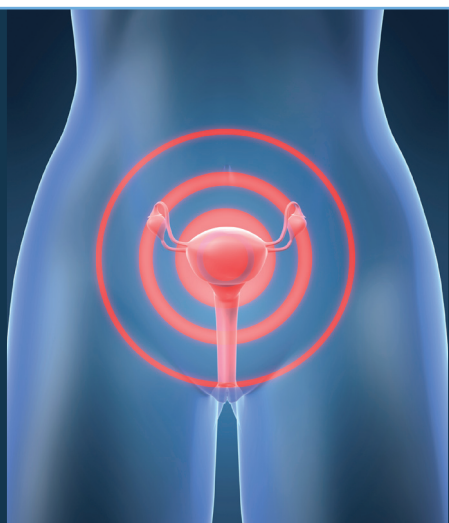


Contraception : focus sur les méthodes efficaces

La HAS a réalisé un travail sur la contraception. **Objectif** : aider le professionnel de santé à identifier et à proposer la ou les méthodes les plus adaptées au profil et à la situation des personnes qui le sollicitent. Explications d'Emmanuelle Cohn, coordinatrice du projet (HAS).



POUR EN SAVOIR PLUS

- Méthodes contraceptives – Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles (document de synthèse).
- « Contraception d'urgence : prescription et délivrance à l'avance », recommandation en santé publique.
- État des lieux des pratiques contraceptives.
- « Contraceptifs oraux estroprogestatifs : préférez les « pilules » de 1^{re} ou 2^e génération » (fiche bon usage du médicament).
- Et des fiches mémo (contraception, prescriptions, conseil aux femmes, situations cliniques particulières des adolescentes, des femmes en périménopause, du post-partum et du post-IVG, de la contraception chez l'homme, de la stérilisation à visée contraceptive et de la contraception d'urgence).

Un document de synthèse sur la contraception a été réalisé. Il comprend un focus sur les méthodes les plus efficaces. Comment définit-on une méthode très efficace ?

L'efficacité d'une méthode contraceptive est définie par le nombre de grossesses non désirées qui surviennent lors d'une utilisation correcte. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), une contraception est considérée comme très efficace si le nombre de grossesses non désirées pour 100 femmes pendant la première année d'utilisation correcte et régulière de la méthode est inférieur à un.

Selon cette définition, la contraception hormonale (progestative ou estroprogestative), la contraception intra-utérine et la stérilisation (masculine et féminine) sont les moyens les plus efficaces pour éviter les grossesses non désirées.

Les autres moyens (préservatif, spermicide, diaphragme avec spermicide, cape cervicale, méthodes dites « naturelles » : méthodes d'ovulation, des deux jours, des jours fixes, retrait, etc.) sont moins efficaces. Parmi ceux-ci, le préservatif masculin a le taux de grossesses non désirées le plus bas mais comporte un risque élevé d'échec dans son emploi courant.

Doit-on se focaliser sur la seule efficacité des méthodes contraceptives ?

Deux autres aspects sont à considérer : la notion de choix de la méthode contraceptive par les personnes concernées et les risques de transmission des infections sexuellement transmissibles. Le préservatif est la seule méthode qui a fait la preuve de son efficacité dans la prévention de la transmission de ces infections.

La contraception hormonale (estroprogestatifs et progestatifs)

- Contraceptifs oraux estroprogestatifs (COEP). Les plus récents (3^e ou 4^e génération) exposent à un risque accru d'accident thromboembolique veineux (4 sur 10 000 contre 2 sur 10 000 pour les contraceptifs de 1^{re} ou 2^e génération contenant moins de 50 µg d'éthinylestradiol). Il convient donc de préférer ces contraceptifs de 1^{re} ou 2^e génération lors de la prescription.
- Contraception estroprogestative transdermique (Evra®). L'efficacité de ce patch a été établie chez des femmes âgées de 18 à 45 ans. Elle peut être diminuée chez les femmes pesant 90 kg ou plus.
- Contraception estroprogestative vaginale (Nuvaring®). L'efficacité de cet anneau vaginal a été établie chez des femmes âgées de 18 à 40 ans.

Le risque accru d'événement thromboembolique veineux associé à l'utilisation de ce patch et de cet anneau est similaire à celui observé avec les COEP de 3^e ou 4^e génération.

- Contraception orale progestative (Cerazette® et génériques et Microval®). La contraception progestative par voie orale peut être utilisée en cas d'antécédent de thrombose. Cependant, par précaution, elle est contre-indiquée en cas de thrombose en cours.
- Contraception progestative sous-cutanée (Nexplanon®). Son efficacité a été établie chez les femmes entre 18 et 40 ans. La Commission de la transparence de la HAS a situé ce contraceptif en deuxième intention.



