104] VILAIN A., Les interruptions volontaires de grossesse en 2006 Etudes et Résultats DRESS 2008, 659 consulté en ligne <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er659.pdf> (en novembre 2008)

ANNEXES

Annexe I Tableau récapitulatif de toutes les spécialités de pilules œstroprogestatives

Annexe II Tableau récapitulatif des spécialités de patchs œstroprogestatifs

Annexe III Tableau récapitulatif des spécialités d'anneaux vaginaux œstroprogestatifs

Annexe IV Tableau récapitulatif des spécialités de pilules microprogestatives

Annexe V Tableau récapitulatif des spécialités de pilules macroprogestatives

Annexe VI Tableau récapitulatif des spécialités de progestatifs injectables

Annexe VII Tableau récapitulatif des implants progestatifs

Annexe VIII Tableau récapitulatif des dispositifs intra-utérins délivrant progestatif

Annexe IX Tableau récapitulatif des dispositifs intra-utérins

Annexe X Tableau récapitulatif des spécialités spermicides

Annexe XI Tableau récapitulatif des diaphragmes

Annexe XII Tableau récapitulatif des capes cervicales

Annexe XIII Tableau récapitulatif des préservatifs féminins

Annexe XIV Tableau récapitulatif des spécialités de pilules du lendemain

Annexe XV Fiche de bon usage de la pilule

Annexe XVI Fiche de bon usage des méthodes locales

Annexe XVII Fiche de bon usage des dispositifs intra-utérins

Annexe XVIII Fiche de bon usage du patch et de l'anneau

Annexe XIX Fiche comment éviter un échec de contraception

Annexe XX Fiche de bon usage de la pilule du lendemain du CESPARM

Annexe I Tableau récapitulatif de toutes les spécialités de pilules œstroprogestatives

Nom de spécialité	Type de pilule	Dosage éthinylestradiol	Progestatif	Remb	Remarque
ADEPAL	2G biphasique	0,03mg/0,04mg	lévonorgestrel 0,15mg/0,20mg	65%	
BELARA	pilule antiacnéique	0,03mg	acétate de chlormadinone 2mg		
CARLIN 20µg Gé	3G	0,02mg	gestodène 0,075mg		
CARLIN 30µg Gé	3G	0,03mg	gestodène 0,075mg		
CILEST	3G	0,035mg	norgestimate 0,250mg		
CYCLEANE 20 Gé	3G	0,02mg	désogestrel 0,15mg		
CYCLEANE 30 Gé	3G	0,03mg	désogestrel 0,15mg		
DAILY Gé	2G triphasique	0,03mg/0,04mg	lévonorgestrel 0,050mg/0,125mg/ 0,075mg	65%	
DESOGESTREL ETHINYL BIOGARAN 150/20 Gé	3G	0,02mg	désogestrel 0,15mg		
DESOGESTREL ETHINYL BIOGARAN 150/30 Gé	3G	0,03mg	désogestrel 0,15mg		
EFEZIAL 20µg Gé	3G	0,02mg	gestodène 0,075mg		
EFEZIAL 30µg Gé	3G	0,03mg	gestodène 0,075mg		
EFFIPREV	3G	0,035mg	norgestimate 0,250mg		
FELIXITA 75µg/20µg Gé	3G	0,02mg	gestodène 0,075mg		
FELIXITA 75µg/30µg Gé	3G	0,03mg	gestodène 0,075mg		
GESTODENE ETHI ARROW 75/20 Gé	3G	0,02mg	gestodène 0,075mg		
GESTODENE ETHI ARROW 75/30 Gé	3G	0,03mg	gestodène 0,075mg		
GESTODENE ETHI BIOGARAN 75/20 Gé	3G	0,02mg	gestodène 0,075mg		
GESTODENE ETHI BIOGARAN 75/30 Gé	3G	0,03mg	gestodène 0,075mg		
GESTODENE ETHI EG 75/20 Gé	3G	0,02mg	gestodène 0,075mg		
GESTODENE ETHI EG 75/30 Gé	3G	0,03mg	gestodène 0,075mg		
GESTODENE ETHI RANBAXY 75/20 Gé	3G	0,02mg	gestodène 0,075mg		
GESTODENE ETHI RANBAXY 75/30 Gé	3G	0,03mg	gestodène 0,075mg		
GESTODENE ETHI RATIOPHARM 75/20 Gé	3G	0,02mg	gestodène 0,075mg		
GESTODENE ETHI RATIOPHARM 75/30 Gé	3G	0,03mg	gestodène 0,075mg		
GESTODENE ETHI SANDOZ 75/20 Gé	3G	0,02mg	gestodène 0,075mg		
GESTODENE ETHI SANDOZ 75/30 Gé	3G	0,03mg	gestodène 0,075mg		
GESTODENE ETHI TEVA 75/20	3G	0,02mg	gestodène 0,075mg		

