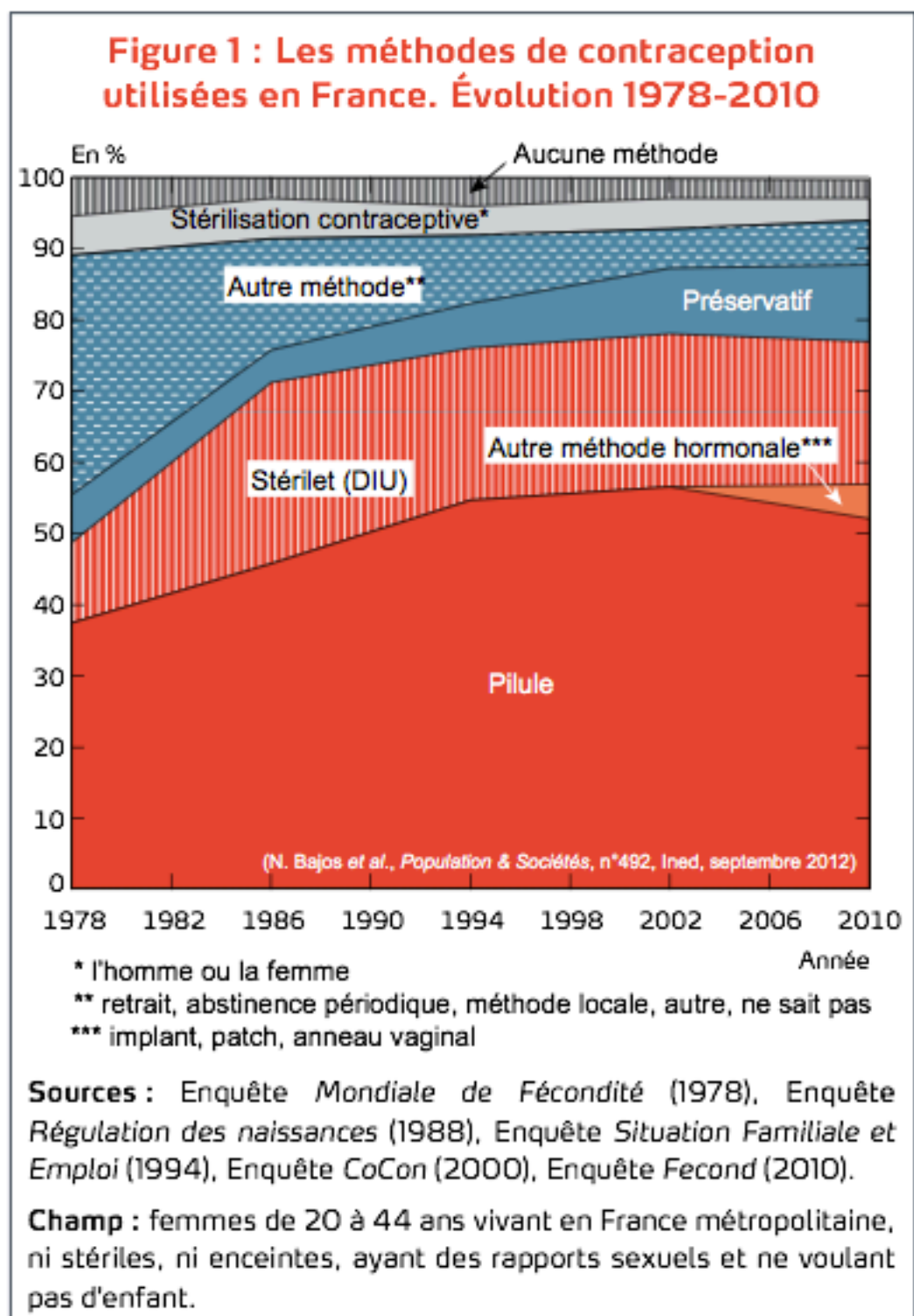


ANNEXES

Annexe I



ANNEXE II

Visuels des bannières



Fiche Mémo

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

Avril 2013

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

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

Particularités de la prescription et du conseil

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

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

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

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

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

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

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

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

→ La femme doit être informée sur :

