

Contraception. (voir item 330) IC-36

- Connaître les différentes modalités de contraceptions existantes
- Connaître les différents types de contraceptions hormonales estroprogestatives, leur voie d'administration et leur classification
- Connaître les différents types de contraceptions hormonales progestatives, leurs voies d'administration
- Connaître les différents types de contraception d'urgence
- Connaître les mécanismes d'action de la contraception estroprogestative, progestative, d'urgence et intra-utérine
- Connaître les contraceptions barrières (et notamment le préservatif masculin) et naturelles
- Connaître les contre-indications de la contraception estroprogestative, progestative, intra-utérine
- Connaître les critères de choix en 1ère intention de la contraception estroprogestative
- Connaître les éléments à explorer lors de l'entretien et de l'examen clinique avant la prescription d'une contraception hormonale et intra-utérine
- Connaître la tolérance et les effets indésirables des différents contraceptifs hormonaux
- Prescrire les examens complémentaires recommandés à l'initiation d'une contraception estroprogestative
- Savoir prescrire les différentes contraceptions disponibles y compris la contraception d'urgence
- Connaître les niveaux d'efficacité des différentes stratégies contraceptives et des contraceptions d'urgence (indice de Pearl)
- Connaître et savoir expliciter à la patiente la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule
- Être capable d'expliquer à la patiente les avantages et inconvénients des différentes contraceptions
- Connaître les interactions potentielles médicamenteuses
- Connaître les éléments de suivi (cliniques et biologiques) d'une contraception hormonale ou intra-utérine
- Savoir prescrire une contraception chez les femmes à risque vasculaire
- Connaître les modalités de prescription chez la jeune femme mineure
- Connaître les différents modes de stérilisation féminine et masculine et l'existence d'une législation

Connaître les différentes modalités de contraceptions existantes OIC-036-01-A

Contraceptions non définitives

Hormonales

- o Combinées associant un estrogène et un progestatif
- o Progestative seule

Non hormonales

- o Dispositif intra-utérin (DIU)
- o Différentes méthodes barrières (préservatif masculin ou féminin, diaphragme, cape cervicale)
- o Toutes les autres méthodes dites « naturelles » (Ogino, températures, billings, symptothermie....) ne sont pas assez efficaces chez les femmes normalement fertiles

Contraceptions définitives

- o Féminine (ligature tubaire)
- o Masculine (vasectomie)

Connaître les différents types de contraceptions hormonales estroprogestatives, leur voie d'administration et leur classification OIC-036-02-A

Composition de la contraception oestro-progestative

La contraception oestro-progestative (COP) comprend deux types de molécules :

un **estrogène** : ethinyl-estradiol [EE] ou l'estradiol

un **progestatif**

Classification en fonction du type de progestatif contenu dans la COP

Le progestatif est classiquement séparé en **génération** :

- o 1^{ère} : noréthistérone (n'est plus disponible depuis 2016)
- o 2^{ème} : lévonorgestrel
- o Entre 2 et 3^{ème} : norgestimate
- o 3^{ème} : gestodène, désogestrel

o autres générations : drospirénone, acétate de cyprotérone, diénogest, acétate de nomégestrol, acétate de chlormadinone.

Classification en fonction de la séquence d'administration des deux hormones

- o monophasique : la dose des deux composés est fixe tout au long du cycle
- o biphasique : deux séquences de dosages existent (plus forte posologie en 2ème partie de plaquette)
- o triphasique : trois phases de dosages sont utilisées

Voies d'administration disponibles

- o orale (pilule),
- o transdermique (patch)
- o vaginale (anneau)

Connaître les différents types de contraceptions hormonales progestatives, leurs voies d'administration OIC-036-03-A

La contraception progestative correspond à l'administration de petites doses de progestatifs

Voies d'administrations disponibles

Voie orale

- § Lévonorgestrel : à prendre tous les jours
- § Désogestrel : à prendre tous les jours
- § Drospirénone : à prendre 24 jours placebo 4 jours

Voie sous-cutanée

- § Etonogestrel délivré en continu pour 3 ans.

