

Contraception

Les recommandations HAS

Recommandations HAS

- Recommandations pour la pratique clinique : stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme.
ANAES, 7 décembre 2004

- Laisser les personnes choisir (considérer l'accord du partenaire)
- Consultation spécifique
- Adolescente sans ses parents, confidentiel
 - Préservatif masculin, COC

- Adapter la consultation et la prescription à chaque consultante
- Faire le point sur le plan médical mais aussi socio économique et psychologique
- Associer la patiente et le couple au choix de la contraception en fonction de sa situation et de sa trajectoire personnelle
- Examen clinique général, recherche des ATCD personnels et familiaux (HTA, diabète, hyperlipidémie, migraine, MTEV)
- Examen gynécologique et sanguin expliqués et programmés (à 3 à 6 mois), FCV à 5 ans des premiers rapports.

- COC en première intention en l'absence de facteur de risque particulier (cardio vasculaire, cancéreux, hépatique...)
- Bénéfice potentiel non contraceptif des COC en particulier dans la prévention de certains cancers (endomètre, ovaire, colo rectum...)
- Augmentation du risque thrombo embolique pour toutes les générations de pilules OP, en particulier si ignorance des facteurs de risque
- Augmentation potentielle du risque de cancer du sein et du col de l'utérus mais découverte plus précoce et pas de différence en terme de mortalité

- Possibilité d'utiliser un progestatif seul
 - Si contre indication aux OP
 - Contraception à part entière
- DIU
 - Contraception de première intention y compris chez la nullipare, sans risque cardio vasculaire ou cancéreux
 - Risque de stérilité tubaire non démontré
 - Risque infectieux (3 semaines)
 - Risque de GEU relativement faible
 - Information +++
 - Tenir compte du désir d'enfant ultérieur

- Méthodes de stérilisation
 - Irréversible,
 - Indications
 - Délai de réflexion
 - Consentement signé obligatoire
- Préservatifs
 - Seuls moyens efficaces contre les IST
 - Pédagogie ciblée
- Information de l'existence d'une contraception de rattrapage
 - Hormonale (d'autant plus efficace qu'elle est utilisée plus précocement après le rapport non protégé)
 - DIU au cuivre
- CAT en cas d'oubli

Reco HAS Novembre 2012

- Les contraceptifs oraux estroprogestatifs (COEP) sont parmi les moyens les plus efficaces (indice de Pearl < 1) pour la prévention des grossesses non désirées.
- L'efficacité des différents types de COEP est du même ordre.
- Tous les contraceptifs estroprogestatifs sont associés à une augmentation du risque d'accident thromboembolique artériel ou veineux. Avant leur prescription, il est indispensable de rechercher des facteurs de risque thromboembolique personnels ou familiaux. Chez les femmes ayant des facteurs de risque constituant une contre-indication, un autre mode de contraception devra être proposé.
- Les COEP dits de 3e génération (C3G, contenant du désogestrel, du gestodène ou du norgestimate) exposent les femmes à un surrisque d'accident thromboembolique veineux par rapport aux COEP dits de 1re ou 2e génération (C1G ou C2G).
- Aucune étude n'a démontré que les C3G apportaient un bénéfice supplémentaire par rapport aux C1G/C2G sur les effets indésirables comme l'acné, la prise de poids, les nausées, les mastodynies, la dysménorrhée, l'aménorrhée et les méno-métrorragies.
- Du fait de leur moindre risque thromboembolique veineux pour une efficacité comparable, la HAS considère que les contraceptifs oraux de 1re ou de 2e génération doivent être préférés à ceux de 3e génération.

Reco HAS Novembre 2012

- Tous les COEP entraînent une augmentation du risque d'événement thromboembolique veineux, d'infarctus du myocarde et d'accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique. C'est pourquoi toute prescription de COEP doit être précédée d'une recherche des facteurs de risque personnels ou familiaux de thrombose.
- En effet, si le risque cardiovasculaire lié aux COEP est faible dans l'absolu, il est accru en cas d'association à d'autres facteurs de risque, à réévaluer à chaque prescription, notamment :
 - ● tabagisme : l'arrêt du tabac doit être préconisé et accompagné ;
 - ● anomalies de la coagulation, d'origine génétique en particulier : il faut les rechercher en cas d'antécédents familiaux (et bien sûr personnels) d'accidents cardiovasculaires ;
 - ● âge : le risque thromboembolique augmentant avec l'âge, le rapport bénéfice/risque des COEP devra être réévalué individuellement et de façon régulière à partir de 35 ans.
 - ■ Par ailleurs, les utilisatrices de COEP doivent être informées des signes évocateurs d'accident vasculaire.