Nom de spécialité	Type de pilule	Dosage éthinylestradiol	Progestatif	Remb	Remarque
GESTODENE ETHI TEVA 75/30	3G	0,03mg	gestodène 0,075mg		
GESTODENE ETHI WINTHROP 75/20	3G	0,02mg	gestodène 0,075mg		
GESTODENE ETHI WINTHROP 75/30	3G	0,03mg	gestodène 0,075mg		
GESTODENE ETHI ZYDUS 75/20 Gé	3G	0,02mg	gestodène 0,075mg		
GESTODENE ETHI ZYDUS 75/30 Gé	3G	0,03mg	gestodène 0,075mg		
HARMONET	3G	0,02mg	gestodène 0,075mg		
JASMINE	pilule natriurétique	0,03mg	drospirénone 3mg		
JASMINELLE	pilule natriurétique	0,02mg	drospirénone 3mg		
JASMINELLECONTINU	pilule natriurétique	0,02mg	drospirénone 3mg		21cpr actifs + 7 cpr inactifs
LUDEAL Gé	2G	0,03mg	lévonorgestrel 0,15mg	65%	
MELIANE	3G	0,02mg	gestodène 0,075mg		
MELODIA	3G	0,015mg	gestodène 0,06mg		24 cpr actifs + 4 inactifs
MERCILON	3G	0,02mg	désogestrel 0,15mg		
MINESSE	3G	0,015mg	gestodène 0,06mg		24 cpr actifs + 4 inactifs
MINIDRIL	2G	0,03mg	lévonorgestrel 0,15mg	65%	
MINIPHASE	1G biphasique	0,03mg/0,04mg	acétate de noréthistérone 1mg/2mg	65%	
MINULET	3G	0,03mg	gestodène 0,075mg		
MONEVA	3G	0,03mg	gestodène 0,075mg		
ORTHO NOVUM 1/35	1G	0,035mg	noréthistérone 1mg		
PERLEANE Gé	3G triphasique	0,03mg/0,04mg	gestodène 0,05mg/0,07mg/0,10mg		
PHAEVA	3G triphasique	0,03mg/0,04mg	gestodène 0,05mg/0,07mg/0,10mg		
STEDIRIL	2G	0,05mg	norgestrel 0,5mg	65%	
TRI MINULET	3G triphasique	0,03mg/0,04mg	gestodène 0,05mg/0,07mg/0,10mg		
TRIAFEMI	3G triphasique	0,035mg	norgestimate 0,180mg/0,215mg/0,250mg		contraceptif et antiacnéique
TRICILEST	3G triphasique	0,035mg	norgestimate 0,180mg/0,215mg/0,250mg		contraceptif et antiacnéique
TRIELLA	1G triphasique	0,035mg	noréthistérone 0,50mg/0,75mg/1,00mg	65%	
TRINORDIOL	2G triphasique	0,03mg/0,04mg	lévonorgestrel 0,050mg/0,125mg/0,075mg	65%	
VARNOLINE CONTINU	3G	0,03mg	desogestrel 0,15mg		21cpr actifs + 7 cpr inactifs
VARNOLINE	3G	0,03mg	desogestrel 0,15mg		
YAZ	pilule natriurétique	0,02mg	drospirénone 3mg		24 cpr actifs + 4 inactifs

Nom de spécialité	Type de pilule	Dosage éthinylestradiol	Progestatif	Remb	Remarque
DIANE 35	anti acnéique	0,035mg	acétate de cyprotérone 2mg		pas d'AMM contraception
EVEPAR Gé	anti acnéique	0,035mg	acétate de cyprotérone 2mg		pas d'AMM contraception
HOLGYEME Gé	anti acnéique	0,035mg	acétate de cyprotérone 2mg		pas d'AMM contraception
LUMALIA Gé	anti acnéique	0,035mg	acétate de cyprotérone 2mg		pas d'AMM contraception
MINERVA Gé	anti acnéique	0,035mg	acétate de cyprotérone 2mg		pas d'AMM contraception
CYPROTERONE/ETHI EG 2MG/0,035 Gé	anti acnéique	0,035mg	acétate de cyprotérone 2mg		pas d'AMM contraception
CYPROTERONE/ETHI RANBAXY2MG/0,035MG Gé	anti acnéique	0,035mg	acétate de cyprotérone 2mg		pas d'AMM contraception
CYPROTERONE/ETHI RATIOPHARM 2MG/0,035 Gé	anti acnéique	0,035mg	acétate de cyprotérone 2mg		pas d'AMM contraception
CYPROTERONE/ETHI SCHERING 2MG/0,035 Gé	anti acnéique	0,035mg	acétate de cyprotérone 2mg		pas d'AMM contraception
CYPROTERONE/ETHI SANDOZ 2MG/0,035 Gé	anti acnéique	0,035mg	acétate de cyprotérone 2mg		pas d'AMM contraception
CYPROTERONE/ETHI TEVA 2MG/0,035	anti acnéique	0,035mg	acétate de cyprotérone 2mg		pas d'AMM contraception
CYPROTERONE/ETHI WINTHROP 2MG/0,035	anti acnéique	0,035mg	acétate de cyprotérone 2mg		pas d'AMM contraception
CYPROTERONE/ETHI ZYDUS 2MG/0,035MG Gé	anti acnéique	0,035mg	acétate de cyprotérone 2mg		pas d'AMM contraception

Gé = Générique

G= génération

Annexe II Tableau récapitulatif des spécialités de patchs œstroprogestatifs

Nom de spécialité	Dosage éthinylestradiol	Progestatif	Remboursement	Remarque
EVRA	600µg	norelgestromine 6mg	non	

Annexe III Tableau récapitulatif des spécialités d'anneaux vaginaux œstroprogestatifs

Nom de spécialité	Dosage éthinylestradiol	Progestatif	Remboursement	Remarque
NUVARING	2,7mg	étonogestrel 11,7mg	non	

Annexe IV Tableau récapitulatif des spécialités de pilules microprogestatives

Nom de spécialité	Progestatif	Remboursement	Remarque
CERAZETTE	désogestrel 0,075mg		
MICROVAL	lévonorgestrel 0,03mg	65%	
MILLIGYNON	acétate de noréthistérone 0,6mg		