Voie intra-utérine

- § Lévonorgestrel délivré dans la cavité utérine ; trois dosages ; durée d'action 5 ans ou 3 ans pour la plus petite taille

Connaître les différents types de contraception d'urgence OIC-036-04-A

Administration de fortes doses de Lévonorgestrel (1,5 mg)

- prise unique
- par voie orale
- le plus rapidement possible (dans les 72 heures après le rapport potentiellement fécondant)

Administration d'acétate d'Ulipristal (30 mg)

- prise unique
- par voie orale.
- Son efficacité semble supérieure plus de 72 heures après le rapport fécondant et s'étend jusqu'à 120 heures.

Pose d'un DIU

- pose possible jusqu'à 5 jours après un rapport non protégé

Connaître les mécanismes d'action de la contraception estroprogestative, progestative, d'urgence et intra-utérine OIC-036-05-B

Mécanismes d'action de la COP

- **Action anti-gonadotrope** du composé progestatif principalement (amplifié par l'estrogène supprimant le pic ovulatoire de LH et inhibant la croissance folliculaire)

- **Modification de la glaire cervicale**, épaisse et moins abondante (composé progestatif)

- **Atrophie de l'endomètre** le rendant plus ou moins inapte à la nidation (composé progestatif)

Mécanismes d'action des contraceptions progestatives

- **Modification de la glaire cervicale** (épaisse et donc impropre au passage des spermatozoïdes) d'où l'importance d'une utilisation en continu. C'est l'effet principal

- **Possible atrophie de l'endomètre**, inapte à la nidation (majeur pour le DIU au lévonorgestrel)

- Diminution de la mobilité tubaire

Pour le désogestrel et la drospirénone: **action antigonadotrope**, variable selon les femmes

Mécanismes d'action des contraceptions intra-utérines au cuivre

Réaction **inflammatoire endométriale** du fait de la présence de cuivre et probable **toxicité directe des spermatozoïdes**

Mécanismes d'action des contraceptions d'urgence

Méthode utilisant du lévonorgestrel

- o **Interférence avec le pic de LH** et inhibition de l'ovulation uniquement si prescrit en phase préovulatoire
- o **diffère ou inhibe la croissance folliculaire**

Méthode utilisant de l'acétate d'ulipristal

- o **inhibition de la croissance folliculaire** en première partie de cycle
- o **retard ou inhibition du pic de LH**
- o **retard de la rupture folliculaire** 3 à 5 jours après la prise même après le pic de LH

Méthode utilisant un DIU au cuivre

- o effet **toxique direct du cuivre sur les gamètes**
- o action **inflammatoire sur l'endomètre** rendu impropre à la nidation

Connaître les contraceptions barrières (et notamment le préservatif masculin) et naturelles OIC-036-06-A

Méthodes barrières

- Préservatif masculin (différentes tailles)
- Préservatif féminin,
- Diaphragme,
- Cape cervicale (taille unique et/ou différentes tailles à adapter à l'anatomie)

Méthodes naturelles

Ces méthode consistent à **repérer l'ovulation** pour **éviter d'avoir des rapports non protégés dans les jours qui encadrent l'ovulation**

- Ogino (méthode du calendrier),
- Températures (courbe de température),
- Billings (observation de la glaire cervicale),
- Symptothermie (combinaison de méthodes)...

Connaître les contre-indications de la contraception estroprogestative, progestative, intra-utérine OIC-036-07-A

Contre-indications des COP

Les contre-indications à la prise de COP sont d'ordre:

- **carcinologique** (antécédent personnel de tumeurs malignes du sein ou de l'utérus (endomètre)),
- **métaboliques** (dyslipidémie, diabète mal équilibré ou compliqué),
- **vasculaires (thrombophilie biologique**, antécédents personnels ou familiaux d'évènement thromboemboliques veineux, d'affections cardio-vasculaires artérielles [IDM, AVC ischémique, artériopathie oblitérante des membres inférieurs], **hypertension artérielle**, migraine avec aura, tabagisme important, âge > 35-40 ans associé à d'autres facteurs de risque vasculaire)
- hépatiques et biliaire (antécédent de lithiase)
- hormonales (pathologies hormonodépendantes systémiques, lupus par exemple).

