



Support de formation

La contraception

Formation réalisée par les pharmaciens rédacteurs et l'équipe de conception e-learning de
Ma Formation Officinale

En collaboration avec le Dr Françoise Tourmen, gynécologue,
formatrice, spécialiste de l'interprofessionnel en contraception

Unité 1

Chapitre 1 - Rappel d'anatomie et de physiologie	3
1.1 L'appareil génital féminin	
1.2 Le cycle menstruel	
1.3 La fécondation	

Unité 2

Chapitre 2 - Généralités sur la contraception	6
2.1 Les modes d'action des contraceptions	
2.2 Comment mesurer l'efficacité des méthodes de contraception ?	
2.3 Quelques chiffres	
2.4 Législation	
Chapitre 3 - La contraception estroprogestative minidosée	7
3.1 Généralités	
3.2 Modes d'action	
3.3 Quand commencer une contraception estroprogestative ?	
3.4 Principales contre-indications	
3.5 Interactions médicamenteuses	
3.6 Effets indésirables	
3.7 Idées reçues et erreurs fréquentes	

Unité 3

Chapitre 4 - Les contraceptifs estroprogestatifs minidosés	10
4.1 Les contraceptifs oraux combinés minidosés	
4.2 L'anneau vaginal : Nuvaring® et ses génériques	
4.3 Le patch transdermique hebdomadaire : Evra®	

Unité 4

Chapitre 5 - Les contraceptions progestatives	14
5.1 Principe général	
5.2 Les micropilules progestatives	
5.3 Les macroprogestatifs en discontinu	
5.4 L'implant contraceptif sous-cutané : Nexplanon®	
5.5 Les progestatifs injectables	
5.6 Les systèmes intra-utérins au lévonorgestrel	

Unité 5

Chapitre 6 - Les contraceptions intra-utérines	16
6.1 Les dispositifs intra-utérins au cuivre	
6.2 Les systèmes intra-utérins au lévonorgestrel	

Unité 6

Chapitre 7 - Autres méthodes de contraception	18
7.1 Méthodes barrières de contraception	
7.2 Méthodes locales : les spermicides	
7.3 Méthodes naturelles de contraception	

Chapitre 8 - Les contraceptions d'urgence19

- 8.1 La contraception d'urgence par voie orale
- 8.2 Les dispositifs intra-utérins au cuivre

Annexes

Outils pour votre pratique22

Glossaire.....24

Références bibliographiques24

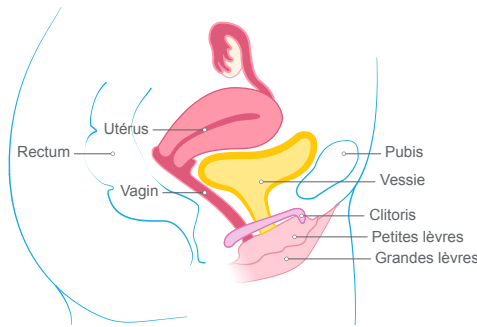
Chapitre 1 - Rappel d'anatomie et de physiologie

1.1 L'appareil génital féminin

L'appareil génital féminin est situé dans le petit bassin, partie basse de l'abdomen.

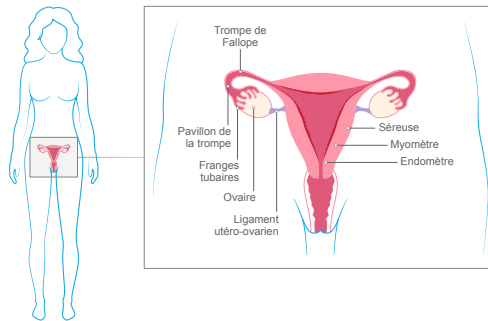
L'utérus est un **muscle** creux pouvant se déformer durant la grossesse. Il est formé de 3 tuniques. La plus interne, l'endomètre, est le siège de transformations au cours du cycle menstruel. La desquamation de l'endomètre provoque la **menstruation** (« règles »).

L'utérus communique avec le **vagin** par le col de l'utérus. Ce col comporte des glandes endocervicales qui sécrètent la **glaiare cervicale**. Cette glaiare joue un rôle important selon sa consistance pour faciliter ou interdire la remontée des voies génitales féminines par les spermatozoïdes.



L'utérus communique également avec les **trompes de Fallope** qui débouchent à proximité des ovaires.

C'est par ces trompes, que transitent les ovules libérés par les ovaires.



L'ovaire a 2 fonctions :

- une fonction ovulatoire qui correspond à la maturation folliculaire aboutissant à l'ovulation
- une fonction endocrine de par la sécrétion des hormones sexuelles féminines (estrogènes et progestérone)

1.2 Le cycle menstruel

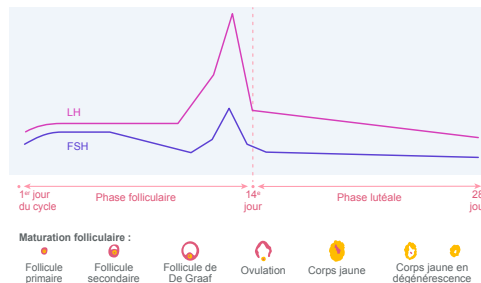
Le cycle menstruel correspond à l'intervalle entre 2 périodes de règles. Toutes les femmes n'ont pas la même durée de cycle (durée partiellement génétiquement déterminée).

Sa durée est en moyenne de **28 jours**.

Par convention, le **1er jour des règles est le 1er jour du cycle**. L'ovulation est fixée par convention au **14ème jour** mais sa date peut varier dans le cycle, même chez des femmes à cycles réguliers. Au cours du cycle, des interférences négatives peuvent modifier l'ovulation : stress, obésité, anorexie, maladies de l'hypophyse, de la thyroïde, etc.

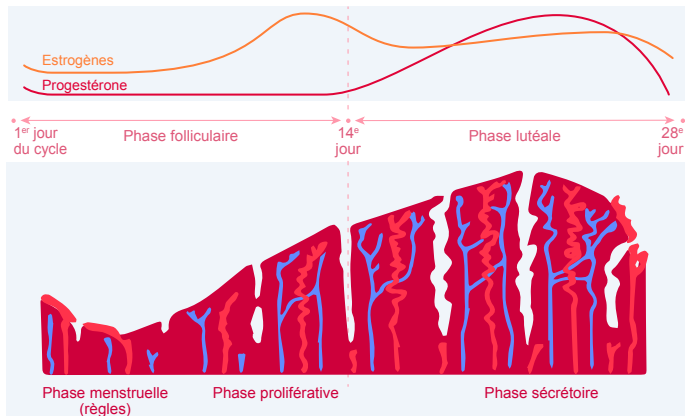
Le **cycle menstruel** est sous la dépendance de l'hypophyse, qui dépend elle-même de l'hypothalamus.

L'hypothalamus régule via la GnRH (aussi appelée LHRH) la sécrétion par l'hypophyse de l'hormone folliculo-stimulante (FSH) et de l'hormone lutéinisante (LH).



> **La FSH** induit la maturation de quelques follicules et la synthèse des **estrogènes** par ces follicules. Les estrogènes sont sécrétés par les follicules en croissance, puis progressivement par le **follicule dominant** (sélectionné vers le 5ème jour) qui assure la totalité de la production.

> **La LH**, par son pic, déclenche l'**ovulation** théoriquement au 14ème jour du cycle. Elle provoque également la transformation du follicule post-ovulatoire en **corps jaune** qui sécrète les estrogènes et surtout la **progestérone**.



> **Durant la 1ère partie du cycle** (de J1 à J14) :

Les **estrogènes** :

- provoquent un épaississement de la muqueuse utérine
 - favorisent la sécrétion de la glaire cervicale fluide, limpide et filante facilitant ainsi la fécondation
- La température rectale est basse.

> **Durant la 2ème partie du cycle** « post-ovulation » (de J15 à J28) :

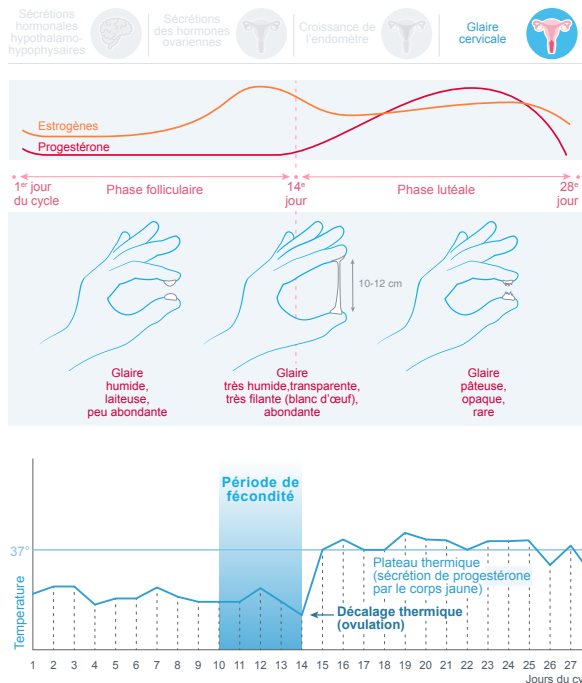
La **progestérone** :

- tarit la sécrétion de la glaire cervicale qui devient rare, épaisse et imperméable aux spermatozoïdes
- Les glandes et les vaisseaux deviennent plus longs et très sinueux (dentelle utérine).
La température rectale chute légèrement avec l'ovulation avant de remonter et rester en plateau jusqu'à la fin du cycle.