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

Méthodes utilisables

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

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

- Les estroprogestatifs sont utilisables chez la femme ne présentant pas de contre-indications (principalement d'ordre thromboembolique veineux ou artériel¹, hépatique, carcinologique...) et en prenant en compte les facteurs de risque de thrombose (notamment antécédents personnels ou familiaux de thrombose veineuse ou artérielle, thrombophilie biologique connue, immobilisation prolongée, obésité, âge > 35 ans, HTA, diabète, dyslipidémie, tabagisme, migraine).
- Plusieurs voies d'administration sont disponibles (pilule, anneau, patch) ; il est recommandé de prescrire en 1^{re} intention une pilule combinée contenant de la norethistérone ou du lévonorgestrel contenant moins de 50 µg d'éthinylestradiol (pilules de 1^{re} ou 2^e génération)². Les autres estroprogestatifs (dont anneaux et patchs) ne devraient être réservés qu'aux cas d'intolérance aux pilules de 1^{re} ou 2^e génération et aux femmes pour lesquelles un autre type de contraception n'est pas possible.
- Les femmes doivent être informées sur :
 - les différentes modalités d'instauration et d'utilisation des estroprogestatifs selon leur voie d'administration : prise quotidienne, toujours au même moment de la journée pour la voie orale ;
 - la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule de plus de 12 h³ (ou de retard à la mise en place d'un patch ou d'un anneau, de décollement de patch ou de perte de l'anneau vaginal) et sur la contraception d'urgence ;
 - l'efficacité contraceptive de ces méthodes (voir fiche « Efficacité des méthodes contraceptives ») ;
 - leurs possibles inconvénients (mastodynies, troubles du cycle, etc.) ;
 - leurs risques, notamment le risque d'accidents thromboemboliques veineux⁴ ou artériels, surtout la première année après l'instauration de la méthode ou après une interruption et reprise de la méthode (informer sur les symptômes évoquant ces complications et qui doivent conduire à consulter)⁵ ;
 - la nécessité de signaler à tout médecin la prise d'une contraception hormonale en cas de traitement intercurrent, d'intervention chirurgicale, d'immobilisation prolongée et de trajets prolongés en position assise (avion, train, autocar, voiture...) ;
 - le risque de diminution d'efficacité en cas de diarrhée ou vomissements ou d'association à certains médicaments (dont millepertuis, certains anticonvulsifs, anti-protéases, rifampicine/rifabutine, bosentan, gisécofuvine, modafinil, orlistat)⁶ ;
 - la possibilité de faire renouveler une fois leur contraceptif oral pour une période supplémentaire de 6 mois par le pharmacien ou l'infirmière sur présentation d'une ordonnance datant de moins de 1 an.

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

3. Voir fiche de bon usage du médicament « Contraceptifs oraux estroprogestatifs : préférez les pilules de 1^{re} ou 2^e génération » (HAS, 2012).

4. Voir carte « Que faire en cas d'oubli de pilule ? », téléchargeable gratuitement sur le site de l'hopital : <http://www.hopital-sainte.fr/CIT/2013/ressources/catalogue/bc91388.pdf>

5. Le risque thromboembolique veineux est de 0,5 à 1/10 000 chez les femmes non utilisatrices de pilule, 2/10 000 chez les utilisatrices d'estroprogestatifs à base de lévonorgestrel, 3 à 4/10 000 chez les utilisatrices d'estroprogestatifs à base de désogestrel ou gestodène (2^e génération) ou à base de drospirénone, 6/10 000 chez les femmes au cours de la grossesse (ANSM, 2012).

6. Céphalée, douleur au niveau du mollet, dyspnée, douleur thoracique, hémoptysie, apparition ou aggravation de oedèmes, déformation de la bouche, hémiparésie, dysphagie, etc.