Contre-indications des contraceptions microprogestatives

- Pathologies hépatiques évolutives,
- Cancer du sein,

- Accidents thromboemboliques veineux évolutifs
- Saignements inexpliqués
- Pathologies hormonodépendantes vis-à-vis de la progestérone (méningiome....)

Contre-indications d'un DIU

- Grossesse en cours et désirée
- Cervicite purulente ou infection génitale haute en cours
- Infection puerpérale en cours
- Immédiatement après un avortement septique
- Tuberculose pelvienne avérée
- Saignements vaginaux inexpliqués
- Maladie trophoblastique gestationnelle maligne
- Toute anomalie de la cavité utérine congénitale (malformations) ou acquise (myomes utérins inclus) entraînant une déformation de la cavité endométriale incompatible avec l'insertion d'un DIU
- Traitements immunosuppresseurs ou corticoïdes au long cours (DIU au cuivre)
- Pathologies à risque d'endocardite
- Maladie de Wilson (DIU cuivre)

Connaître les critères de choix en 1ère intention de la contraception estroprogestative OIC-036-08-B

S'il n'existe aucune contre-indication à l'utilisation d'une COP et si **la patiente choisit une contraception estroprogestative, les recommandations sont de prescrire une contraception dite de 2^{ème} génération (contenant EE et Lévonorgestrel) ou du norgestimate (EE + norgestimate)** compte tenu du moindre risque vasculaire comparativement à toutes les autres contraceptions combinées.

Connaître les éléments à explorer lors de l'entretien et de l'examen clinique avant la prescription d'une contraception hormonale et intra-utérine OIC-036-09-B

Interrogatoire

Antécédents personnels et familiaux

- Cancers: cancer du sein , utérus ...
- Episodes thromboemboliques veineux ou artériel
 - **hypertension artérielle,**
 - **diabète,**
 - **dyslipidémie,**
 - **tabagisme,**
 - **obésité,**
 - **migraine avec ou sans aura, âge**
- Antécédents gynéco-obstétricaux :
- Prise de traitement et notamment les inducteurs enzymatiques

Examen clinique

- Général
- **Pelvien** (non obligatoire notamment chez les jeunes filles lors des premières consultations)
- **Mammaire.**
- Prise de pression artérielle
- Calcul de l'IMC (**poids** et **taille**).

Connaître la tolérance et les effets indésirables des différents contraceptifs

Effets indésirables des COP

Effets indésirables majeurs

- Augmentation du **risque thromboembolique veineux** en raison des modifications de l'hémostase induites pharmacologiquement par les stéroïdes contenus dans les COP. Ce risque existe avec **TOUTES LES COP**. Ce sont les pilules combinées de 2^{ème} génération contenant du lévonorgestrel qui sont le moins à risque comparativement à toutes les autres COP y compris patch et anneau vaginal

- Augmentation du **risque artériel** (IDM AVC ischémique)
- Modification du **métabolisme Glucidique** par diminution de la tolérance au glucose entraînant un certain degré d'insulinorésistance.
- Modification du **métabolisme Lipidique** : dépendant du climat hormonal de la COP avec augmentation des triglycérides, du cholestérol total et du HDL cholestérol.
- Apparition d'une **hypertension artérielle** chez environ 5% des femmes.