En fin de cycle, dans le cas où l'ovule n'a pas été fécondé, **le corps jaune régresse**.

Les estrogènes et la progestérone ne sont plus ou peu fabriqués. La chute du taux d'estrogènes et de progestérone entraîne alors une constriction des artères de l'endomètre et donc une ischémie. Il s'ensuit une desquamation hémorragique de l'endomètre (règles) et un nouveau cycle recommence.

Pendant les menstruations, les couches profondes de l'endomètre ne disparaissent pas. C'est à partir de ce reliquat que l'endomètre sera régénéré dans sa totalité par les estrogènes.



Notez

Si le plateau thermique persiste au delà du 28ème jour, c'est qu'il y a très certainement une grossesse. Ces variations sont sujettes à de nombreuses interférences qui peuvent rendre la lecture difficile.

Chapitre 2 - Généralités sur la contraception

2.1 Les modes d'action des contraceptions

La contraception vise à éviter, de façon réversible, la survenue d'une grossesse non désirée.

Les différents modes d'action des méthodes de contraception sont les suivants :

- ne pas avoir de rapports sexuels lors de la période de fécondité (abstinence),
- éviter le contact entre le sperme et la glaire cervicale (préservatifs masculins et féminins, diaphragmes, cape cervicale, retrait),
- bloquer l'ovulation (contraception estroprogestative et certaines contraceptions progestatives),
- empêcher l'ascension et la fécondabilité des spermatozoïdes (certains microprogestatifs, contraceptions intra-utérines),
- décaler l'ovulation (contraceptions d'urgence).

Au final, une contraception idéale doit être réversible, bien acceptée, bien tolérée, efficace et facile à suivre.

2.2 Comment mesurer l'efficacité des méthodes de contraception ?

L'efficacité des méthodes de contraception peut être obtenue en comparant les indices de Pearl (IP, nombre de grossesses pour 100 femmes et par an) de chaque méthode. L'IP brut n'est pas représentatif de ce qui se passe dans la « vraie vie » (mauvaises utilisations, oublis, etc.).

Pour comparer les différentes méthodes contraceptives entre elles, **la HAS** a publié un **tableau**, inspiré de l'OMS, qui répertorie les différentes méthodes contraceptives et les classe en 4 groupes. Ce tableau prend en compte l'efficacité du contraceptif lors d'une utilisation correcte et régulière et lors d'une utilisation courante (« vraie vie »).

0 - 0,9	1 - 9	10 - 25	26 - 32
Très efficace	Efficace	Modérément efficace	Moins efficace

Le moyen de contraception le plus efficace en France actuellement est **l'implant**.

On peut distinguer 2 grands groupes de contraceptifs :

- ceux où l'efficacité dépend de l'adhésion des utilisateurs. Dans ce cas, l'efficacité est souvent loin d'être parfaite et l'éducation est capitale. Ex. : méthodes naturelles, pilules, diaphragmes, préservatifs, anneaux vaginaux, patch.
- ceux où l'efficacité ne dépend pas des utilisateurs. Ex. : contraceptions intra-utérines, implant.

2.3 Quelques chiffres

Le paradoxe français : il existe au moins 11 concepts de contraception disponibles, des méthodes les plus naturelles aux méthodes médicalisées. Et pourtant, la contraception n'arrive pas à faire diminuer le nombre de grossesses non prévues (33 %) et IVG.

2.4 Législation

> Les contraceptifs oraux

Les pharmaciens d'officine peuvent renouveler les contraceptifs oraux pour une durée supplémentaire de **6 mois maximum**, sous 2 conditions : l'ordonnance a été entièrement délivrée et elle date de moins de 1 an. La dispensation se fait selon les règles habituelles (3 mois + 3 mois). Le décret prévoit de noter sur l'original de l'ordonnance la mention : « Dispensation supplémentaire de contraceptifs oraux » et en précise la durée. Il est indispensable d'informer l'intéressée du caractère non renouvelable au-delà de 6 mois et de la nécessité de consulter un médecin ou une sage-femme.

Attention

Ce décret s'applique uniquement pour les contraceptifs oraux. Il ne concerne donc ni les patchs, ni les anneaux. Pour renouveler une ordonnance entièrement délivrée de patchs ou d'anneaux, vous ferez appel à une autre procédure de délivrance exceptionnelle : « *La délivrance d'1 boîte supplémentaire pour les traitements chroniques* ».

> Les contraceptions hormonales (pilules, anneaux, patch)

Elles peuvent être prescrites également par les sages-femmes (uniquement pour les femmes en bonne santé).

> Les contraceptions intra-utérines et les implants

En juillet 2009, le législateur a voté la possibilité pour les sages-femmes, après formation, de prescrire et d'insérer les dispositifs intra-utérins pour les femmes en bonne santé. Depuis juillet 2012, elles peuvent officiellement pratiquer l'insertion, le suivi et le retrait des implants.

> **Les diaphragmes** : ils peuvent être prescrits par les médecins et sages-femmes.

> Concernant les mineures (âgées d'au moins 15 ans) ...

De nombreuses jeunes filles rencontrent encore des difficultés à s'engager dans une démarche contraceptive adaptée à leur situation en raison de contraintes sociales et financières.

Les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF) sont autorisés à délivrer, à titre gratuit, les médicaments ou objets contraceptifs aux mineures désirant un anonymat total.

L'équipe officinale est autorisée à délivrer, à titre gratuit, sur prescription médicale, des contraceptifs remboursables (pilules 1ère et 2ème génération, contraceptions intra-utérines, implant, diaphragme). La procédure n'implique pas l'anonymat au comptoir et ne requiert pas le consentement de l'autorité parentale. En pratique, attention à ne pas sélectionner involontairement une mutuelle parentale...

** Pour en savoir plus sur les procédures de délivrance avec ou sans carte vitale, consultez le site internet de l'Assurance Maladie*

Chapitre 3 - La contraception estroprogestative minidosée

3.1 Généralités

A Retenir

Tous les contraceptifs estroprogestatifs minidosés sont une association d'un estrogène (éthinyloestradiol ou estrogènes naturels) et d'un progestatif (1er, 2ème ou 3ème génération ou Autres).

La contraception estroprogestative minidosée peut être administrée par voie orale (pilules), par voie transdermique (patch) ou par voie vaginale (anneaux).

3.2 Modes d'action

Les progestatifs sont contraceptifs parce qu'ils freinent la sécrétion de FSH et LH. Lorsqu'ils freinent totalement la sécrétion des gonadotrophines, il y a anovulation (blocage de l'ovulation) mais aussi mise au repos de l'ovaire qu'il faut donc substituer par un apport d'estrogènes. Les progestatifs rendent également la glaire imperméable aux spermatozoïdes et l'endomètre impropre à la nidation.

A Retenir

Il faut **7 jours d'imprégnation hormonale pour bloquer l'ovulation**. Ce chiffre est très important à retenir car il constitue la base du raisonnement pour comprendre la conduite à tenir en cas d'oubli d'une contraception estroprogestative.

3.3 Quand commencer une contraception estroprogestative ?

Lors d'une primo-prescription :

- Soit commencer classiquement, le **1er jour des règles**.
- Soit commencer à n'importe quel moment du cycle, à condition d'être raisonnablement sûr que la femme ne soit pas enceinte. Il s'agit alors de **la technique du Quick start** (« démarrage rapide »). Dans ce cas, bien rappeler à la patiente qu'elle doit utiliser une méthode contraceptive supplémentaire pendant 7 jours, temps d'imprégnation hormonale nécessaire pour bloquer l'ovulation.

En relais d'une autre contraception estroprogestative :

- Soit commencer la nouvelle contraception estroprogestative **le jour où la femme aurait dû reprendre sa contraception habituelle**. Cette option permet à la femme de garder ses repères de prise.

- Soit **enchaîner immédiatement** la nouvelle contraception estroprogestative (c'est-à-dire sans observer de pause pour les plaquettes de 21 comprimés ou sans prendre les placebo pour les plaquettes de 28 comprimés). Cette option bloque les « règles » et peut entraîner des spotting. Elle peut également changer les repères de prise.

Savoir que les laboratoires pharmaceutiques préfèrent cette dernière option qui les protège du risque de grossesse, notamment lorsqu'une femme passe à une plus faible dose d'estrogènes.