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

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

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

Méthodes hormonales – Progestatifs (suite)

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

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

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

- Les DIU peuvent être proposés aux femmes, quelle que soient la parité et la gestité (femmes multipares ou nullipares/nulligestes).
- Les DIU sont utilisables chez la femme ne présentant pas de contre-indications (en particulier malformations utérines, infections en cours ou saignements inexplicables), après avoir évalué et écarté un risque infectieux (rechercher une infection à *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae*⁹ avant la pose notamment en cas d'IST, infection génitale haute en cours ou récente, âge < 25 ans, partenaires multiples). Les contre-indications du DIU au LNG sont les mêmes que celles des progestatifs.
- Les femmes doivent être informées sur :
 - l'efficacité contraceptive de ces méthodes (voir fiche « Efficacité des méthodes contraceptives ») ;
 - leur longue durée d'action (4 à 10 ans pour le DIU au cuivre, 5 ans pour le DIU au LNG) ;
 - leurs risques potentiels (risque d'expulsion, risque de perforation et de migration le plus souvent lié à la pose [exceptionnel]) ;
 - l'impact du DIU sur les cycles (règles plus importantes avec le DIU au cuivre, spotting, oligoménorrhée ou aménorrhée avec le DIU au LNG) ;
 - la pose souvent plus douloureuse chez les nullipares.
- Le DIU au LNG est à privilégier en cas de ménorragies fonctionnelles ou de saignements abondants avec un DIU au cuivre, à condition que les femmes acceptent l'éventualité de ne plus avoir de règles.
- Conseiller aux femmes de consulter 1 à 3 mois après la pose puis annuellement ainsi qu'en cas de douleurs pelviennes, de fièvre et saignements inexplicables.

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

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

- Ces méthodes ont une efficacité contraceptive moindre que celle de la contraception hormonale ou du DIU. Elles nécessitent que les deux partenaires soient motivés, aient bien compris leur utilisation après un apprentissage spécifique ; elles doivent être utilisées lors de tous les rapports sexuels, quelle que soit la date du cycle.
- Compte tenu du taux élevé d'échec en utilisation courante, l'éventualité d'une grossesse non prévue doit être acceptable, sinon préférer une autre méthode.
- Préservatifs (masculins, féminins) :
 - seule méthode de contraception efficace contre les IST, y compris le sida ;
 - efficacité contraceptive (voir fiche « Efficacité des méthodes contraceptives ») ;
 - préservatifs en latex recommandés de préférence aux préservatifs en polyuréthane (risque de rupture ou de glissement) sauf si allergie au latex ; n'utiliser que des lubrifiants aqueux ;
 - informer sur le mode d'emploi des préservatifs (masculins, féminins)¹⁰ ;
 - informer sur la conduite à tenir en cas de rupture/glissement du préservatif et sur la contraception d'urgence.

¹⁰ Voir documents de l'Inpes :

- Mode d'emploi du préservatif féminin – <http://www.inpes.sante.fr/CEFS/ressources/catalogue/pdf/015.pdf>
- Mode d'emploi du préservatif masculin – <http://www.inpes.sante.fr/CEFS/ressources/catalogue/pdf/016.pdf>

Méthodes barrières (suite)



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

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



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

Méthodes de stérilisation (voir fiche stérilisation)



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



Ressources Internet

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

HAS

www.has-sante.fr

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

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

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

Particularités de la prescription et du conseil chez l'adolescente

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

- L'adolescente sera reçue de préférence sans ses parents. Si l'adolescente est accompagnée par ses parents, proposer un temps de la consultation uniquement avec elle.
- L'entretien est confidentiel, ce dont l'adolescente doit être informée.
- Une prise en charge gratuite et confidentielle est possible dans les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF). En dehors des CPEF, les pilules estroprogestatives ou progestatives, l'implant progestatif et le dispositif intra-utérin (DIU) sont délivrés gratuitement sur prescription pour les mineures de 15 à 18 ans en pharmacie.

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

- Engager le dialogue en évitant d'être intrusif, évoquer ses habitudes de vie, ses besoins, ses souhaits, rassurer l'adolescente quant aux inquiétudes qu'elle peut avoir concernant sa transformation physique, ses désirs, ses craintes...
- Évoquer avec l'adolescente, sans porter de jugement, ses connaissances sur la physiologie, les méthodes de contraception qu'elle connaît, la compréhension des risques de grossesse, son activité sexuelle, l'utilisation antérieure d'une méthode contraceptive, l'existence d'une grossesse antérieure et son évolution.
- Recueillir des informations sur les antécédents personnels ou familiaux en utilisant des termes compréhensibles.
- Expliquer que le risque de grossesse existe dès l'apparition des premières règles, même si elles sont irrégulières, et dès le premier rapport sexuel.
- Prendre en compte les comportements à risque (addictions tabac, alcool, drogues, dépression, mauvaise estime de soi, difficultés scolaires, manque de soutien familial, niveau d'éducation et de revenus) et évaluer la possibilité de contrainte ou violence dans les relations sexuelles.
- Réévaluer chaque année l'adéquation entre la situation personnelle de la jeune fille et son mode de contraception et lui rappeler les autres méthodes possibles dans sa situation.