Annexe V Tableau récapitulatif des spécialités de pilules macroprogestatives

Nom de spécialité	Progestatif	Remboursement	Remarque
ORGAMETRIL	lynestrénol 5mg	65%	AMM
ANDROCUR	acétate de cyprotérone 50mg	0% si prescrit hors AMM	hors AMM
LUTERAN	acétate de chlormadinone 5mg	0% si prescrit hors AMM	hors AMM
LUTENYL	acétate de nomégestrol 5mg	0% si prescrit hors AMM	hors AMM
SURGESTONE	promégestone 0,5mg	0% si prescrit hors AMM	hors AMM

Annexe VI Tableau récapitulatif des spécialités de progestatifs injectables

Nom de spécialité	Progestatif	Remboursement	Remarque
DEPO-PROVERA	acétate de médroxyprogestérone 150mg	65%	

Annexe VII Tableau récapitulatif des implants progestatifs

Nom de spécialité	Progestatif	Remboursement	Remarque
IMPLANON	étonogestrel 68mg	65%	

Annexe VIII Tableau récapitulatif des dispositifs intra-utérins délivrant progestatif

Nom de spécialité	Progestatif	Remboursement	Remarque
MIRENA	lévonorgestrel 52mg	65%	

Annexe IX Tableau récapitulatif des dispositifs intra-utérins

Nom de spécialité	Forme	Hauteur	Surface de cuivre	Durée	Remboursement
GynElle 375	parapluie en polyéthylène	35 mm	375 mm ²	5 ans	65%
Multiload Cu 375	parapluie en polyéthylène	30 ou 35mm	375 mm ²	5 ans	65%
Mona Lisa Cu 375	parapluie en polyéthylène	30 ou 35mm	375 mm ²	5 ans	65%
Mona Lisa CuT 380A QL	T en polyéthylène	34 mm	380 mm ²	10ans	65%
Mona lisa NT Cu 380	T en polyéthylène	32 mm	380 mm ²	5 ans	65%
NT380	T en polyéthylène avec noyau d'argent	28 ou 32 mm	380 mm ²	5 ans	65%
UT 380	T en polyéthylène	28 ou 36 ou 35 mm	380 mm ²	5 ans	65%
TT 380	T en polyéthylène	34 mm	380 mm ²	10ans	65%

Annexe X Tableau récapitulatif des spécialités spermicides

Nom de spécialité	Principe actif	Remboursement
ALPAGELLE 0,9% CREME VAGINAL UNIDOSE	chlorure de miristalkonium 0,9/100g	non
ALPAGELLE 0,9% CREME VAGINALE 80G	chlorure de miristalkonium 0,9/100g	non
PHARMATEX 1,2% CREME VAGINALE AVEC APPL	chlorure de benzlakonium 0,864 g	non
PHARMATEX 1,2% CREME VAGINALE SS APPL	chlorure de benzlakonium 0,864 g	non
PHARMATEX 18,9MG CAPSULE VAGINALE	chlorure de benzlakonium 18,9 mg	non
PHARMATEX 18,9MG MINI OVULE	chlorure de benzlakonium 18,9mg	non
PHARMATEX 18,9MG OVULE	chlorure de benzlakonium 18,9mg	non
PHARMATEX 54MG CREME VAGINALE UNIDOSE	chlorure de benzlakonium 54mg	non
PHARMATEX TAMPON VAGINAL	chlorure de benzlakonium 60mg	non

Annexe XI Tableau récapitulatif des diaphragmes

Nom de spécialité	Caractéristiques	Remboursement	Remarque
BIVEA MILEX	silicone, différentes tailles	65%	non procurable chez grossiste
BIVEA ORTHO	latex, différentes tailles	65%	non procurable chez grossiste

Annexe XII Tableau récapitulatif des capes cervicales

Nom de spécialité	Caractéristiques	Remboursement	Remarque
FEMCAP	silicone	non	non procurable chez grossiste
PRENTIF	latex, différentes tailles	non	non procurable chez grossiste

Annexe XIII Tableau récapitulatif des préservatifs féminins

Nom de spécialité	Caractéristiques	Remboursement	Remarque
FEMIDOM	polyuréthane, taille unique	non	

Annexe XIV Tableau récapitulatif des spécialités de pilules du lendemain

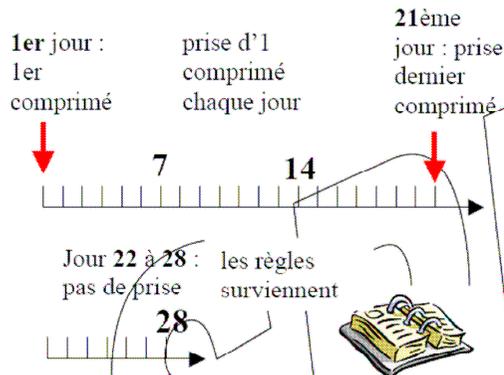
Nom de spécialité	Progestatif	Remboursement	Remarque
NORLEVO	lévonorgestrel 1,5mg	65%	
Lévonorgestrel BIOGARAN	lévonorgestrel 1,5mg	65%	

Annexe XV Fiche de bon usage la pilule

Comment commencer la plaquette ?

☐☐☐ **C'est la première fois** : 1^{er} comprimé : 1^{er} jour des règles.
Puis 1 comprimé par jour, toujours à la même heure.

*votre plaquette contient **21 comprimés** (pilule **œstroprogestative**)



Le 29^{ème} jour, même si les règles ne sont pas terminées : entamer une nouvelle plaquette. Le **jour** de la semaine où l'on entame une **nouvelle plaquette** est toujours le même.

*votre plaquette contient **28 comprimés** prendre tous les comprimés à la suite en enchaînant les plaquettes.
(pilule **œstroprogestative** et pilule **microprogestative**)

☐☐☐ **J'avais une autre contraception** : demander conseil à son pharmacien ou à son médecin pour débiter la plaquette.