Effets indésirables mineurs (dépendent du climat hormonal, grand variabilité)

- **Troubles du cycle** (plus fréquents en début de prise)
- Troubles digestifs (**nausées, vomissements**),
- Mastodynies,
- **Céphalées**,
- Troubles de l'humeur
- **Troubles de la libido**,
- Troubles cutanés (acné, pilosité)
- Risque de lithiases biliaire (exceptionnel)

Effets indésirables si utilisation longue

- Très discrète augmentation du risque de cancer du sein
- Très discrète augmentation du risque de cancer du col de l'utérus (chez les femmes HPV+).

Ces effets indésirables sont largement contrebalancés par d'autres effets bénéfiques carcinologiques.

Effets indésirables des CP

- Troubles du cycle menstruel, spottings ou aménorrhée.
- Dystrophies ovariennes
- Mastodynies,
- Kystes fonctionnels ovariens,
- Acné ou l'hirsutisme.

Prescrire les examens complémentaires recommandés à l'initiation d'une contraception estroprogestative OIC-036-11-B

Les examens complémentaires recommandés à l'initiation d'une COP sont :

- Bilan métabolique (cholestérol total, triglycérides, glycémie à jeun)

- o A 3 mois si aucun antécédent familial de dyslipidémie ou accident artériel
- o Avant le début si antécédent familial de dyslipidémie ou d'accidents artériels

- Bilan de thrombophilie

- o si contexte familial de pathologie thrombo-embolique veineuse chez un apparenté de 1^{er} degré avant 50 ans ,

- Frottis cervico-vaginal

- (à effectuer tous les 3 ans) après l'âge de 25 ans (selon les recommandations)

Savoir prescrire les différentes contraceptions disponibles y compris la

contraception d'urgence OIC-036-12-B

Contraceptions hormonales

Idéalement débutée le 1^{er} jour des règles, un délai jusqu'au 5ème jour est acceptable

Au-delà (méthode quick start) l'efficacité contraceptive n'étant pas immédiate, les rapports doivent être protégés pendant au moins 7 jours.

Contraceptions par DIU

Idéalement, pose pendant la période de règles

Contraceptions d'urgence

Le plus rapidement possible après le rapport à risque (voir rubrique dédiée)

Connaître les niveaux d'efficacité des différentes stratégies contraceptives et des contraceptions d'urgence (indice de Pearl) OIC-036-13-A

L'efficacité d'une méthode contraceptive se mesure par l'**indice de Pearl** qui correspond au rapport du nombre de grossesses non désirées pour 100 femmes après 12 mois d'utilisation.

Elle est évaluée de deux manières :

- utilisation parfaite (résultats des essais) ou
- utilisation courante (« vraie vie » **avec ses risques d'oublis** ou de malabsorption : troubles digestifs ...)

Efficacité des différentes contraceptions (adapté de l'OMS 2009)

Méthodes	Pourcentage de femmes concernées par une grossesse non intentionnelle dans la première année d'utilisation de la contraception	
	Emploi typique	Utilisation parfaite
Pilule combinée par voie orale, patch ou anneau Pilule microprogestative	8	0,3
Implant progestatif	0,05	0,05
Progestatif injectable	3	0,3
DIU cuivre	0,8	0,6
DIU-LNG	0,1	0,1
Préservatif masculin	15	2
Préservatif féminin	21	5
Diaphragme - Cape	16	6
Spermicides	29	18
Eponge contraceptive	16	9
Nullipares	32	20
Uni ou multipares		
Retrait	27	4
Stérilisation féminine	0,5	0,5
Stérilisation masculine	0,15	0,10

Source : Trussell J et al Contraceptive technology : nineteenth revised edition New-York 2007, HAS

Les contraceptions dites de longue durée d'action (LARC) regroupant les DIU et l'implant sont les plus efficaces.

Connaître et savoir expliciter à la patiente la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule OIC-036-14-B



* Ne sautez jamais une pilule précédente l'autre.