L'examen gynécologique peut être différé

- L'examen clinique comprend : examen général, taille, indice de masse corporelle, tension artérielle, autres éléments comme importance et localisation de l'acné, pilosité.
- L'examen gynécologique n'est pas nécessaire lors de la 1^{re} consultation, sauf symptômes ou antécédents le justifiant. L'examen gynécologique peut être expliqué lors du 1^{er} entretien et programmé pour une consultation ultérieure.

L'information à délivrer

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



L'information à délivrer (suite)

- Rassurer sur les éventuelles craintes des adolescentes concernant :
 - la prise de poids : pas de preuve de prise de poids sous pilule estroprogestative, relation entre prise de poids et progestatifs seuls mal documentée ;
 - l'acné : effets variables selon la femme et le type de contraception hormonale ;
 - le retour de la fertilité : est en général immédiat **sauf après injection de progestatif** où il peut prendre jusqu'à 12 mois ;
 - l'impact sur les règles : amélioration possible des dysménorrhées sous pilule estroprogestative, risque de trouble des règles (aménorrhée, spotting) sous contraception hormonale.
- Informer sur les préservatifs, les IST y compris le sida : encourager l'utilisation des préservatifs et expliquer concrètement leur utilisation. Évaluer la capacité d'utilisation des préservatifs et la possibilité d'une réticence à leur utilisation.
- Contraception d'urgence : informer sur :
 - la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule (ou de retard à la mise en place d'un patch ou d'un anneau, de décolllement de patch ou de perte de l'anneau vaginal), de non-utilisation ou de rupture d'un préservatif et sur les méthodes de rattrapage possibles ;
 - la gratuité et l'anonymat en pharmacie, dans les infirmeries scolaires ou en centre de planification ou d'éducation familiale de la contraception d'urgence au lévonorgestrel.

Méthodes utilisables

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

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

- Les estroprogestatifs sont utilisables chez l'adolescente ne présentant pas de contre-indications (principalement d'ordre thromboembolique veineux ou artériel², hépatique, carcinologique...) et en prenant en compte les facteurs de risque de thrombose (notamment antécédents personnels ou familiaux de thrombose veineuse ou artérielle, thrombophilie biologique connue, immobilisation prolongée, obésité, HTA, diabète, dyslipidémie, tabagisme, migraine...).
- Plusieurs voies d'administration sont disponibles (pilule, anneau, patch) : il est recommandé de prescrire en 1^{re} intention une pilule combinée contenant de la norethistérone ou du lévonorgestrel contenant moins de 50 µg d'éthinylestradiol (pilules de 1^{re} ou 2^e génération³). Les autres estroprogestatifs (dont anneaux et patchs) ne devraient être réservés qu'aux cas d'intolérance aux pilules de 1^{re} ou 2^e génération et aux adolescentes pour lesquelles un autre type de contraception n'est pas possible.
- Le prescripteur doit fournir des informations aux adolescentes et s'assurer de leur bonne compréhension concernant :
 - les différentes modalités d'instauration et d'utilisation des estroprogestatifs selon leur voie d'administration : pour la voie orale, prise quotidienne, toujours au même moment de la journée. Trouver avec l'adolescente les moyens d'une bonne observance (sonnerie sur le téléphone portable, etc.) ;
 - la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule de plus de 12 h⁴ (ou de retard à la mise en place d'un patch ou d'un anneau, de décolllement de patch ou de perte de l'anneau vaginal) et sur la contraception d'urgence ;
 - l'efficacité contraceptive de ces méthodes (voir fiche « Efficacité des méthodes contraceptives ») ;
 - leurs possibles inconvénients (mastodynies, troubles du cycle, etc.) ;
 - leurs risques, notamment le risque d'accidents thromboemboliques veineux⁵ ou artériels, surtout la première année après l'instauration de la méthode ou après une interruption et reprise de la méthode (informer sur les symptômes évoquant ces complications et qui doivent conduire à consulter⁶) ;
 - la nécessité de signaler à tout médecin la prise d'une contraception hormonale en cas de traitement intercurrent, d'intervention chirurgicale, d'immobilisation prolongée et trajets prolongés en position assise (avion, train, autocar, voiture...) ;
 - le risque de diminution d'efficacité en cas de diarrhée ou vomissements ou d'association à certains médicaments (dont millepertuis, certains anticonvulsivants, antiprotéases, rifampicine/rifabutine, bosentan, griséofulvine, modafinil, orlistat) ;
 - la possibilité de faire renouveler une fois leur contraceptif oral pour une période supplémentaire de 6 mois par le pharmacien ou l'infirmière sur présentation d'une ordonnance datant de moins de 1 an.