Que faire en cas d'oubli ?

Pilules **œstroprogestatives** et **Cérazette®** = délai maximal d'oubli de **12 heures**
Pilules **microprogestatives** sauf Cérazette = délai maximal d'oubli de **3 heures**

Si l'oubli est inférieur au délai

-Prendre immédiatement le comprimé oublié et continuer la prise des autres comprimés à l'heure habituelle. **Pas de risque.**

Si l'oubli est supérieur au délai

-Prendre immédiatement le comprimé oublié, continuer la plaquette à l'heure habituelle de prise et utiliser un moyen de contraception complémentaire type barrière (préservatif) pendant **7 jours.**

De plus, pour les pilules œstroprogestatives, si le comprimé est oublié entre J15 et J21 :

☐☐☐ -Plaquette de **21 comprimés**, si cette période de 7 jours va au delà de la fin de la plaquette **ne pas faire de pause**, enchaîner avec la plaquette suivante.

☐☐☐ -Plaquette de **28 comprimés**, si cette période de 7 jours va au delà des comprimés actifs de la plaquette, **jeter les comprimés inactifs** (autre couleur) et enchaîner avec la plaquette suivante.

Effets indésirables : saignements peu abondants (spottings) durant la prise de cette nouvelle plaquette.

Faire un **test de grossesse** à la fin de cette plaquette si les règles ne surviennent pas ou au moindre doute.

Attention si un ou des **rapports** non protégés par une autre méthode ont eu lieu dans les **5 jours précédant** l'oubli ou si **plusieurs comprimés** ont été oubliés dans la même plaquette, il faut avoir recours à une **méthode de rattrapage** :

- pilule du lendemain délai de 72h après rapport.
- stérilet au cuivre délai de 5 jours après rapport.

Si prise de pilule du lendemain, continuer sa prise de plaquette de pilules pour ne pas risquer d'autres erreurs.

Remarque : valable aussi pour l'oubli du 1^{er} comprimé d'une plaquette.

Diarrhées ou vomissements 4 heures après la prise :

Reprendre un autre comprimé et appliquer la conduite à tenir en cas d'oubli en fonction du délai. (celui-ci peut être pris dans sa plaquette de secours)

En cas d'épisodes de diarrhées ou vomissements pendant plusieurs jours (gastroentérites) : Utiliser une méthode contraceptive complémentaire jusqu'à la plaquette suivante.

Interactions médicamenteuses :

Toujours **signaler** au médecin ou au pharmacien la prise de pilule.

Risque de diminuer l'efficacité de la pilule avec autres médicaments ou phytothérapie (millepertuis).

Importance du suivi médical :

Prise de sang pour vérifier le cholestérol, la glycémie, prise de tension, examen gynécologique, frottis vaginaux réguliers. Vos facteurs de risque peuvent évoluer, l'examen clinique peut révéler qu'il faut arrêter / changer de moyen de contraception.

En cas de problème, contacter votre médecin ou demander conseil à votre pharmacien.

Décalage horaire :

Si possible garder un intervalle de 24h entre la dernière prise en France et la prise suivante dans le pays (garder une montre réglée sur l'heure française). Si cet horaire est trop contraignant, on peut décaler la prise. Voyage vers l'est : décalage ne pose pas de problème. Retour ou voyage vers l'ouest : ne pas dépasser 36 heures entre les deux prises pour une pilule œstroprogestative ou Cerazette®, 27 heures pour les autres pilules microprogestatives.

Les astuces



- Associer la prise à un acte quotidien (exemple brossage des dents) ou bien mettre une alarme sur son portable.
- Avoir une **plaquette de dépannage** dans son sac à main en cas de déplacements.
- Avec la prise de la première plaquette certains **effets indésirables** tels que nausées, tension mammaire, vertiges, saignements entre les règles peuvent apparaître. Normalement ces effets ne sont que transitoires, s'ils ne passent pas au bout de 2 à 3 cycles, il faut contacter son médecin.

La pilule ne protège pas des Infections Sexuellement Transmissibles, il faut utiliser le **PRESERVATIF**.

Connaître mon type de pilule :

→ **pilule œstroprogestative** = deux molécules actives : l'éthinylestradiol et un progestatif. 21 ou 28 comprimés par plaquette.

ou
→ **pilule microprogestative** = une seule molécule progestative. 28 comprimés par plaquette.

Contraception



la pilule

Pour en savoir plus
<http://www.choisirsacontraception.fr>

Annexe XVI Fiche de bon usage des méthodes locales

Le préservatif masculin

Différents types

- avec ou sans réservoir,
- lubrifié ou non,
- différentes épaisseurs,
- différentes tailles
- différents coloris, parfums,
- hypoallergénique,
- en polyuréthane pour les allergies vraies au latex
- norme qualité NF EN ISO 4074



Mode d'emploi :

Le préservatif doit être déroulé sur le pénis en érection avant tout contact avec le partenaire. Le réservoir doit être pincé entre deux doigts pour chasser l'air tandis que le préservatif est déroulé dans le bon sens (partie à dérouler vers l'extérieur) jusqu'à la base du pénis. Au moment du retrait, après éjaculation mais avant la fin de l'érection, il faut maintenir en place la base du préservatif. Il est ensuite retiré et jeté dans une poubelle.

Interférences :

Ne pas utiliser de lubrifiant gras (vaseline, huiles minérales) cela abîmerait le préservatif ; les gels hydrosolubles ou spermicides peuvent être utilisés. Certains médicaments appliqués sur le pénis ou dans le vagin peuvent compromettre l'efficacité du préservatif.

Diaphragme ou cape cervicale

Dôme en silicone ou en latex placé au fond du vagin, un spermicide doit être systématiquement utilisé et réappliqué avant chaque rapport. Nécessité de voir un médecin pour la prise de mesures.