3.4 Principales contre-indications

A Retenir

Les contre-indications absolues sont :

- Dans les 6 semaines qui suivent un accouchement chez les femmes allaitantes (à cause du risque thrombo-embolique).
- Chez les fumeuses de plus de 35 ans (avec plus de 15 cigarettes par jour)
- En cas de cancer du sein en cours
- En cas d'hypertension artérielle nouvelle ou traitée supérieure à 160-100 mmHg
- En cas d'antécédents cardiovasculaires (ex. : accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde) et thromboemboliques personnels (ex. phlébite). Les antécédents thrombo-emboliques veineux familiaux au 1er degré sont de l'appréciation du prescripteur.
- En cas de chirurgie majeure avec immobilisation prolongée
- En cas de migraines avec aura ou signes neurologiques, migraines sans aura après 35 ans
- En cas de diabète avec complications microangiopathiques ou macroangiopathiques, ou évoluant depuis plus de 20 ans
- En cas de pathologies hépatiques ou vésiculaires graves en cours

Notez

Les contre-indications des patchs et des anneaux sont les mêmes que celles de la contraception estroprogestative orale, même si la voie d'administration se fait par voie non digestive.

3.5 Interactions médicamenteuses

En cas d'association avec certains médicaments, le principal risque est une diminution de l'efficacité du contraceptif estroprogestatif.

Attention

| Association contre-indiquée : Millepertuis

Associations déconseillées : exemples d'interactions à risque et pour lesquelles mieux vaut utiliser une autre méthode contraceptive, en particulier de type mécanique (préservatif ou DIU au cuivre) pendant la durée de l'association.

- > inducteurs enzymatiques (ex. : rifampicine, certains anticonvulsivants comme le topiramate à partir de 200 mg/j ou la lamotrigine en période d'ajustement posologique)
- > ulipristal (Ellaone®) : risque d'antagonisme d'action (effet annulé)
- > inhibiteurs de protéases boostés par ritonavir ; nelfinavir
- > modafinil (Modiodal®)

3.6 Effets indésirables

Phlébite : les signes évocateurs d'une phlébite sont : un gonflement (œdème) de l'une des cuisses ou jambes, une douleur avec ou sans gonflement d'un des mollets.

* **Se référer au document** : COC_Vous-et-vos-contraceptifs_Janvier2014.pdf – ANSM en collaboration avec la HAS

Attention

| Consulter immédiatement un médecin ou se rendre aux urgences.

Les migraines : les migraines cataméniales (au moment des règles) préexistantes et aggravées par la prise de pilule sont un inconvénient mais pas une contre-indication à la poursuite de la contraception. Par contre, l'apparition de **migraine** pendant la prise d'un contraceptif (qui n'existait pas avant la prise) impose une consultation (recherche de contre-indications absolues comme les migraines avec aura ou signes neurologiques, les migraines sans aura après 35 ans).

Attention

L'association migraine + tabac + contraceptif estroprogestatif augmente le risque d'accident vasculaire cérébral.

Saignements irréguliers, alias spottings : ils sont très fréquents en début de prise. Lorsque le contraceptif estroprogestatif est pris par voie orale, les spottings sont favorisés par l'irrégularité de la prise. Ne remettre en cause la contraception qu'au bout de 3 mois de prise correcte du contraceptif.

Nausées : pour diminuer les nausées, conseiller de changer l'heure de la prise ou de prendre la pilule avec des aliments.

Tension mammaire : pour diminuer une importante et douloureuse tension des seins, conseiller le port d'un soutien-gorge adapté, y compris la nuit, l'application de compresses chaudes ou froides, la prise d'un antidouleur comme le paracétamol et/ou un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS), de type ibuprofène.

Prise de poids : pour diminuer une prise de poids (sédentarité, mauvaise alimentation, etc.) rappeler quelques conseils hygiéno-diététiques et les changements corporels normaux avec l'âge. Si l'appétit est stimulé, être attentif sur l'équilibre alimentaire, surtout pendant les 3 premiers mois de la prise de pilule. En l'absence d'amélioration, orienter vers le prescripteur.

Conseil à l'officine

Les interactions médicamenteuses et les effets indésirables sont identiques pour tous les contraceptifs estroprogestatifs (COC, patch, anneaux). A l'officine, ayez le réflexe de demander à vos patientes si elles prennent une contraception et non pas si elles prennent la pilule.

3.7 Idées reçues et erreurs fréquentes

- La **contraception hormonale n'altère pas la fertilité**. Il y a même un rebond dans les trois premiers mois après arrêt. L'hypofertilité vers l'âge de 30 ans correspond plus à une baisse physiologique de la fertilité et n'a pas de lien avec une prise prolongée de la pilule antérieurement.
 - L'altération de la libido par la contraception hormonale est un sujet très débattu. Les résultats des travaux sont très contradictoires, et on peut dire que chez la majorité des femmes, **l'effet de la contraceptino sur la libido est neutre**.
 - Il n'est **pas indispensable d'avoir un frottis de dépistage et/ou un examen gynécologique pour prendre une contraception estroprogestative**. Le frottis sert à dépister les lésions précancéreuses dues au papillomavirus. Il n'est conseillé qu'à partir d'environ 25 ans, tous les 2 à 3 ans, car les papillomavirus oncogènes sont très lents à se développer (de l'ordre de 10 ans après une infection).
 - Chez la femme entre 18 et 40 ans, la contraception estroprogestative n'a aucun effet sur le contenu minéral osseux et le risque fracturaire. Au delà de 40 ans, même faiblement dosée, elle s'oppose à la perte osseuse de la péri-ménopause. Avant 16 ans, mais surtout autour de l'apparition des premières règles, l'effet de la contraception estroprogestative sur l'acquisition du pic de masse osseuse n'est pas connu.
 - Depuis 40 ans, de très nombreux travaux se sont penchés sur cette question et il ressort de ces études que **la prise de pilules combinées entraîneraient une légère hausse du risque de cancers du sein et du col de l'utérus**. Ce risque diminue au fil du temps après l'arrêt. Ces résultats ont conduit le CIRC à catégoriser les contraceptifs estroprogestatifs-oraux ou non- parmi les produits cancérigènes du groupe 1 (cancérogènes certains).
- En revanche, plusieurs études suggèrent que les femmes sous pilule combinée risqueraient moins d'être atteintes d'un cancer de l'ovaire ou de l'endomètre

• Les estroprogestatifs ne sont pas abortifs.

Si une femme enceinte prend des estroprogestatifs, il n'y a aucun danger pour l'embryon. Une femme peut prendre des estroprogestatifs toute sa vie jusqu'à la ménopause si les contre-indications sont bien dépistées, surtout après 35 ans.

Chapitre 4 - Les contraceptifs estroprogestatifs minidosés

4.1 Les contraceptifs oraux combinés minidosés

Plusieurs séquences possibles :

- 21 pilules actives par plaquette.

Respecter 7 jours pleins d'arrêt entre chaque plaquette, période de survenue des règles.

Attention

Il est fondamental que la femme comprenne bien que l'arrêt des 7 jours entre les plaquettes de 21 comprimés est la durée maximale de l'arrêt. On peut le réduire sans danger, mais l'augmenter expose à un risque de grossesse.

- 28 pilules par plaquette.

Soit :

- 26 pilules actives et 2 inactives (placebo)
- 24 pilules actives et 4 inactives (placebo)
- 21 pilules actives et 7 inactives (placebo)

L'absence d'arrêt entre chaque plaquette minimise les oublis de reprise.

Toutefois, s'assurer que les femmes identifient bien les placebo car commencer une plaquette à l'envers par les placebo expose au risque de grossesse.

4 formes possibles :

- monophasique : association estroprogestative constante (1 dosage, 1 couleur)
- biphasique : 2 paliers de dosages (2 dosages, 2 couleurs)
- triphasique : 3 paliers de dosages (3 dosages, 3 couleurs)
- quadriphasique : 4 paliers de dosage (4 dosages, 4 couleurs + une autre couleur pour les placebo)

Pour les pilules biphasiques et triphasiques, la confusion entre les couleurs pendant la prise est sans conséquence grave. En effet, il y a peu de différences entre les dosages hormonaux au sein d'une même plaquette. Par contre, cette remarque n'est pas valable pour la pilule quadriphasique (Qlaira®) étant donnée la complexité de la formulation (différents paliers de dosage, dont 2 placebo).

A Retenir

Du fait du moindre risque thromboembolique veineux pour une efficacité comparable, l'ANSM recommande en 1ère intention la prescription des pilules de 2ème génération contenant du lévonorgestrel.

Que faire en cas d'oubli d'une pilule, de vomissements, de diarrhée ?

Pas d'inquiétude si l'oubli d'une pilule est **inférieur à 12 heures** (conduite à tenir : prendre immédiatement la pilule oubliée puis les suivantes à l'heure habituelle).

Par contre, il y a une perte d'efficacité si l'oubli d'une pilule est **supérieur à 12 heures**. Dans ce cas :

- prendre immédiatement la pilule oubliée puis les suivantes à l'heure habituelle (2 peuvent être prises en même temps)
- prévoir une contraception supplémentaire pendant 7 jours (pour retrouver l'efficacité contraceptive)
- prendre une contraception d'urgence si rapport sexuel dans les 5 jours précédant l'oubli.