2. Concernant le bilan biologique à réaliser lors de la prescription, se référer à la fiche mémo « Contraception : prescriptions et conseils aux femmes » (HAS, 2013).
3. Voir fiche de bon usage du médicament « Contraceptifs oraux estroprogestatifs : préférez les pilules de 1^{re} ou 2^e génération » (HAS, 2012).
4. Voir carte « Que faire en cas d'oubli de pilule ? », téléchargeable gratuitement sur le site de l'Inpes - <http://www.inpes.sante.fr/CFR/CE2/ressources/calendrier/oubli2012.pdf>.
5. Le risque thromboembolique veineux est de 0,5 à 1/10 000 chez les femmes non utilisatrices de pilule, 2/10 000 chez les utilisatrices d'estroprogestatifs à base de lévonorgestrel, 3 à 4/10 000 chez les utilisatrices d'estroprogestatifs à base de désogestrel ou gestodène (3^e génération) ou à base de drospirénone, 5/10 000 chez les femmes au cours de la grossesse (ANSM, 2012).
6. Céphalée, douleur au niveau du mollet, dyspnée, douleur thoracique, hémoptysie, appertion ou aggravation de alopécie, déformation de la bouche, hémiparésie, dysphagie, etc.
7. Pour les autres interactions médicamenteuses, se référer au résumé de caractéristiques du produit et au « Théaurus des interactions médicamenteuses » (disponible sur le site de l'ANSM - <http://www.ansm.fr>).

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

- Les progestatifs sont utilisables chez l'adolescente ne présentant pas de contre-indications (notamment accidents thromboemboliques veineux évolutifs, saignements génitaux inexplicables, pathologie hépatique sévère actuelle ou ancienne).
- Plusieurs voies d'administration sont disponibles :
 - pilule microprogestative : pilule au lévonorgestrel ou au désogestrel ;
 - implant à l'étonogestrel - méthode de longue durée d'action : est laissé en place et efficace pendant 3 ans (diminution possible de l'efficacité en cas de surpoids/d'obésité). Intéressant chez des adolescentes ayant des problèmes d'observance. Prendre en compte le risque de trouble menstruel (aménorrhée, spotting) pouvant être à l'origine d'un retrait prématuré du dispositif ;
 - les injections d'acétate de médroxyprogestérone (tous les 3 mois) : leur indication est limitée aux cas où il n'est pas possible d'utiliser d'autres méthodes contraceptives. Compte tenu des risques potentiels (notamment thrombose veineuse, diminution de la densité minérale osseuse, prise de poids), leur utilisation doit être limitée dans le temps.
- Les adolescentes doivent être informées sur :
 - les modalités d'instauration et d'utilisation des pilules microprogestatives (prise quotidienne, le retard de prise de la pilule ne doit pas dépasser 3 h pour le lévonorgestrel, 12 h pour le désogestrel), la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule et la contraception d'urgence ;
 - l'efficacité contraceptive de ces méthodes (voir fiche « Efficacité des méthodes contraceptives ») ;
 - les possibles troubles menstruels (métorragies, spotting ou aménorrhée) fréquents avec ce type de contraception mais qui ne doivent pas faire arrêter la contraception sans avis d'un professionnel ;
 - le risque de diminution d'efficacité en cas de diarrhée ou vomissements ou d'association à certains médicaments (dont milépertuis, certains anticonvulsivants, antiprotéases, rifampicine/rifabutine, bosentan, griséofulvine, modafinil, orlistat)⁸ ;
 - la possibilité de faire renouveler une fois leur contraceptif oral pour une période supplémentaire de 6 mois par le pharmacien ou l'infirmière sur présentation d'une ordonnance datant de moins de 1 an.
- Les macroprogestatifs per os ne disposent pas d'AMM dans l'indication contraception.