Attention

- Vérifier la **date de péremption** et l'intégrité de l'emballage.
- Ne pas le stocker trop longtemps dans un portefeuille ou une poche.
- Ne pas ouvrir l'emballage avec des ciseaux, faire attention aux ongles et aux bagues.
- Ne jamais utiliser plusieurs préservatifs l'un sur l'autre, ni simultanément avec un préservatif féminin, les frottements risqueraient de l'endommager.
- S'entraîner une fois avant la première utilisation.
- **Un préservatif pour chaque rapport**

Conduite à tenir en cas de rupture ou de glissement d'un préservatif :

Si c'est le moyen de contraception, il faut avoir recours à une **contraception de rattrapage**.

La **pilule du lendemain** prise au plus tôt après le rapport à risque, maximum de **72h**, en effet l'efficacité diminue avec le temps. Elle est disponible sans ordonnance dans les pharmacies, gratuite pour les mineures, remboursable sur prescription. Le dimanche il faut penser à chercher la pharmacie de garde. Il est possible d'aller dans un centre de planification familiale ou de la demander à une infirmière dans un établissement scolaire du second degré.

Dans un délai maximal de 5 jours, il est parfois possible de se faire poser un stérilet, il faut prendre contact avec un médecin.

Dans tous les cas il faut penser aux **risques de transmission d'infections IST** notamment le VIH : contacter rapidement un centre de dépistage gratuit et anonyme ou les urgences d'un hôpital.

IST= Infection Sexuellement Transmissible

Le préservatif féminin

C'est une gaine en **polyuréthane** qui peut être placée jusqu'à 8 heures à l'avance dans le vagin. Il n'existe qu'un **seul modèle**. Disponible en pharmacie, centres de planification ou centres de dépistage anonymes et gratuits.

Attention

- Un préservatif pour chaque rapport.
- Ne pas associer avec un préservatif masculin.
- Tout type de lubrifiant peut être utilisé.

Mode d'emploi :

L'anneau intérieur (le plus petit) permet l'introduction dans le vagin, il peut être pressé entre deux doigts. Il doit être placé en fond du vagin. L'anneau extérieur reste en dehors du vagin et recouvre les lèvres, il coulisse pour pouvoir refermer le préservatif avant de le retirer.



La conduite à tenir en cas de problème avec le préservatif est la même que pour le préservatif masculin

Les spermicides

→ crèmes, ovules, capsules, tampons
Ces spermicides doivent toujours être **appliqués avant chaque rapport**.
Ce n'est pas une méthode très efficace lorsqu'elle est utilisée seule. Elle peut être utilisée avec les autres méthodes locales.

Les ovules

- délai d'action : 10 à 15 minutes
- efficace 4 heures

La crème

- efficace immédiatement
- pendant 10 heures

Les capsules vaginales

- agissent au bout de 10 minutes
- restent efficaces pendant 3 heures

Le tampon

- efficace immédiatement
- pendant 24h sans changer à chaque rapport
- doit être gardé au moins deux heures après le dernier rapport, sans dépasser 24 heures

Attention

Ne pas utiliser

- en cas de vaginites
- pendant les traitements vaginaux
- un savon anionique pour une toilette intime dans les heures précédant et suivant l'utilisation

Le préservatif masculin

Le préservatif féminin

Contraception :
les méthodes locales

Les spermicides

Diaphragme ou cape cervicale

Pour en savoir plus
<http://www.choisirsacontraception.fr/>

thèse Anne Sibuet 2009

**Annexe XVII Fiche de bon usage des
dispositifs intra-utérins**

Qu'est ce qu'un stérilet ou dispositif intra-utérin ?

Comme son nom ne l'indique pas, il ne rend pas stérile.

Petit dispositif d'une trentaine de millimètres, introduit dans l'utérus pour assurer une contraception

Action par différents mécanismes.

Classé dans la catégorie des moyens de contraception très efficaces.

Mode d'emploi

La grande boîte délivrée en pharmacie contient le petit dispositif ainsi que le matériel nécessaire au médecin.

Insertion par un gynécologue pendant les règles, non douloureux si on reste décontractée.

Rendez-vous de contrôle un mois après.

Appeler médecin si fortes douleurs.

Efficace 5 ou 10 ans selon le modèle.

Les différents types

-au cuivre



-au lévonorgestrel un progestatif



Remarque

Il n'est pas nécessaire d'avoir eu des enfants pour pouvoir se faire poser un dispositif intra-utérin.

Mais il ne faut pas avoir, ni être susceptible de contracter une **IST** sinon → forts risques d'infections pelviennes

Aucun médicament (même les anti-inflammatoires) ne réduit l'efficacité du DIU.

Attention

Vérifier la présence des fils de retrait

Si les menstruations deviennent très importantes, appeler le médecin

Si fortes douleurs dans le bas ventre, appeler le médecin

Il faut une **protection associée** contre les IST sinon risque d'infections important.