Attention

Si l'oubli a lieu dans les 7 dernières pilules actives de la plaquette : finir la plaquette actuelle et enchaîner la plaquette suivante sans faire l'arrêt des 7 jours (ou en jetant les placebo)

Ce raisonnement est valable pour tous les oublis de pilules estroprogestatives, sauf pour Qlaira®. En effet, pour cette pilule, la conduite à tenir diffère suivant la couleur du comprimé oublié. Il faut donc suivre les informations du fabricant. De plus, la période pendant laquelle un préservatif est conseillé, suite à un rapport sexuel non protégé à risque, est de 9 jours et non 7 jours comme pour les autres pilules estroprogestatives.

Que faire en cas d'oubli de plusieurs pilules actives consécutives ?

En France, contrairement aux pays étrangers (ex. : Canada, Royaume-Uni), les recommandations des autorités de santé ne prévoient pas une conduite précise à tenir dans cette situation, pourtant possible.

Conduite à tenir raisonnable :

- prendre simultanément 2 pilules actives
- jeter les autres pilules actives oubliées
- prévoir une contraception supplémentaire pendant 7 jours
- la contraception d'urgence semble être hautement souhaitable.

Que faire en cas de décalage horaire ?

Conseiller à la femme de garder une heure de prise identique à la France que le voyage se fasse vers l'est ou vers l'ouest.

Comment faire pour bloquer des règles non souhaitées ?

Une femme peut enchaîner de temps en temps 2 plaquettes de pilules sans faire d'arrêt si elle veut bloquer ses règles pour des raisons de convenance. C'est sans danger. Le seul inconvénient est la possibilité de spotting, surtout si la pilule est bi ou triphasique. En effet, les variations des dosages exposent à des saignements. Dans le cas des pilules avec placebo, il faut jeter les placebo et enchaîner immédiatement avec les pilules actives de la plaquette suivante.

Seasonique®, contraceptif estroprogestatif à cycle prolongé (prise en continu sur 3 mois puis arrêt de 7 jours), constitue une alternative.

4.2 L'anneau vaginal : Nuvaring® et ses génériques

C'est un anneau souple qui contient de l'**éthinyloestradiol** 15 µg (estrogène minidosé) et de l'**étonogestrel** 120 µg (progestatif de 3ème génération). Il libère sur 3 semaines ces hormones qui vont être absorbées par la muqueuse vaginale, excellente voie d'administration.

Un anneau est donc mis en place pour 3 semaines suivies d'un arrêt d'1 semaine où surviennent les règles. La mise en place et le retrait ont lieu le même jour de la semaine et approximativement à la même heure.

Conservation et délivrance :

> Nuvaring® :

- Avant la délivrance : stockage à l'officine entre +2 et +8°C, 36 mois maximum.
- Au moment de la délivrance : noter la date de la délivrance et la date limite d'utilisation sur chaque sachet car un anneau ne doit pas être inséré plus de 4 mois après la délivrance.
- Après la délivrance : conservation de 4 mois à une température inférieure à 30°C.

> Anneaux génériques (ex. : Etoring®, Etonogestrel/éthinyloestradiol Mylan®) :

- Conservation à l'abri de la lumière dans leur emballage d'origine
- Insertion au moins 1 mois avant la date de péremption indiquée sur la boîte et le sachet

Conseil à l'officine

L'anneau vaginal peut être utilisé avec tampons hygiéniques, préservatifs et agents anti-infectieux locaux (ovules antifongiques par exemple).

La partie supérieure du vagin est presque horizontale et très peu sensible, ce qui explique que les expulsions spontanées sont rares et que dans la grande majorité des cas, il n'est perçu ni par l'homme ni par la femme. En cas de gêne au moment du rapport sexuel, l'anneau vaginal peut être retiré moins de 3 heures et remis en place après avoir été humidifié à l'eau froide ou tiède (mais pas à l'eau chaude).

Que faire si un anneau vaginal est resté plus de 3 heures en dehors du vagin ?

- pendant les 2 premières semaines d'utilisation : remettre l'anneau en place (après l'avoir rincé à l'eau froide ou tiède) et utiliser une contraception supplémentaire pendant 7 jours (temps d'imprégnation hormonale nécessaire pour bloquer à nouveau l'ovulation)
- pendant la 3ème semaine d'utilisation : mettre un nouvel anneau, ne pas observer de semaine d'arrêt (blocage des règles) et prévoir également une contraception supplémentaire pendant 7 jours.

Dans tous les cas, prendre une contraception d'urgence si rapport sexuel dans les 5 jours précédant l'oubli.

Que faire si l'anneau vaginal n'a pas été enlevé au bout des 3 semaines ?

L'anneau reste efficace pendant 1 semaine supplémentaire au maximum. Une femme n'a donc pas de risque de grossesse si elle a eu un rapport sexuel non protégé durant cette semaine.

Que faire si l'anneau vaginal n'a pas été remis en place le jour prévu et à l'heure prévue, après la semaine d'arrêt ?

- poser immédiatement le nouvel anneau
- prévoir une contraception supplémentaire pendant 7 jours (temps d'imprégnation hormonale nécessaire pour bloquer à nouveau l'ovulation)
- prendre une contraception d'urgence si rapport sexuel dans les 5 jours précédant l'oubli.

Conseil à l'officine

En pratique, les femmes vont être amenées à changer le jour de la semaine où s'effectuent les mises en place et les retraits des anneaux vaginaux. Par conséquent, pensez à leur rappeler la nécessité de placer un nouveau repère (vignette à coller sur un calendrier, alarme, rappel téléphonique, etc.).

4.3 Le patch transdermique hebdomadaire : Evra®

C'est un patch beige carré (4,5 sur 4,5 cm) contenant de l'**éthinyloestradiol** (estrogène minidosé) et du **norelgestromine** (progestatif de 3ème génération). Il libère sur 1 semaine ces hormones qui vont être absorbées par la voie cutanée.

3 patchs sont donc mis en place pour 3 semaines suivies d'un arrêt d'1 semaine où surviennent les règles. La mise en place et le retrait ont lieu le même jour de la semaine.

A Retenir

Du fait d'un risque thromboembolique doublé avec le patch contraceptif Evra® par rapport aux pilules de 1ère et 2ème génération, l'ANSM recommande qu'il ne soit prescrit qu'en deuxième intention. Point d'information- 27/02/2013

Mode d'emploi :

1. Appliquer sur une peau sèche, saine, non irritée, en dehors de toute application de crème ou lotion, sur l'abdomen, les fesses, les bras, la partie supérieure du thorax.
2. Éviter les zones de frottement : ceinture, soutien-gorge. L'application sur les seins est interdite.
3. Appliquer en chauffant le patch avec la main au moins 10 secondes et vérifier que les bords sont bien collés. Vérifier la présence et la bonne adhésion du patch chaque jour.
4. Au bout d'une semaine, le patch est décollé et un autre est reposé à un endroit différent. Le patch retiré doit être replacé dans son sachet et le fabricant recommande de le rapporter à la pharmacie.

Les décollements et les réactions allergiques (6 %) sont des effets indésirables propres à ce mode d'administration.

Que faire en cas d'oubli de pose du 2ème ou du 3ème patch ?

Un patch reste efficace pendant **48 heures supplémentaires au maximum**. Une femme n'a donc pas de risque de grossesse si elle a eu un rapport sexuel non protégé durant ces 2 jours supplémentaires.

Au-delà des 48 heures, il y a un risque de perte d'efficacité contraceptive.

La conduite à tenir est alors la même que celle **en cas d'oubli de pose du 1er patch** :

- poser immédiatement un nouveau patch (recommencer un nouveau cycle de 3 patchs, quelle que soit la semaine d'oubli)
- prévoir une contraception supplémentaire pendant 7 jours (temps nécessaire pour bloquer à nouveau l'ovulation)
- prendre une contraception d'urgence si rapport sexuel dans les 5 jours précédant l'oubli.

Que faire en cas de décollement d'un patch ?

Un patch décollé reste efficace pendant **24 heures supplémentaires au maximum**.

Au-delà des 24 heures, il y a un risque de perte d'efficacité contraceptive.

Conduite à tenir :

- poser immédiatement un nouveau patch (recommencer un nouveau cycle de 3 patchs, quelle que soit la semaine d'oubli)
- prévoir une contraception supplémentaire pendant 7 jours (temps d'imprégnation hormonale

Chapitre 5 - Les contraceptions progestatives

5.1 Principe général

Les contraceptions progestatives sont formulées uniquement à base de progestatif.

Si on baisse la dose du progestatif, on bloque toujours l'ovulation, mais on ne bloque plus la synthèse d'estradiol par l'ovaire. Il n'est donc plus nécessaire d'ajouter un estrogène. Mais, il faut que le produit soit **pris en continu** sinon il y a risque ovulatoire. Exemples : Cérazette®, Nexplanon®, Mirena®, Jaydess®.

Si on baisse encore plus la dose de progestatif, il y a de moins en moins de blocage ovulatoire, l'efficacité contraceptive est alors principalement liée à un effet sur la glaire (épaississement) et l'endomètre. Dans ce cas, il est impératif de **prendre le produit tous les jours à la même heure**. Exemple : Microval®.