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

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

- Les DIU peuvent être proposés aux femmes, quelles que soient la parité et la gestité (femmes multipares ou nullipares/**nulligestes**).
- Les DIU sont utilisables chez l'adolescente ne présentant pas de contre-indications (en particulier malformations utérines, infections en cours ou saignements inexplicables), après avoir évalué et écarté un risque infectieux (rechercher une infection à *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae*⁹ avant la pose). Les contre-indications du DIU au LNG sont les mêmes que celles des progestatifs.
- Les adolescentes doivent être informées sur :
 - l'efficacité contraceptive de ces méthodes (voir fiche « Efficacité des méthodes contraceptives ») ;
 - leur longue durée d'action (4 à 10 ans pour le DIU au cuivre, 5 ans pour le DIU au LNG) ;
 - leurs risques potentiels (risque d'expulsion, risque de perforation et de migration le plus souvent lié à la pose [exceptionnel]) ;
 - l'impact du DIU sur les cycles (règles plus abondantes avec le DIU au cuivre, spotting, oligoménorrhée ou aménorrhée avec le DIU au LNG) ;
 - la pose souvent plus douloureuse chez les nullipares.
- Certains dispositifs de plus petite taille sont mieux adaptés aux adolescentes.
- Le DIU au LNG est à considérer avec précaution chez l'adolescente, notamment en raison des difficultés de la pose. Il est cependant possible de le proposer aux adolescentes ayant des règles abondantes, à condition qu'elles acceptent l'éventualité de ne plus avoir de règles.
- Il faut conseiller aux adolescentes de consulter 1 à 3 mois après la pose puis annuellement ainsi qu'en cas de douleurs pelviennes, de saignements ou de fièvre inexplicables.

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

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

- Ces méthodes ont une efficacité contraceptive moindre que celle de la contraception hormonale ou du DIU. Elles nécessitent que les deux partenaires soient motivés, aient bien compris leur utilisation après un apprentissage spécifique ; elles doivent être utilisées lors de tous les rapports sexuels, quelle que soit la date du cycle. Néanmoins, le risque d'échec est plus élevé chez les jeunes.
- Compte tenu du taux d'échec élevé, l'éventualité d'une grossesse non prévue doit être envisagée et discutée avec les adolescents.

Méthodes barrières (suite)

→ Préservatifs (masculins, féminins) :

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



→ Diaphragme, cape cervicale, spermicides :

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

10. Voir documents de l'Inpes :

- Mode d'emploi du préservatif féminin – <http://www.inpes.sante.fr/CFR/FR/ressources/contraception/049116.pdf>
- Mode d'emploi du préservatif masculin – <http://www.inpes.sante.fr/CFR/FR/ressources/contraception/049115.pdf>

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



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

Méthodes de stérilisation (voir fiche stérilisation)



→ Non autorisées par la loi chez les mineures¹¹.