IST=Infection Sexuellement Transmissible

<http://www.italiq-expos.com/blog-shopping/2008/04/10/105-preservatifs-pharmacie>

<http://www.menopausematters.co.uk/contrad.php>

Conduite à tenir en cas d'expulsion

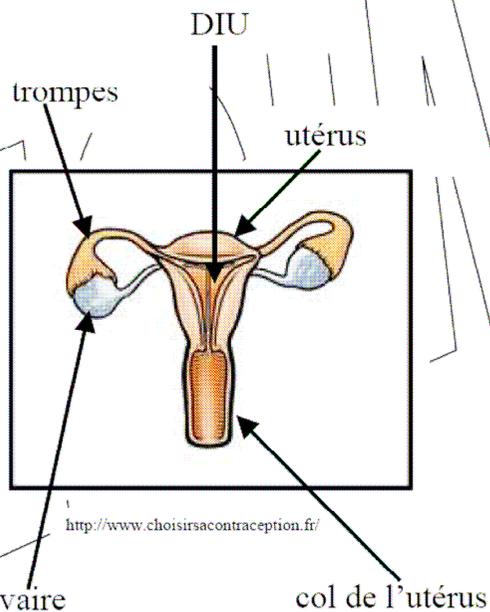
Prendre contact avec son médecin,

Si un ou des **rapports** non protégés par une autre méthode ont eu lieu dans les **5 jours précédant** l'oubli il faut avoir recours à une **méthode de rattrapage** :

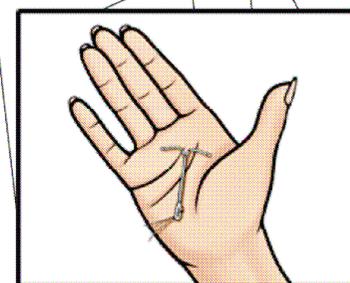
- pilule du lendemain délai de 72h après rapport.
- stérilet au cuivre délai de 5 jours après rapport.

Dans l'attente d'une nouvelle contraception fiable, utiliser une autre méthode comme les préservatifs.

Schéma d'un dispositif intra-utérin en place dans l'utérus



Contraception par stérilet



Pour en savoir plus
<http://www.choisirsacontraception.fr/>

**Annexe XVIII Fiche de bon usage du patch
et de l'anneau**

Le patch

☐☐☐ **C'est la première fois** : premier patch, le premier jour des règles

semaine 1 premier patch collé 7 jours
semaine 2 deuxième patch pour 7 jours
semaine 3 troisième patch pour 7 jours
semaine 4 pas de patch pendant 7 jours puis nouveau cycle :

semaine 1 premier patch pour 7 jours

...

Jour de la semaine de changement du patch toujours identique

☐☐☐ **J'avais une autre contraception** : demander conseil à son pharmacien ou à son médecin

Où le coller ??

- une peau saine.
- sans boutons,
- sans poils.
- sans cosmétique.



fesses, abdomen, haut du thorax mais pas les seins, la face externe du bras.

Appuyer fermement pendant dix secondes
Alternier d'une semaine sur l'autre les sites d'application.

Vérifier que le patch ne s'est pas décollé

Attention

Mon patch s'est décollé depuis moins de 3 heures :

- le recoller s'il colle encore
- s'il ne colle plus remettre un nouveau patch mais garder le même jour de changement que d'habitude pour le patch, même si celui-ci reste moins d'une semaine.

Ma peau est irritée :

- recoller le patch à un autre endroit
- s'il ne colle plus en mettre un nouveau

La prise de certains **médicaments** ou **plantes** peut diminuer l'efficacité du patch.

J'ai oublié de changer de patch :

- délai de maximum 48h
- cela fait moins de 48h : coller un nouveau patch mais garder le même jour de changement que d'habitude pour le patch, même si celui-ci reste moins d'une semaine.
- cela fait plus de 48h : coller un nouveau patch, il y a un risque d'échec, voir la conduite à tenir en cas d'oubli.

rmq un retard dans le patch de la semaine 1 est équivalent à un retard de changement de patch

Que faire en cas d'oubli ?

Retard de changement patch >48h ou décollement >24h

Retard >1 semaine sans anneau, expulsion >3 heures, anneau gardé >4 semaines

Mettre un nouveau patch ou un nouvel anneau immédiatement et utiliser un moyen de contraception complémentaire (préservatif) pendant 7 jours.

Pour le patch, si le problème survient pendant la 3^{ème} semaine du cycle enchaîner directement un nouveau patch sans faire de pause.

Faire un **test de grossesse** à la fin du cycle suivant ou si l'oubli est constaté avec beaucoup de retard.

Attention si un ou des **rapports** non protégés par une autre méthode ont eu lieu dans les **5 jours précédents**, il faut avoir recours à une **méthode de rattrapage** :

-pilule du lendemain délai de 72h après rapport.

-stérilet au cuivre délai de 5 jours après rapport

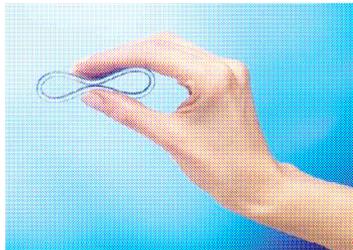
Si prise de pilule du lendemain, continuer schéma patch ou anneau pour ne pas risquer d'autres erreurs.

L'anneau

C'est la première fois
insertion par soi-même au fond du vagin
le 1^{er} jour des règles

L'anneau reste en place pendant **21 jours**
Puis **7 jours** sans anneau
Réinsertion d'un nouvel anneau pour 3
semaines

J'avais une autre contraception :
demander conseil à son pharmacien ou à son
médecin



Comment insérer correctement
l'anneau ?

Dans la notice se trouve des schémas très
explicites.
Il faut trouver une position confortable pour
l'insérer.
Une fois l'anneau pincé, il est facile de le
pousser jusqu'au fond du vagin
L'anneau sera efficace quelle que soit sa
position dans le vagin.