A Retenir

Dans les 2 cas, la prise continue des contraceptions progestatives peut faire disparaître les hémorragies de privation (règles).

5.2 Les micropilules progestatives

Ces pilules n'étant pas associées à un risque cardiovasculaire, thromboembolique ou métabolique, elles sont principalement proposées aux femmes pour lesquelles l'apport d'estrogènes est contre-indiqué ou mal toléré ainsi qu'aux femmes qui allaitent.

Or, elles pourraient être prises par presque toutes les femmes sans examen pelvien, sans examens de laboratoire, même si tabagisme, antécédents de phlébite, troubles de la coagulation, migraines avec aura, diabète, obésité.

Les contre-indications sont rares : thrombophlébite évolutive, cancer hormono-dépendant (sein, utérus, ovaire) ou antécédent, maladies sévères du foie : hépatites, cirrhoses, tumeurs.

Les interactions médicamenteuses sont les mêmes que celles décrites avec la contraception estroprogestative. Le Thesaurus déconseille en plus l'association micropilules avec des doses supérieures ou égales à 12 mg/j de perampanel (Fycompa®).

* **Se référer** au « 3.5 Interactions médicamenteuses » dans le support

Les effets indésirables plus importants concernent le changement du rythme des saignements. Ils peuvent être rares ou absents, faibles, irréguliers, prolongés, fréquents.

L'absence de saignement (aménorrhée) nécessite des explications détaillées :

Elle est liée à la prise continue. Elle évite l'anémie, la fatigue, les règles douloureuses. Il n'y a pas de risque de grossesse s'il n'y a pas eu d'oubli (faire au plus un test de grossesse).

Certaines femmes culturellement ne supportent pas l'absence de règles. Il faut en tenir compte et les renvoyer vers le prescripteur. D'autres femmes, au contraire, sont très heureuses de ne pas avoir de règles mensuelles.

On retrouve également comme effets indésirables des maux de tête, des nausées, une tension des seins, des douleurs du bas ventre, la prise de poids, l'acné, la séborrhée et la chute modérée des cheveux chez les femmes prédisposées.

Conseil à l'officine

Prévenir les femmes que leurs règles ne seront à peu près régulières que dans seulement 30 % des cas. Plus la prise est régulière, moins il y a d'effets indésirables, notamment les spotting et moins il y a de risque d'oubli et donc moins de risque de grossesse.

Quand commencer ?

- le premier jour des règles ou selon la technique du Quick start
- 3 semaines après un accouchement
- en relais d'une pilule estroprogestative, le lendemain du dernier comprimé
- 1 semaine avant le retrait d'une contraception intra-utérine.

Attention

Il y a un risque de grossesse en cas d'oubli de **plus de 3 heures pour le lévonorgestrel 30µg** (Microval®) et de **plus de 12 heures pour le désogestrel 75 µg** (Cérazette® et génériques). La conduite à tenir en cas d'oubli, vomissements, diarrhée est la même que pour les pilules estroprogestatives.

Chapitre 6 - Les contraceptions intra-utérines

6.1 Les dispositifs intra-utérins au cuivre

C'est un petit dispositif très léger en plastique, en forme de T autour duquel sont enroulés des fils de cuivre. Il se pose lors d'une consultation médicale par un médecin ou une sage femme. La pose se fait en fin des règles (col assoupli), ou à n'importe quel moment après avoir vérifié que la femme n'est pas enceinte. De nombreux médecins prescrivent en préalable des AINS car c'est le plus efficace sur les douleurs gynécologiques.

Certains médecins ont recours au misoprostol (Gymiso®, MisOone®) à prendre entre 1h et 3h avant la pose. Cette pratique pour dilater le col de d'utérus est hors AMM.

C'est un des moyens de contraception les plus efficaces.

Il assure une contraception efficace de 5 à 10 ans selon les fabricants.

Surveiller 2 à 3 mois après la pose, puis 1 ou 2 fois par an.

Exemples :

- UT380®, NT380®, etc. : DIU standard (largeur : 29,9 mm / longueur : 34 mm)

- UT380 short®, NT380 short®, etc. : DIU (largeur : 23,2 mm / longueur : 29,5 mm) adaptés aux nullipares et aux femmes ayant une petite cavité utérine.

Le cuivre est toxique pour l'ovule et les spermatozoïdes. Cette toxicité est prépondérante dans le mécanisme d'action et l'efficacité des DIU au cuivre. Le cuivre inhibe également la pénétration des spermatozoïdes dans le mucus cervical. Il y a en parallèle une réaction inflammatoire stérile de l'endomètre mais qui est considérée comme secondaire.

Médicalement, on considère qu'il y a grossesse à partir du moment où il y a implantation de l'embryon dans la paroi utérine et relations hormonales entre la mère et l'embryon. Le DIU n'est donc pas abortif et bien un moyen de contraception.

Toutes les femmes, quel que soit leur âge, peuvent bénéficier de ce type de contraception, y compris celles qui n'ont pas d'enfant. La fertilité revient très rapidement après le retrait d'un DIU.

A Retenir

Préférer le terme de DIU à l'appellation classique de "stérilet" qui peut induire une idée fautive de risque sur la fertilité de la femme.

Les contre-indications sont les suivantes : dans le mois qui suit un accouchement, cancer de l'ovaire ou de l'endomètre, risques majeurs d'IST : multipartenariat, malformations utérines, infection vaginale en cours, allergie au cuivre, traitements anticoagulants (pas de données alarmantes).

Les risques de complications sont les suivants : maladie inflammatoire pelvienne chez les femmes ayant une IST préalable (chlamydia ou gonorrhée), rares perforations ponctuelles à la pose, guérissant sans traitement, exceptionnelles migrations du DIU. Le risque est principalement un risque infectieux lors de la pose ou des changements de DIU.

Les effets indésirables sont notamment une augmentation assez fréquente de la durée et de l'abondance des règles qui deviennent parfois douloureuses les premiers mois. Cela peut contribuer à une anémie, principalement chez les femmes ayant un déficit en fer préalable.

Conseil à l'officine

- montrez la photo du DIU dispensé (ou spécimen demandé au laboratoire) pour lutter contre les idées reçues concernant sa taille et son poids
 - rassurez sur les fils de nylon qui ne sont pas gênants car ils se recourbent sur le col et ne sont pas perçus (en particulier au moment du rapport sexuel)
 - expliquez que l'efficacité n'est diminuée ni par les anti-inflammatoires ni par les antibiotiques
 - rappelez les effets indésirables pour faciliter leur acceptation
 - invitez à consulter en cas de douleurs pelviennes et pertes vaginales anormales
- Si une femme est enceinte sous DIU, elle peut mener la grossesse à terme.

6.2 Les systèmes intra-utérins au lévonorgestrel

Bien que parfois dénommés « dispositifs libérant du lévonorgestrel », les SIU au lévonorgestrel (Mirena®, Jaydess® et Kyleena®) sont officiellement considérés comme des médicaments, à l'inverse des dispositifs intra-utérins (DIU) au cuivre qui sont des dispositifs médicaux. Ils constituent une excellente contraception mais sont en principe des moyens contraceptifs de 2ème intention après le DIU au cuivre. Les conseils sont identiques à ceux donnés lors de la délivrance d'un DIU au cuivre.

Notez

Les systèmes intra-utérins ayant la **particularité de donner des aménorrhées**, rassurez les patientes inquiètes sur cette absence de règles. Expliquez-leur que cela peut améliorer notamment les réserves en fer et lutter contre l'anémie. Elles peuvent éventuellement faire un test de grossesse pour se rassurer (environ après 6 semaines d'aménorrhée) mais pas plus en l'absence d'autres symptômes.

Mirena® (52 mg de lévonorgestrel)

C'est un support plastique en T portant un réservoir qui délivre le lévonorgestrel en continu (20 µg/24 h) pour une période de 5 ans. L'action contraceptive est surtout due à l'effet local du progestatif (le lévonorgestrel) qui provoque notamment une imperméabilisation de la glaire et une atrophie endométriale.

La pose, le retrait et la surveillance de Mirena® sont identiques à ceux des DIU au cuivre.

Les contre-indications sont les mêmes que celles des DIU au cuivre.

Malgré son faible passage systémique, le lévonorgestrel expose en plus les femmes à des affections hépatiques aiguës, des tumeurs hormono-dépendantes, une thrombophlébite évolutive.

Les effets indésirables sont :

- des modifications du cycle (spottings, règles prolongées ou raccourcies, absence de règles plus ou moins bien vécue suivant les femmes) comparables à ceux des pilules microprogestatives ou de l'implant, avec une période d'adaptation de 3 à 6 mois.

Mirena® est **particulièrement intéressant chez les femmes qui ont des règles abondantes ou une anémie.**

- des kystes fonctionnels de l'ovaire
- une tension des seins
- une prise de poids et de l'acné chez les femmes prédisposées

Chapitre 7 - Autres méthodes de contraception

Elles dépendent de la motivation des utilisateurs et doivent être utilisées à **chaque rapport sexuel**, quel que soit le moment du cycle.