Être capable d'expliquer à la patiente les avantages et inconvénients des différentes contraceptions OIC-036-15-B

Effets bénéfiques des COP

- Diminution du risque de cancer de l'ovaire (environ 50%, durée dépendante, d'où la non contre-indication de la COP chez les femmes BRCA1 ou BRCA2)
- Diminution du risque de cancer de l'endomètre
- Diminution du risque de cancer du colon
- Amélioration des dysménorrhées, des ménorragies fonctionnelles et de l'**acné** (quelle que soit le type de COP).

Effets bénéfiques des CP

- Pas de modification métabolique
 - Pas de modification de l'hémostase
 - Absence de risque vasculaire artériel et veineux (sauf pour la contraception injectable)
-

Connaître les interactions potentielles médicamenteuses OIC-036-16-A

Diminution de l'efficacité contraceptive

Fortement inducteurs tels que

- Antiépileptiques (phénobarbital, primidone, phénytoïnes, carbamazépine, felbamate, topiramate (dose > 200 mg/jour), rufinadine, oxcarbazépine, primidone
- Antirétroviraux (efavirenz, etravirine, lopinavir, nelfinavir, nevirapine, ritonavir)
- Certains antibiotiques (Rifampicine)
- Antidépresseur (millepertuis)
- Vasodilatateur (bosentan)

Faiblement inducteur tels que

- Antifongique (griseofulvine)
- Psychostimulant (modafinil)
- Sédatif (méprobamate)
- Antiémétique (aprépitant)

Diminution de l'effet pharmacologique

(risque de recrudescence des crises d'épilepsie)

- Lamotrigine.
-

Connaître les éléments de suivi (cliniques et biologiques) d'une contraception hormonale ou intra-utérine OIC-036-17-B

Suivi clinique

Consultation après 3 mois puis annuelle

- Vérification:
 - de l'observance
 - de l'abonne tolérance
 - de l'absence de nouvel événement personnel ou familial
- **Examen clinique mammaire**
- **Prise de la tension artérielle**
- Vérification de la **stabilité du poids**.

Surveillance biologique

- mesure à jeûn de la **glycémie, du cholestérol total et des triglycérides plasmatiques**

- à 3 mois puis **tous les 5 ans** en l'absence de faits nouveaux

Savoir prescrire une contraception chez les femmes à risque vasculaire OIC-036-18-B

Il faut distinguer différentes situations cliniques

Femmes ayant eu un accident vasculaire veineux et/ou les femmes porteuses d'une thrombophilie biologique

- **Contre-indication de toutes les contraceptions estroprogestatives quelle que soit la voie d'administration.**

- **Contraceptions autorisées :**

- les contraceptions progestatives seules (en dehors de la contraception par voie intra-musculaire)
- les DIU au cuivre ou délivrant de petites doses de lévonorgestrel.
- les contraceptions barrières sont bien sur possibles mais leur efficacité contraceptive est moindre.

Femmes ayant eu un accident artériel (IDM, AVC ischémique)

La stratégie contraceptive est la même que pour les accidents veineux mais il est préférable d'utiliser en première intention les contraceptions non hormonales.

Femmes ayant des facteurs de risque vasculaire

la stratégie contraceptive concernant les COP dépend du type et du nombre de facteur de risque vasculaire (tableau de synthèse ci-dessous) FDRV= Facteurs de risque vasculaire

Facteur de risque artériel	Utilisation d'une contraception estroprogestative
Age >35 ans	Oui en l'absence d'autre FdRV
Surpoids – obésité	Oui en l'absence d'autre FdRV
Tabac > 15 cig/jour	Oui en l'absence d'autre FdRV
Migraine simple	Oui en l'absence d'autre FdRV
Diabète de type II	Oui en l'absence d'autre FdRV mais en seconde intention (1 ^{er} choix Contraception microprogestative ou DIU cuivre).
Dyslipidémie contrôlée	Oui en l'absence d'autre FdRV
Dyslipidémie contrôlée mais survenant lors de l'utilisation d'une contraception combinée	Contre-indication relative si dyslipidémie survenue avec CHC
Diabète insulino-dépendant	Contre-indication si délai diabète > 20 ans ou si complications vasculaires
Antécédents familiaux 1 ^{er} degré IDM ou AVC avant 55 ans (Homme) ou 65 ans (Femme)	Contre-indication
Hypertension artérielle	Contre-indication
Dyslipidémie non contrôlé	Contre-indication
Migraine avec aura	Contre-indication