Conseils

-si expulsion ou retrait pendant un rapport
pas de risque pour un maximum de 3 heures.
-le rincer à l'eau froide ou tiède et le mettre
en place
-les tampons peuvent être utilisés en même
temps

Attention

-la prise de certains médicaments ou plantes
peut diminuer l'efficacité de l'anneau
-vérifier date de péremption avant insertion :
de plus il doit être inséré dans les 4 mois qui
suivent la délivrance de la pharmacie
-J'ai oublié de changer d'anneau
→ délai maximum d'une semaine
*cela fait moins d'une semaine : insérer un
nouvel anneau
*cela fait plus d'une semaine : insérer un
nouvel anneau, il y a un risque d'échec, voir
la conduite à tenir en cas d'oubli

photos :
http://www.uptodate.com/patients/content/images/endo_pix/NuvaRing_hand_squeezing.jpg
<http://students.sfu.ca/health/images/evra%20patch.jpg>

Des alternatives à la pilule

Des hormones par
voie cutanée ou
vaginale : Le patch et
l'anneau

Une prise hebdomadaire ou
mensuelle

Pour en savoir plus
<http://www.choisirsacontraception.fr/>

janvier 2009 thèse Anne Sibuet

Annexe XIX Fiche comment éviter un échec de contraception

Halte aux idées reçues, ce qu'il faut savoir :

- ✘ La date de l'ovulation n'est pas prévisible même si elle survient environ vers le 14ème jour avant les règles suivantes.
- ✘ Une simple goutte de sperme peut suffire à la fécondation.
- ✘ Le liquide séminal qui apparaît avant l'éjaculation peut contenir des spermatozoïdes.
- ✘ Les premiers rapports peuvent être féconds ; à l'adolescence la fertilité est très élevée.

Préservatifs :

Ils sont faciles à utiliser.
Ils n'empêchent pas le plaisir.
Seul le préservatif protège efficacement des IST dont le VIH.

IST = Infection Sexuellement Transmissible

Pilule :

La protection est assurée même pendant les 7 jours d'arrêt.
La nouvelle plaquette doit être commencée même si les règles ne sont pas finies.
Une nouvelle plaquette est toujours commencée le même jour de la semaine.
La pilule ne fait pas grossir.

Patch :

La protection est assurée même s'il se décolle (maximum 24h).

Anneau :

Très facile à mettre en place.
On peut le retirer pendant 3 heures l'efficacité est préservée.

DIU ou stérilet :

Ne rend pas stérile.
Pas besoin d'avoir déjà eu des enfants.
Aucun médicament ne diminue leur efficacité.

Savoir reconnaître un risque d'échec

- ◆ Vomissements ou forte diarrhée dans les 4 heures après la prise de la pilule.
- ◆ Oubli de pilule supérieur au délai autorisé (3 ou 12h), changement de patch avec plus de 48h de retard, changement d'anneau avec plus d'une semaine de retard : voir conduite à tenir en cas d'oubli.
- ◆ Prise de la première pilule d'une nouvelle plaquette avec retard : voir conduite à tenir en cas d'oubli.
- ◆ Prise de millepertuis simultanément à une contraception hormonale.
- ◆ Prise de rifampicine simultanément à une pilule, un patch, un anneau.
- ◆ Rupture ou glissement de préservatif.
- ◆ Expulsion de DIU.

Eviter les échecs

- ▶ Prise de pilule à une heure qui vous est adaptée.
- ▶ Certains médicaments ou plantes (millepertuis) diminuent l'efficacité des pilules, patches, anneaux.
- ▶ Ne pas utiliser de lubrifiant gras avec les préservatifs en latex.
- ▶ Ne pas utiliser 2 préservatifs à la fois.
- ▶ Préservatif non efficace avec traitements vaginaux.
- ▶ Spermicide non efficace en présence de savon.
- ▶ Spermicides suivant leur forme ont des durées d'efficacité différentes.
- ▶ Connaître la conduite à tenir en cas d'échec ou demander conseil à un professionnel de santé.

Conduite à tenir en cas d'échec

Conduite à tenir en cas d'oubli :

Reprendre pilule, remettre un nouveau patch, un nouvel anneau tout de suite et une contraception pendant 7 jours type préservatif.

Si c'est la 3^{ème} semaine du cycle, enchaîner plaquette ou patch.

Si rapport dans les 5 dernier jours, il faut une méthode de rattrapage :

-pilule du lendemain dans les 12h et maximum dans les 72h.

-stérilet dans les 5 jours dans certains cas.

Si retard de règles ou doute → test de grossesse.

En cas de problème de préservatif : penser en plus aux risques d'IST → contacter médecin

Comment éviter les échecs de contraception



Pour en savoir plus
<http://www.choisirsacontraception.fr>

janvier 2009 thèse Anne Sibuet

**Annexe XX Fiche de bon usage de la pilule
du lendemain du CESPARM**

Des réponses à vos questions
Des réponses à vos questions
Des réponses à vos questions
Des réponses à vos questions

À quel moment du cycle peut-on utiliser la contraception d'urgence ?

- La contraception d'urgence peut se prendre à tout moment du cycle. Il existe toujours un risque de grossesse après un rapport non protégé, quelle que soit la période du cycle où a eu lieu ce rapport (même pendant les règles).

Des réponses à vos questions
Des réponses à vos questions

Est-il normal d'avoir de petits saignements après la prise de la contraception d'urgence ?

- Oui, cela est fréquent. Ils sont en général peu abondants et ne durent que quelques jours. Ils ne doivent pas être confondus avec les règles (attendre la date prévue). S'ils persistent, consultez un médecin.

Des réponses à vos questions
Des réponses à vos questions

En cas d'oubli de pilule, pourquoi continuer à la prendre si elle n'est plus efficace ?

- Pour conserver le repère de la date des règles :
 - si elles arrivent normalement, vous saurez quand reprendre la plaquette suivante et ainsi retrouver l'efficacité de votre contraception régulière ;
 - si elles n'arrivent pas à la date prévue, il faudra faire un test de grossesse.