7.1 Méthodes barrières de contraception

Les préservatifs masculins et féminins : Le principe, simple, consiste à empêcher l'émission de spermatozoïdes susceptibles de traverser le col. Bien que simple, cette méthode requiert un apprentissage et un usage correct à chaque acte sexuel pour la plus grande efficacité.

Attention

Il y a toujours de très nombreux accidents de préservatifs en France (glissements, ruptures, porosité, etc.) et qui ne sont pas toujours suivis d'une prise de contraception d'urgence. Ces incidents sont favorisés par l'utilisation de préservatifs non marqués (NF ou CE), des poses défectueuses ou encore la sécheresse vaginale.

A Retenir

Il s'agit de la seule méthode de protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), comme par exemple le SIDA, les hépatites B. Pour prévenir ce risque, il est donc conseillé de l'associer aux méthodes hormonales.

> Sur le préservatif masculin :

Dans le cadre de la stratégie de prévention des IST 2018-2022, certains préservatifs (ex. : Eden®) sont désormais pris en charge par l'Assurance Maladie sur prescription d'un médecin ou d'une sage-femme. Pour agir au mieux, il est intéressant d'avoir une gamme étendue de préservatifs hypoallergéniques, en polyuréthane, de proposer des préservatifs résistants (ex. : Reflex condoms ultra plus®).

Si le préservatif est la seule contraception utilisée, il est important d'expliquer au couple que ce n'est pas la méthode de contraception la plus fiable et de lui proposer d'avoir une contraception d'urgence d'avance pour pouvoir la prendre en cas d'accident de préservatif.

Attention

Il existe un risque de perte d'efficacité du préservatif en latex en cas de traitement local vaginal (souvent des ovules, contenant principalement des antifongiques). Il est alors prudent de recommander d'utiliser des préservatifs sans latex, par exemple en silicone ou en polyuréthane.

> Sur le préservatif féminin (So Sexy®) : il s'agit d'une gaine de nitrile lubrifiée extrêmement résistante. Il est de même longueur mais beaucoup plus large que le préservatif masculin pour s'adapter et se mouler à la paroi vaginale.

Notez

La largeur du préservatif féminin étonne et rebute souvent les utilisateurs.

Il permet à la femme de se protéger quand il y a refus ou réticence du compagnon de mettre un préservatif masculin.

Les avantages sont : absence d'allergie, pas de compression du pénis, protection des organes génitaux externes (intéressant en cas d'herpès ou de condylomes vulvaires), mise en place possible 8 h avant le rapport, pas de nécessité de le retirer immédiatement après l'éjaculation.

Le diaphragme : Il s'agit d'un disque souple, bombé, en **silicone**, réutilisable, à placer au fond du vagin obligatoirement **avec un spermicide**. L'objectif est d'empêcher les spermatozoïdes de franchir le col de l'utérus. Le diaphragme le plus fréquemment prescrit aujourd'hui est un diaphragme à taille unique, Caya® (réutilisable pendant environ 2 ans si l'entretien est correct). Il doit être mis au maximum 2h avant ou au moment du rapport sexuel. Il doit être retiré entre 3 et 24h. après le dernier rapport sexuel.

Attention

Les diaphragmes n'exercent pas de protection valable contre les infections sexuellement transmissibles (IST).

Les capes cervicales : Actuellement, Femcap® est la seule cape en silicone réutilisable commercialisée mais elle est très peu employée car elle obture un tiers du vagin et est gênante pour l'homme. Cette méthode est un des moyens de contraception barrière les moins efficaces.

7.2 Méthodes locales : les spermicides

Les spermicides sont à base de chlorure de benzalkonium (ex. : Pharmatex®) ou de chlorure de miristalkonium (ex. : Alpagelle®), produits surfactifs qui tuent les spermatozoïdes par déséquilibre osmotique. Ils peuvent exister sous différentes présentations (ovules, capsules, comprimés vaginaux, crèmes en canule à usage unique ou tubes de crème avec ou sans applicateur).

Ils sont très peu utilisés comme seule méthode de contraception (0,2 à 0,4 % des femmes en France). Ils sont davantage utilisés en appoint, avec les diaphragmes par exemple ou les préservatifs. Ils peuvent être utiles pour espacer les naissances ou en péri-ménopause, quand la fertilité diminue. Leur utilisation n'est pas suffisamment efficace pour être conseillée dans l'année qui suit un accouchement, les chiffres montrant que les grossesses survenant à ce moment sont très souvent interrompues (10% des IVG).

Attention

Les spermicides ne protègent pas des infections sexuellement transmissibles.

Rappeler de respecter le mode d'emploi, entre autres :

- la non introduction de savon ou de médicaments anioniques (antiseptiques type Dermacide®) dans le vagin qui diminuent l'efficacité contraceptive
- la possible inactivation d'un spermicide en cas de traitement local vaginal (souvent des ovules, contenant principalement des antifongiques)
- la possibilité d'une intolérance locale

7.3 Méthodes naturelles de contraception

Ces méthodes ne doivent pas être stigmatisées. Elles sont une option contraceptive pour des couples motivés qui ne souhaitent pas recourir à une autre méthode pour des raisons privées, philosophiques ou religieuses.

Le retrait ou coït interrompu : Il s'agit du retrait de l'homme du vagin avant éjaculation.

Cette méthode est peu sûre car l'éjaculation et l'orgasme ne sont pas toujours simultanés, les sécrétions séminales avant l'éjaculation peuvent contenir des spermatozoïdes et en cas d'éjaculation à la vulve, des spermatozoïdes peuvent gagner le col de l'utérus.

L'abstinence périodique : L'analyse de la glaire par la femme elle-même et/ou la réalisation d'une courbe de température permettent de déterminer la période la plus fécondante (5 jours avant l'ovulation) où il faut éviter une émission de spermatozoïdes dans le vagin. Certaines femmes optimisent l'étude de leur cycle en utilisant des home-tests d'ovulation.

En cas d'allaitement maternel strict : La prolactine s'élève puis baisse au bout de 10-15 jours avec une sécrétion pulsatile jusqu'à 3 mois, inhibant ainsi la FSH et l'ovulation. C'est cette sécrétion de prolactine qui est utilisée dans la méthode de contraception la plus utilisée au monde, dite MAMA (Méthode par l'Allaitement Maternel et l'Aménorrhée). Cette sécrétion de prolactine peut durer jusqu'à 6 mois, si les conditions strictes suivantes sont respectées :

- l'allaitement doit être exclusif (aucun complément de lait artificiel car cela espace les tétées),
- le bébé doit avoir moins de 6 mois,
- la mère ne doit pas avoir eu son retour de couches (autrement dit, pas de règles),
- il ne doit pas y avoir plus de 4 heures entre 2 tétées de bonne qualité en journée (5 à 6 heures la nuit)

Chapitre 8 - Les contraceptions d'urgence

8.1 La contraception d'urgence par voie orale

En France, 2 types de contraception d'urgence par voie orale sont disponibles : le **lévonorgestrel** (ex. : Norlevo®, Lévonorgestrel Biogaran®, Lévonorgestrel EG®, Lévonorgestrel Mylan®, Levosolo®) et l'**ulipristal** (Ellaone®).

Présentation :

- Le lévonorgestrel est un progestatif de 2ème génération.
- L'ulipristal appartient à une nouvelle classe de médicaments : les SPRM (modulateurs sélectifs des récepteurs de la progestérone). Sa structure chimique est proche de la

mifépristone (Mifegyne®, Miffee®) mais l'ulipristal n'est pas abortif aux doses préconisées (30 mg).

Mécanisme d'action :

Il s'agit de contraception de rattrapage après un échec ou un oubli de contraception. Ces 2 contraceptions d'urgence visent à décaler l'ovulation au-delà des 4 jours pendant lesquels les spermatozoïdes sont féconds. Les mécanismes d'action sont encore mal connus.

Posologie :

- Le lévonorgestrel : un comprimé (dosé à 1,5 mg) à prendre au plus tôt après le rapport sexuel à risque (si possible dans les 12 heures) et au plus tard dans les 72 heures (3 jours).
- L'ulipristal : un comprimé (dosé à 30 mg) à prendre au plus tôt après le rapport sexuel à risque et au plus tard dans les 120 heures (5 jours).

Attention

La contraception d'urgence est encore improprement appelée « pilule du lendemain », ce qui peut induire en erreur les femmes qui pensent qu'elle doit être prise le lendemain du rapport sexuel. Or, elle doit être prise le plus tôt possible (au plus tard dans les 3 jours après le rapport pour le lévonorgestrel ; dans les 5 jours après le rapport pour l'ulipristal).

Efficacité :

- Selon l'OMS : l'efficacité est de 95% si la prise du lévonorgestrel a lieu dans les 24 heures suivant le rapport sexuel à risque. Il y a une réduction d'au moins 75% du risque de grossesse si la prise a lieu dans les 72 heures suivant le rapport sexuel à risque.
- Selon les données HRA Pharma, l'efficacité de l'ulipristal est supérieure à celle du lévonorgestrel. Mais à ce jour, aucune étude indépendante n'a confirmé cette notion.