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



Ressources Internet

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

HAS

www.has-sante.fr

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

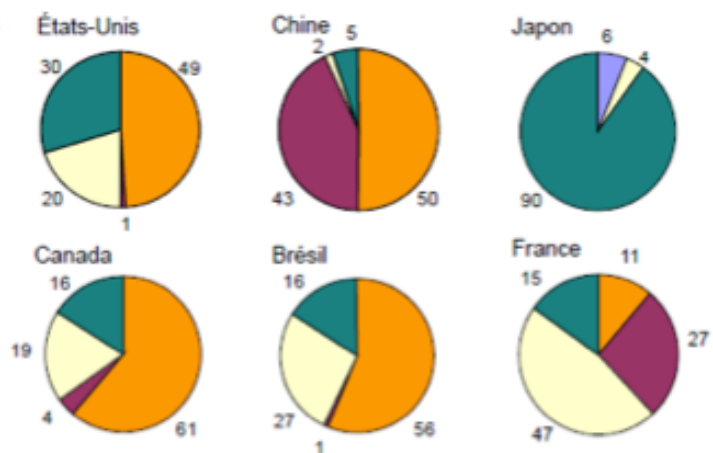
Tél. : +33 (0) 1 55 93 70 00 - Fax : +33 (0) 1 55 93 74 00

Annexe V

Méthodes de contraception les plus utilisées dans quelques pays du monde (pour 100 couples mariés pratiquant la contraception en 2000)



Source : Nations unies, World Contraceptive Use, 2003
Fiche pédagogique, INED, www.ined.fr



Annexe VI

VECU CONTRACEPTIF DES NULLIPARES

Bonjour à toutes!

Je m'appelle Caroline Verhille, je suis étudiante sage femme en dernière année et dans le cadre de mon mémoire de fin d'études je réalise un questionnaire dont le sujet est :

Comment les femmes qui n'ont pas encore d'enfants vivent-elles leur contraception?

Ce questionnaire n'a pas du tout pour but de juger vos connaissances mais la qualité des informations que vous avez reçues, de même il est complètement anonyme ! Donc merci d'y répondre le plus honnêtement possible, je compte sur vous !

1/ Prenez-vous une contraception?

- OUI
- NON

0/ Avez-vous déjà accouché?

- Oui
- Non

2/ Laquelle?

- Pilule
- Implant
- DIU (Stérilet)
- Autre (Anneau, Patch)
- Méthodes naturelles (Retrait, Calcul des périodes plus à risque)
- Préservatifs
- Rien

3/ Depuis combien de temps prenez-vous cette contraception?

- Moins de 3 mois
- Moins d'un an
- 1 - 3 ans
- Plus de 3 ans

4/ Quelle a été votre première contraception?

- Pilule
- Implant
- DIU (stérilet)
- Autre (Anneau, Patch)
- Méthodes naturelles (Retrait, calcul des périodes plus à risques)
- Préservatifs

5/ Pour quelle raison la prenez-vous?

- Contraception
- Acné
- Douleurs pendant les règles
- Règles trop abondantes

6/ Si vous ne la prenez pas à but contraceptif, l'avez vous remise en question lors de vos premiers rapports?

- Oui
- Non

7/ Combien de fois avez-vous changé de contraception entre votre première contraception et votre contraception actuelle (y compris de pilule)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Jamais Dix fois

8/ Qu'avez-vous essayé comme contraception?

- Pilule(s)
- Implant
- DIU (Stérilet)
- Préservatifs
- Autre (Anneau, Patch)
- Méthodes naturelles (Retrait, Calcul des périodes plus à risque)
- Rien

9/ Quel praticien prend en charge votre contraception?

- Médecin traitant
- Gynécologue de ville
- Gynécologue hospitalier
- Médecin en centre de planification
- Sage-femme

9bis/ A quelle fréquence avez-vous une consultation gynécologique ?

- Tous les ans
- Tous les 1 à 3 ans
- Plus de 3 ans

10/ Lors du choix de votre contraception actuelle : Avez vous reçu une information sur les différents moyens contraceptifs existants?

- Oui
- Pas vraiment ou très limitée
- Non

11/ Avez-vous l'impression que le professionnel vous a laissé choisir votre contraception?

- Oui
- Pas vraiment
- Pas du tout

Si non à la question précédente , pourquoi?

- pour raison médicale en raison de problème de santé personnels ou familiaux
- Autre :

12/ Avez-vous déjà entendu dans votre entourage des problèmes de santé ou d'efficacité, qui ont pu vous faire peur dans l'utilisation de certaines méthodes contraceptives? Si oui, pour quelle(s) contraception(s)?

- Pas concernée
- Pilule
- Implant
- DIU (Stérilet)
- Méthodes naturelles
- Préservatifs

De quels types de problèmes s'agissait-il?

13/ Etes vous à l'aise avec votre contraception actuelle?