Des réponses à vos questions
Des réponses à vos questions

Est-il possible de prendre une contraception régulière comme la pilule de façon gratuite et confidentielle ?

- Oui, dans les centres de planification et d'éducation familiale (il en existe dans tous les départements). Demandez conseil à votre pharmacien.



La pilule du lendemain



une contraception d'urgence

Votre pharmacien vous informe et vous conseille anonymement

Contacts utiles

Fil Santé Jeunes : 0 800 235 236
(tous les jours, de 8h à 24h, anonyme et gratuit)

Sida Info Service : 0 800 840 800
(tous les jours, 24h/24, anonyme et gratuit)

Mouvement Français pour le Planning Familial
01 48 07 29 10

Pour en savoir plus, sur le Net
Association Française pour la Contraception :
contraceptions.org

Fil Santé Jeunes : filsantejeunes.com
Mouvement Français pour le Planning Familial :
planning-familial.org

Ont participé à l'élaboration de cette brochure :
l'Association Française pour la Contraception,
Fil Santé Jeunes, le Mouvement Français
pour le Planning Familial, la Médecine de l'Adolescent (Bébé) et l'Ordre National des Pharmaciens.

Votre pharmacien vous conseille

Votre pharmacien vient de vous délivrer un contraceptif d'urgence ou pilule du lendemain. C'est un médicament qui permet de diminuer fortement (mais non totalement) le risque de grossesse après un rapport non ou mal protégé. Il est d'autant plus efficace qu'il est pris rapidement après le rapport non protégé.

Actuellement, pour la contraception d'urgence, un seul médicament peut être obtenu en pharmacie sans ordonnance. Pour les mineures, il est gratuit et délivré de façon anonyme. Comme pour tout médicament, il est recommandé de lire la notice contenue dans la boîte.

N'hésitez pas à questionner votre pharmacien. Il est là pour vous informer et vous conseiller en toute confidentialité.

Attention

L'utilisation de la contraception d'urgence doit rester exceptionnelle. Elle ne permet pas d'éviter une grossesse dans tous les cas et ne peut remplacer la prise d'une contraception régulière associée à un suivi médical.

Attention

La contraception d'urgence ne protège pas contre le risque de transmission des IST (Infections sexuellement transmissibles) notamment le SIDA et l'hépatite B. Seule l'utilisation du préservatif vous apporte une protection contre les IST.

Un test de dépistage (SIDA) peut être effectué gratuitement dans les centres de dépistage anonyme et gratuit et dans certains centres de planification et d'éducation familiale. Ce test peut être également réalisé dans les laboratoires d'analyses médicales (test remboursé à 100% sur prescription médicale).

Comment prendre le contraceptif d'urgence ?

Le traitement nécessite la prise d'un comprimé.

- ➔ Prenez le comprimé le plus tôt possible après le rapport sexuel non protégé :
 - de préférence dans les 12 heures suivant le rapport ;
 - et au plus tard, dans les 3 jours après le rapport.

Au-delà de 3 jours après le rapport, l'efficacité de la contraception d'urgence chute fortement.

- ➔ En cas de vomissements survenant dans les 3 heures suivant la prise du comprimé, il est nécessaire de prendre un comprimé de remplacement (retournez voir votre pharmacien).

Quelques effets indésirables peuvent survenir après la prise (nausées, maux de tête ou de ventre, petits saignements...). Ils sont rares et disparaissent en général rapidement. En cas de doute, parlez-en à votre pharmacien ou à votre médecin.

Après la prise : que faire ?

- ➔ Si vous pensez avoir pris, en plus du risque de grossesse, un risque de contamination par le virus du SIDA, contactez immédiatement : SIDA INFO SERVICE (Tél. : 0 800 840 800), ou les urgences d'un hôpital. En effet, dans les 48 h suivant le rapport, un traitement préventif peut, dans certains cas, vous être proposé.

- ➔ Jusqu'au retour des règles, utilisez à chaque rapport une contraception locale (préservatifs...) car la contraception d'urgence n'agit que pour les rapports qui ont eu lieu AVANT la prise du comprimé.

- ➔ Si vous avez pris la contraception d'urgence suite à un oubli de pilule, prenez le dernier comprimé oublié dès constatation de cet oubli et continuez la prise régulière de votre pilule à l'heure habituelle. Celle-ci ne redeviendra efficace qu'à partir du 1^{er} comprimé de la plaquette suivante. En attendant, utilisez à chaque rapport un préservatif.

- ➔ Prenez rendez-vous auprès d'un médecin ou dans un centre de planification et d'éducation familiale pour une consultation qui vous permettra :

- ➔ de vérifier que vous n'avez pas été contaminée par une IST (SIDA, hépatite B, chlamydiae, herpès génital...);
- ➔ de choisir une contraception régulière plus efficace (comme la pilule) qui sera associée aux préservatifs indispensables pour prévenir les IST.

Comment savoir si la contraception d'urgence a été efficace ?

En surveillant l'apparition des prochaines règles.

- ➔ Leur date peut être légèrement modifiée (de quelques jours) par la prise du contraceptif d'urgence. Mais en cas de retard supérieur à 5 jours, il est nécessaire de faire un test de grossesse et de consulter un médecin.

Attention

- ➔ Si vous ne pouvez pas prévoir la date de vos règles parce qu'elles sont irrégulières, faites un test de grossesse 3 semaines après la date du dernier rapport non protégé.
- ➔ Si vos règles arrivent à la date prévue MAIS vous paraissent anormales (moins abondantes, de durée prolongée...) ou accompagnées de douleurs inhabituelles, consultez rapidement un médecin.



Serment des Apothécaires



Je jure, en présence des maîtres de la faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.