Des études suggèrent une possible baisse d'efficacité des 2 contraceptions d'urgence par voie orale chez les femmes en surpoids et obèses, mais ces études ne sont pas suffisamment solides pour recommander d'augmenter les posologies chez ces femmes.

L'ulipristal est déconseillé pendant la grossesse. S'il est dispensé au comptoir, le pharmacien doit s'assurer de l'absence de grossesse en vérifiant notamment qu'il n'y a pas de retard de règles, ni de symptômes évocateurs (de type nausées, seins tendus, etc.).

Conduites à tenir :

Si la femme ne prend pas de pilule contraceptive : la conduite à tenir est identique quelle que soit la contraception d'urgence choisie :

- Prise de la contraception d'urgence au plus tôt après le rapport sexuel à risque
- Protéger les rapports suivants jusqu'aux règles
- Faire un test de grossesse si 7 jours de retard de règles

Si la femme prend une pilule contraceptive : la conduite à tenir diffère selon la contraception d'urgence choisie :

Si lévonorgestrel

- Prise du comprimé de lévonorgestrel au plus tôt après le rapport sexuel à risque
- Continuer la pilule contraceptive habituelle
- Contraception locale (ex. préservatif) pendant 7 jours, le temps de retrouver l'efficacité de la contraception.

Si ulipristal

- Prise du comprimé d'ulipristal au plus tôt après le rapport sexuel à risque
 - Continuer la pilule contraceptive habituelle
 - Contraception locale pendant 12 jours.
- En effet, l'efficacité contraceptive peut être diminuée car il y a un antagonisme d'action (effet annulé) entre l'ulipristal et le progestatif

Pour vérifier que la contraception d'urgence a été efficace, il est possible de conseiller de faire un test de grossesse 21 jours après le rapport à risque.

Il est recommandé de remettre une brochure d'informations lors de toute délivrance de contraception d'urgence par voie orale. Vous pouvez commander des exemplaires de ces brochures sur le site du Cespharm.

Conseil à l'officine

Expliquez bien aux femmes que la contraception d'urgence n'est pas un moyen de contraception comme le sont par exemple une pilule, un dispositif intra-utérin ou un préservatif. Il s'agit plutôt d'une « bouée de sauvetage » ou d'une « contraception de rattrapage ».

Législation :

Le lévonorgestrel ou l'ulipristal peut être dispensé par l'équipe officinale, soit :

- sur prescription médicale : la prescription peut être réalisée par un médecin ou une sage-femme. La contraception d'urgence est alors remboursable.

- sans prescription médicale : la contraception d'urgence n'est pas remboursable, sauf pour les mineures où la délivrance doit être anonyme et gratuite.

*** Autres acteurs autorisés à délivrer la contraception d'urgence :**

Services universitaires et interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé : anonyme et gratuite pour les étudiants

Infirmières scolaires : anonyme et gratuite pour les élèves des collèges et lycées (mineures ou majeures)

Centres de planification et d'éducation familiale : anonyme et gratuite pour les mineures, et pour les majeures sans couverture sociale).

Questions en pratique :

Les effets indésirables les plus fréquents sont : les nausées, les saignements dans plus de 10% des cas, le décalage fréquent des règles suivantes (avancées ou retardées).

En cas de vomissement dans les 3 heures suivant la prise, il est conseillé de reprendre un comprimé de lévonorgestrel ou d'ulipristal.

Attention

Il est important que la femme reprenne la même molécule pour éviter tout risque d'interaction entre les 2 contraceptions d'urgence (avec risque de perte d'efficacité).

La contraception d'urgence (lévonorgestrel 1,5 mg et ulipristal 30 mg) n'est pas abortive. Elle ne rend pas la femme infertile.

L'allaitement est non recommandé :

- pendant 8 heures après la prise de lévonorgestrel
- pendant 7 jours après la prise d'ulipristal

Attention

Il ne faut pas prendre les 2 contraceptions d'urgence en même temps ou de façon très rapprochée, car il y a un antagonisme d'action (effet annulé) entre le lévonorgestrel et l'ulipristal.

8.2 Les dispositifs intra-utérins au cuivre

Le DIU est une **excellente contraception d'urgence, s'il est inséré dans les 5 jours qui suivent un rapport sexuel à risque**. Il évite dans ce cas plus de 96% des grossesses.

L'indication du DIU en tant que contraception d'urgence est méconnue et le DIU très peu posé dans cette indication.

C'est un choix particulièrement adapté pour une femme qui envisageait cette contraception, mais trouver un médecin rapidement pour la pose et formé à celle-ci n'est pas toujours facile : penser aux Centres de planification.

Quelle contraception d'urgence préconiser aux femmes sous médicament inducteur enzymatique (ex. : certains antiépileptiques, antirétroviraux, le millepertuis, etc.) ?

Le métabolisme du lévonorgestrel et de l'ulipristal est augmenté par la prise concomitante de médicaments, ou de produits à base de plantes, inducteurs enzymatiques, principalement les inducteurs de l'isoenzyme CYP3A4 du cytochrome P450.

Pour les femmes souhaitant utiliser une contraception d'urgence et ayant été traitées par un produit de santé inducteur enzymatique au cours des 4 dernières semaines, il est préconisé d'utiliser une contraception d'urgence non hormonale, à savoir un dispositif intra-utérin au cuivre. Il peut être placé jusqu'à 5 jours après un rapport sexuel non protégé.

Si elles se trouvent dans l'impossibilité d'utiliser un tel dispositif, il leur est recommandé de doubler la dose standard de lévonorgestrel (de 1,5 mg à 3 mg) afin de compenser la réduction de la concentration plasmatique du lévonorgestrel. L'ulipristal, quant à lui, n'est pas recommandé dans cette situation.

Outils pour votre pratique

Les contraceptions dont l'efficacité dépend de l'observance par les utilisateurs.

L'efficacité est souvent loin d'être parfaite et l'éducation est capitale.

Les contraceptions estroprogestatives



Les micropilules

Estrogène minidosé (Ethinylestradiol ou estrogène «naturel») et **progestatif** (1ère, 2ème et 3ème générations, Autres).

Soit 1 pilule pendant 21 jours + 1 semaine d'arrêt.

Soit 1 pilule pendant 28 jours sans arrêt (soit 26 + 2 placebo, soit 24 + 4 placebo, soit 21 + 7 placebo).

Y PENSER TOUS LES JOURS.

12h de tolérance d'oubli...

Conduite à tenir après 12h d'oubli, après vomissements, après diarrhées :

- prendre immédiatement la pilule oubliée et les suivantes à l'heure habituelle (2 peuvent être prises en même temps)

- prévoir une contraception supplémentaire pendant 7 jours

- prendre une contraception d'urgence si rapport sexuel dans les 5 jours précédant l'oubli

Si l'oubli a lieu dans les 7 dernières pilules actives de la plaquette : finir la plaquette actuelle et enchaîner la plaquette suivante sans faire l'arrêt des 7 jours (ou en jetant les placebo).

Ce raisonnement est valable pour tous les oublis de pilules estroprogestatives, sauf pour Qlaira®.



Le patch hebdomadaire

Ethinylestradiol (estrogène minidosé) et **norelgestromine** (progestatif de 3ème génération).

3 patchs pendant 21 jours + 1 semaine d'arrêt.

1 SEMAINE SANS Y PENSER.

L'oubli de pose du 1er patch est hautement risqué ...

48h de tolérance d'oubli de pose du 2ème ou du 3ème patch ...

Seulement 24h de tolérance de décollement d'un patch...

Conduite à tenir au-delà de la période de tolérance d'oubli (ou de décollement) :

- poser immédiatement un nouveau patch (recommencer un nouveau cycle de 3 patchs, quelle que soit la semaine d'oubli)

- prévoir une contraception supplémentaire pendant 7 jours

- prendre une contraception d'urgence si rapport sexuel dans les 5 jours précédant l'oubli.



L'anneau vaginal

Ethinylestradiol (estrogène minidosé) et **étonogestrel** (progestatif de 3ème génération).

1 anneau pour 3 semaines + 1 semaine d'arrêt.

3 SEMAINES SANS Y PENSER.

1 semaine de tolérance d'oubli de retrait d'anneau le jour prévu...

Conduite à tenir si un anneau vaginal est resté plus de 3 heures en dehors du vagin :

- pendant les 2 premières semaines d'utilisation : reposer le même anneau et utiliser une contraception supplémentaire pendant 7 jours.

- pendant la 3ème semaine d'utilisation : poser un nouvel anneau, ne pas observer de semaine d'arrêt (blocage des règles) et prévoir également une contraception supplémentaire pendant 7 jours.

Dans tous les cas, prendre une contraception d'urgence si rapport sexuel dans les 5 jours précédant l'oubli.

Conduite à tenir en cas d'oubli de remettre un nouvel anneau le jour prévu, après la semaine d'arrêt :

- poser immédiatement le nouvel anneau

- prévoir une contraception supplémentaire pendant 7 jours

- prendre une contraception d'urgence si rapport sexuel dans les 5 jours précédant l'oubli.