- Oui vraiment
- Moyennement
- Pas du tout

14/ Trouvez-vous cette contraception adaptée à votre mode de vie (horaires de travail - sexualité - vie quotidienne)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout Oui, parfaitement

15/ Niveau de satisfaction de cette contraception (efficacité - facilité d'utilisation)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Aucune satisfaction Pleine satisfaction

16a/ Êtes-vous concernée par un ou plusieurs éléments suivants?

- Non
- Prise de poids
- douleurs
- Saignements anormaux
- maux de tête
- diminution de la libido
- sécheresses vaginales
- pertes blanches anormales
- douleurs à la poitrine
- Autre :

16b/ Êtes-vous concernée par une ou plusieurs de ces contraintes?

- Non
- Peur des oublis
- Peur du manque d'efficacité
- Peur de l'effet des hormones sur le corps à long terme
- Autre :

17a/ Avez-vous déjà eu des échecs contraceptifs avec cette contraception?

- Non
- Oublis de pilule
- IVG
- Utilisation de la contraception d'urgence

17b/ Suite à ça, avez-vous remis en question/changé votre contraception?

- Non
- Oui

18/ Vous sentez-vous assez informée sur votre contraception?

Que faire en cas d'oublis - possible effets secondaires - mécanismes d'action

- Oui
- Non , je ne sais pas vraiment quoi faire en cas d'oublis
- Non, je ne connais pas vraiment les possibles effets secondaires de ma contraception
- Non, je ne connais pas les mécanismes d'action de ma contraception
- Non, mais ça ne m'intéresse pas vraiment

Si Non à la question précédente, quels sont les autres sujets concernés?

19/ Souhaiteriez-vous changer de contraception?

- Non
- Peut-être
- Oui vraiment

20/ Age

21/ Ville de résidence

21a/ Que faites-vous comme études/métier?

22/ Avez-vous de par vos études (après le bac) des connaissances sur les moyens de contraception?

- OUI
- NON

A VOTRE AVIS

Merci de répondre le plus honnêtement possible, je compte sur vous !

23/ DIU : Le stérilet peut-il augmenter le risque de stérilité?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

24/ DIU : Le stérilet est-il réservé aux femmes ayant déjà eu des enfants?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

25/ DIU : Le stérilet peut être gênant lors des rapports?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

26/ Quels sont les effets indésirables possibles du stérilet?

- Diminution de la libido
- Saignements en dehors des règles
- Règles plus abondantes et plus douloureuses
- Prise de poids
- Bouffées de chaleur

27/ DIU : Les stérilets contiennent toujours des hormones?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

28/ Implant : Où se pose l'implant?

- Dans le bras
- Dans le ventre
- Dans le vagin
- Dans l'utérus

29/ Implant : Quels sont les effets secondaire possibles de l'implant?

- Saignements en dehors des règles
- Douleurs des seins
- Diminution de la libido
- Prise de poids
- Acné

30/ Combien de temps dure l'implant?

- 1 an
- 3 ans
- 5 ans

31/ L'implant fait-il grossir?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

32/ L'implant est-il douloureux à poser / à retirer?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

33/ Pilule : Peut-on enchaîner les plaquettes?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

34/ Un oubli de pilule est-il tolérable par plaquettes?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

35/ En cas d'oubli de pilule, l'utilisation du préservatif jusqu'à la fin du cycle permet efficacement d'éviter un risque de grossesse?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

36/ La pilule remplace le préservatif pour éviter les infections sexuellement transmissibles

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

37/ La pilule est-elle la méthode contraceptive la plus efficace?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

38/ Préservatifs : De quoi protège le préservatif?

- Des grossesses
- Des Maladies Sexuellement Transmissibles
- Du cancer du col de l'utérus
- Je ne sais pas

39/ Le préservatif est-il un moyen contraceptif efficace?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

40/ Contraception d'urgence : Pendant combien de temps après un rapport à risque peut-on la prendre?

- 1 jour
- 3 jours
- 5 jours

41/ La contraception d'urgence nécessite-elle une ordonnance?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

42/ La contraception d'urgence est-elle toujours efficace?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

[« Retour](#)

[Envoyer](#)

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.