Recevez gratuitement
Actualités & Pratiques

ABONNEZ-VOUS

SUR LE WEBZINE DE LA HAS

www.has-sante.fr

>> FOCUS

Cet implant peut être utilisé en cas d'antécédent de thrombose. Cependant, il est contre-indiqué en cas de thrombose en cours. Chez les femmes en surpoids, l'effet contraceptif au cours de la 3^e année d'utilisation peut être inférieur à celui observé chez les femmes de poids normal.

• Contraception progestative injectable (Depo-Provera®). Ce contraceptif est prescrit lorsqu'il n'est pas possible d'utiliser d'autres méthodes. Son utilisation n'est pas recommandée chez les adolescentes et chez les patientes présentant des facteurs de risque d'ostéoporose. Il est contre-indiqué en cas d'antécédent d'accident thromboembolique veineux ou artériel.

La contraception intra-utérine

Deux types de dispositifs intra-utérins (DIU) sont disponibles : les DIU au cuivre et le DIU au lévonorgestrel (Mirena®). Il s'agit d'une méthode contraceptive très efficace, de longue durée d'action. Aucun risque de cancer et aucun risque cardiovasculaire n'ont été mis en évidence.

Les DIU au cuivre peuvent être proposés à toutes les femmes (nullipares comprises), dès lors que les contre-indications

à la pose, les risques infectieux, le risque de grossesse extra-utérine et les situations à risque ont été écartés.

Le DIU au lévonorgestrel est indiqué en deuxième intention, après les stérilets au cuivre. Il peut être utilisé en cas d'antécédent de thrombose. Cependant, il est contre-indiqué en cas de thrombose en cours.

Les méthodes de stérilisation

La stérilisation féminine (occlusion des trompes de Fallope) ou masculine (occlusion des canaux déférents) est indiquée chez les personnes majeures souhaitant un moyen de contraception irréversible.

La stérilisation féminine peut aussi être préconisée lorsque toute grossesse est contre-indiquée.

Les méthodes de stérilisation sont encadrées sur le plan réglementaire. En particulier, elles ne peuvent être pratiquées qu'à l'issue d'un délai de réflexion de quatre mois après la première consultation médicale et après confirmation écrite par la personne concernée de sa volonté de subir une intervention à visée définitive. ■

L'examen clinique et biologique en vue de la prescription d'un contraceptif



Une femme qui consulte pour une 1^{re} demande contraceptive bénéficie d'une consultation spécifique. L'entretien clinique permet un large recueil d'information : âge, profession, habitudes de vie (tabac, pratiques sexuelles [risque infectieux]), méthode de contraception précédente, date des dernières règles ; nombre d'enfants, de fausses couches et d'IVG ; antécédents familiaux d'accidents thrombo-emboliques veineux ou artériels (circonstances de survenue) ; antécédents personnels (HTA, diabète, dyslipidémie) ; traitements en cours (risque d'interactions médicamenteuses), etc.

L'examen clinique comprend :

- un examen général, poids, taille, indice de masse corporelle (IMC), pression artérielle (PA)
- l'examen des seins et l'examen gynécologique (avec frottis du col utérin à partir de 25 ans pour la prévention du cancer du col). L'examen gynécologique peut être expliqué et programmé pour une consultation ultérieure (surtout chez l'adolescente).

Le bilan biologique lors de la prescription d'une contraception hormonale estroprogestative (pilule, patch, anneau) comporte :

- un dosage de cholestérolémie totale, une triglycéridémie et une glycémie à jeun (à renouveler tous les 5 ans en cas de bilan normal et en l'absence de faits cliniques ou familiaux nouveaux) ;
- chez une personne sans antécédent personnel ou familial de maladie métabolique ou thrombo-embolique, qui ne fume pas et dont l'examen clinique est normal, ce bilan peut être réalisé 3 à 6 mois après la prescription ;
- en cas d'antécédent familial de dyslipidémie, le bilan est réalisé avant le début de toute contraception estroprogestative et renouvelé 3 à 6 mois après.

Il peut aussi comporter un bilan d'hémostase (dosages d'antithrombine, protéine C, protéine S, résistance à la protéine C activée ou recherche de la mutation du facteur V de Leiden et de la mutation de la prothrombine ou facteur II G20210A) : à discuter après avis spécialisé en cas d'antécédent personnel ou familial de maladie thrombo-embolique (survenue chez un apparenté au premier degré avant l'âge de 50-60 ans).

Avant la pose d'un DIU

En présence d'un facteur de risque infectieux (IST ou pratique à risque), rechercher une infection à *C. trachomatis* et à *N. gonorrhoea*.