Message-clef : 7 jours d'arrêt est la durée maximale de l'arrêt. On peut le réduire sans danger mais l'augmenter expose à un risque de grossesse...

Les micropilules progestatives

Soit un progestatif de 2ème génération (lévonorgestrel type Microval®), soit un progestatif de 3ème génération (désogestrel type Cérazette® et génériques).

1 pilule pendant 28 jours sans arrêt.

Y PENSER TOUS LES JOURS.

Seulement 3h de tolérance d'oubli avec le lévonorgestrel.

12 h de tolérance d'oubli avec le désogestrel.

Conduite à tenir au-delà de la période de tolérance d'oubli, après vomissements, après diarrhées :

- prendre immédiatement la pilule oubliée et les suivantes à l'heure habituelle (2 peuvent être prises en même temps)
- prévoir une contraception supplémentaire pendant 7 jours
- prendre une contraception d'urgence si rapport sexuel dans les 5 jours précédant l'oubli.


Les méthodes « barrière »

 **Préservatif masculin**

 **Cape cervicale**

 **Spermicide**

 **Préservatif féminin**

 **Diaphragme** (Laisser en place 8h au moins après le rapport sexuel)

Y PENSER AVANT CHAQUE RAPPORT.

Conduite à tenir en cas d'échec de la méthode choisie :

- prendre immédiatement la contraception d'urgence au plus tôt après le rapport sexuel
- protéger les rapports suivants jusqu'aux règles
- faire un test de grossesse si 5 jours de retard de règles

Les méthodes naturelles

Courbes de température, auto-analyse de la glaire cervicale, home-tests d'ovulation, etc.

Y PENSER TOUS LES JOURS.

Abortif : Qui entraîne un avortement, c'est-à-dire une interruption de grossesse. Médicalement, on considère qu'il y a grossesse à partir du moment où il y a implantation de l'embryon dans la paroi utérine et relations hormonales entre la mère et l'embryon.

Androgénique : Qui reproduit l'effet des hormones androgènes (hormones mâles).

Anti gonadotrope : Qui bloque les sécrétions hypophysaires (FSH et LH) qui stimulent l'ovaire.

Atrophie endométriale : « Mauvaise repousse » de l'endomètre qui devient irrégulier, ce qui entraîne un mauvais contrôle du cycle avec possibilité de saignements anarchiques, irréguliers ou une absence totale de saignement (aménorrhée).

Aura : Ensemble de signes neurologiques associés à la douleur migraineuse (troubles visuels, sensitifs et/ou d'élocution transitoires).

Capacités : Avec un pouvoir fécondant conservé.

Coït : Rapport sexuel.

Contraception : Interruption temporaire de la capacité de procréer.

Contraceptifs oraux : Contraceptifs oraux associant soit un œstrogène et un progestatif, soit un microprogestatif seul.

Contraceptifs oraux combinés (COC) : Contraceptifs oraux associant un œstrogène et un progestatif.

Contra-gestation : Non implantation d'un œuf fécondé.

Corps jaune : Devenir du follicule dominant après l'ovulation responsable de la sécrétion de l'œstrogène et de la progestérone.

Endocrine : Sécrétions hormonales vers l'intérieur de l'organisme. Ce terme s'oppose à « exocrine » où les sécrétions se font vers l'extérieur de l'organisme (ex. sueur).

Eutrophie endométriale : Endomètre équilibré (ni atrophique ni hyperplasique), ne saignant pas.

Indice de Pearl (IP) : Nombre de grossesses pour 100 femmes par an.

Inserteur : Tube dans lequel se trouve le dispositif intra-utérin, et qui permet de l'insérer au fond du vagin.

IST : Infection sexuellement transmissible.

Métrorragie : Saignement en dehors des règles imposant le port d'une serviette hygiénique.

Observance : Capacité à suivre une prescription de manière qualitative (par exemple, bien prendre 1 comprimé par jour chaque jour).

Persistance : Capacité à suivre dans la durée une prescription donc éviter les arrêts prématurés.

Salpingite : Infection des trompes de Fallope.

Spotting : Petit saignement ne nécessitant pas le port d'une serviette hygiénique.

Références bibliographiques

HAS « Fiche Mémo – Contraception hormonale orale : dispensation en officine », décembre 2013 – Mise à jour juillet 2019

HAS « Fiche Mémo – Contraception estroprogestative transdermique ou vaginale : dispensation en officine », décembre 2013 – Mise à jour juillet 2019

HAS « Fiche Mémo – Contraception chez la femme adulte en âge de procréer (hors post-partum et post IVG) », janvier 2015 – Mise à jour juillet 2019

HAS « Fiche Mémo – Contraception : prescriptions et conseils aux femmes », juillet 2013 – Mise à jour juillet 2019

HAS « Fiche Mémo – Contraception chez la femme en post-partum », juillet 2013 – Mise à jour juillet 2019

HAS « Fiche Mémo – Contraception chez la femme à risque cardiovasculaire », juillet 2013 – Mise à jour juillet 2019

HAS « Fiche Mémo – Contraception d'urgence », décembre 2013 – Mise à jour juillet 2019

HAS. Fiche mémo « Contraception chez l'adolescente », juillet 2013, Mise à jour mars 2018.

HAS. Focus « Document de synthèse, Méthodes contraceptives », mars 2013, dernière modification novembre 2017.

ANSM. Thésaurus des interactions médicamenteuses, septembre 2016. Actualisation mars 2018.

« Infirmiers et pharmaciens autorisés à prolonger une contraception orale ». Décret no 2012-883 du 17-07-2012 (JO du 19-07-2012). La revue Prescrire 2012 tome 32 n°350 : 903-904.

« Procédure pour la délivrance d'une boîte de médicament en « dépannage dans le cadre d'une ordonnance venue à expiration lors d'un traitement chronique ». Décret n°2008-108 et arrêté du 5 février 2008 pris pour l'application de l'article L.5125-23-1 du Code de la santé publique.

« Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes de contraception », 5ème édition, OMS Genève, SHR santé et recherche génésique.

« Contraceptifs oraux estroprogestatifs : préférez les « pilules » de 1ère ou 2ème génération - Fiche BUM », HAS, Novembre 2012.

Family planning, a global Handbook for providers, 2007. United States Agency for International Development, Office of Population and Reproductive Health, World Health Organisation.

« Baromètre santé 2016 », Contraception, Santé Publique France.

« Conseiller et accompagner. Rôle du pharmacien. Informations et ressources pour le pharmacien ». Comité d'éducation Sanitaire et Sociale de la pharmacie Française (Cespharm), avril 2015

« 216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2017 », Drees n°1081, septembre 2018

« Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception ? » Centre d'analyse stratégique, La note d'analyse n°226, juin 2011 : figures 1 et 2 page 3

« Prescription des pilules de 2ème génération contenant du lévonorgestrel en 1ère intention ». ANSM Point d'information du 1/10/2012

« Contraceptifs oraux combinés (COC) et risque de thrombose veineuse : Préférer les pilules de deuxième génération contenant du lévonorgestrel » - Lettre aux professionnels de santé, ANSM, 21/12/2012

« Evra® (patch contraceptif) et risque de thrombose veineuse : préférer un contraceptif oral combiné (COC) de 1ère ou 2ème génération » - Point d'Information, ANSM, 27/02/2013

« Les contraceptifs estroprogestatifs oraux de 1er choix sont ceux qui contiennent une faible dose de EE (inférieure à 50 microgrammes) associée au lévonorgestrel ou à la noréthistérone ». Prescrire Mai 2011 tome 31 n°331 : 344

« Interactions entre ulipristal et contraception hormonale : quelles preuves ? ». Prescrire en questions, octobre 2019, tome 39, n°432, p 788-789.

« Contraception postcoïtale : ulipristal plus efficace que lévonorgestrel ? », Prescrire Juin 2018 Tome 38 n°416 p 469-470

« NorLevo, Levonorgestrel Biogaran, Levonorgestrel EG, Levonorgestrel Mylan 1,5 mg, comprimé – Contraception hormonale d'urgence contenant du lévonorgestrel : nouvelle recommandation pour les utilisatrices de médicaments inducteurs enzymatiques » - ANSM, Lettre aux professionnels de santé du 17/01/2017

Sites Web :

Ministère de la Santé-INPES : www.choisirscontraception.fr (consulté le 11/02/2019)

www.onsexprime.fr

Mouvement Français pour le Planning Familial : www.planning-familial.org (consulté le 11/02/2019)

Association Française pour la Contraception (AFC) : www.contractions.org (consulté le 11/02/2019)

Site des gynécologues obstétriciens du Canada : www.masexualite.ca (consulté le 21/01/2019)

Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) : www.ansm.sante.fr

Assurance Maladie : Délivrance de la contraception - La contraception pour les jeunes filles mineures : www.ameli.fr/professionnels-de-sante/pharmaciens/exercer-au-quotidien/delivrance-de-la-contraception/la-contraception-pour-les-jeunes-filles-mineures.php (consulté le 18/03/2019)

Haute Autorité de Santé : www.has-sante.fr (consulté le 18/03/2019)

Cespharm : www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/Catalogue/ (consulté le 18/03/2019)