Facteurs de risque veineux	Utilisation d'une contraception estroprogestative
Age > 35 ans	Possible si pas d'autres FDRV
Surpoids – obésité	Possible si pas d'autres FDRV
Thrombophilie biologique connue	Contre-indication
Antécédents familiaux au 1 ^{er} degré de MVTE avant 50 ans	Contre-indication

Connaître les modalités de prescription chez la jeune femme mineure OIC-036-19-B

- **L'accès à la contraception est facilitée pour** les jeunes filles mineures d'au moins 15 ans et de moins de 18 ans

- **Tiers payant** pour :

o les consultations réalisées par un médecin ou une sage-femme :

- la 1^{ère} consultation de prescription d'une contraception
- une consultation de suivi la première année
- une consultation par an

o les actes donnant lieu à la pose, au changement ou au retrait d'un contraceptif

o certains examens biologiques nécessaires à la prescription ou au bon suivi de la contraception au maximum une fois par an

o la délivrance des contraceptifs remboursables sur prescription médicale

- **Secret sur l'ensemble du parcours contraceptif** (ni obligatoire ni automatique).

La notion de secret ne dispense pas la jeune fille mineure de communiquer son identité et son âge, et de présenter sa carte Vitale (si pas de Carte Vitale procédure exceptionnelle d'anonymat)

- **Délivrance gratuite des contraceptifs remboursables**

o pour toutes les jeunes filles mineures âgées d'au moins 15 ans

o en possession d'une prescription médicale pour le contraceptif avec mention « contraception mineure »

o le contraceptif est délivré en tiers payant et en toute confidentialité. avec le dispositif de facturation spécifique à la contraception des mineures.

o si la jeune fille souhaite bénéficier du secret : utilisation d'un NIR anonyme lors de la facturation assurant l'absence de visibilité sur le relevé de remboursement de l'Assurance Maladie (décompte papier ou compte Ameli).

o afin d'assurer la gratuité du contraceptif, le pharmacien doit utiliser systématiquement le code exonération **EXO 3**, impliquant aucun frais pour la jeune fille

Connaître les différents modes de stérilisation féminine et masculine et l'existence d'une législation OIC-036-20-A

Chez la femme : méthode coelioscopique par pose de clip ou d'anneau tubaire, et/ ou section ligature des trompes

Chez l'homme : la vasectomie bilatérale : ligature section chirurgicale des canaux déférents. La vasectomie est considérée comme une stérilisation et est considérée comme irréversible.

Législation : Loi N° 2001-588 du 4 Juillet 2001- art 26 JORF 7 juillet 2001 Article L1111-4code de la SantéPublique, Modifié par Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005- art3 JORF 23 avril 2005 rectificatif JORF 20 mai 2005

- Femmes majeures et hommes majeurs
- 1^{ère} consultation
 - demande motivée
 - délivrance par le médecin des informations sur les différentes techniques
 - faire un dossier d'information écrit et délivrance attestation de consultation médicale
- Délai de réflexion de 4 mois obligatoire
- 2^{ème} consultation préalable à l'intervention : confirmation par écrit de son consentement éclairé
- Si patient(e) sous tutelle ou curatelle: la décision soumise au juge des tutelles après avoir entendu le représentant légal
- Lieu de l'intervention : établissement de santé (hôpital ou clinique)

Avant vasectomie, le patient doit être informé qu'il est possible de réaliser une cryoconservation de son sperme au CECOS.

Après une vasectomie le sperme de l'homme peut être fécondant pendant 3 mois. Le patient doit en être informé. Un spermogramme à 3 mois permet de confirmer l'absence de spermatozoïde dans son sperme.