ANSM

- **Le rapport bénéfice/risque des contraceptifs oraux combinés reste positif quelle que soit leur composition, à condition de respecter les contre-indications et les précautions d'emploi. Néanmoins, afin de minimiser le risque de thrombose lié aux COC, qu'il soit veineux ou artériel, le rapport bénéfice/risque doit être évalué pour chaque patiente. L'ANSM recommande aux prescripteurs :**
- **1 – de privilégier la prescription des COC de deuxième génération** contenant du lévonorgestrel. Le e surrisque thromboembolique veineux ne justifie pas un arrêt brutal d'un COC dit de 3 génération ou d'un COC contenant de la drospirénone jusque là bien supporté chez une femme utilisatrice depuis une longue période. A l'issue de la prescription en cours, le prescripteur envisagera, avec la femme déjà ☐ sous COC dit e de 3 génération ou contenant de la drospirénone, la méthode la plus appropriée pour elle (autre contraceptif 2 oral, dispositif intra-utérin, etc.) .
- **2 – de rechercher les facteurs de risque, notamment de thrombose, lors de toute prescription d'un COC à une nouvelle utilisatrice, c'est-à-dire :**
 - a) procéder à un interrogatoire complet sur les antécédents médicaux personnels et familiaux afin d'identifier d'éventuels facteurs de risque, notamment de thrombose veineuse,
 - b) identifier un tabagisme,
 - c) effectuer un examen clinique afin de dépister notamment une éventuelle hypertension artérielle,
 - d) effectuer un bilan lipidique et un dosage de glycémie.
- Lorsqu'un facteur de risque de thrombose est identifié à l'occasion de la prescription d'un COC, la prise en compte des contre indications et des précautions d'emploi dans l'évaluation individuelle du rapport bénéfice/risque peut conduire à proposer un mode de contraception non estroprogestatif.

ANSM

Commission de suivi du rapport bénéfice/risque des produits de santé n°1 19 mars 2013

- Il sera désormais demandé aux prescripteurs et aux dispensateurs :
 - de vérifier les facteurs de risques (FDR) de thrombose des patientes ;
 - d'informer les patientes des risques encourus ;
 - de mentionner sur l'ordonnance que les FDR ont été recherchés lors de la prescription et que la patiente a été informée ;
 - de vérifier la présence de cette mention lors de la délivrance.

ANSM

- Diane 35
- A l'issue de l'évaluation de toutes les données disponibles¹, le PRAC a considéré□ comme modérée l'efficacité□ de Diane 35 et de ses génériques dans le traitement de l'acné□. Le PRAC a donc proposé de restreindre l'utilisation de Diane 35 et ses génériques à une population cible pour laquelle le rapport bénéfice/risque reste favorable sous réserve de modifications portant sur les indications, contre-indications et précautions d'emploi. L'utilisation de Diane 35 et ses génériques devrait ainsi désormais être restreinte aux femmes en âge de procréer, qui présentent une acné□ modérée à sévère, dans un contexte d'hyperandrogénie et en cas d'échec des traitements de première intention (topiques et antibiothérapie par voie systémique).

ANSM

- **Questions – Réponses pilule contraceptive**
- **26 juin 2013**

- Le point en 24 questions :
- 1. Quelles sont les récentes recommandations émises par le Ministère de la Santé concernant les pilules contraceptives ?
- 2. Qu'est-ce qu'une pilule ?
- 3. Que signifie le terme « génération » d'une pilule ?
- 4. Comment savoir de quelle génération est ma pilule ?
- 5. A qui poser des questions sur la pilule contraceptive que je prends actuellement ?
- 6. Je prends depuis plusieurs mois/années une pilule de 3ème ou 4ème générations, dois-je arrêter de prendre ma pilule ?
- 7. Dois-je aller voir mon médecin ou mon gynécologue pour me faire prescrire une nouvelle pilule ?
- 8. Quels sont les risques de la prise des pilules de 3ème et 4ème générations ?
- 9. Mon médecin m'a récemment prescrit une pilule de 2ème génération, quels sont les risques de ces pilules ?
- 10. Parmi les pilules de 2ème génération, quelles sont celles qui présentent le moins de risque ? 11. Quelles sont les contre-indications à la prise des COC ?
- 12. Qu'est-ce qu'une thrombose veineuse ?
- 13. Qu'est-ce qu'une thrombose artérielle ?
- 14. Quels sont les signes cliniques évocateurs de phlébite ?
- 15. Quels sont les signes cliniques évocateurs d'embolie pulmonaire ?
- 16. Quels sont les signes cliniques évocateurs d'accident vasculaire cérébral (AVC) ?
- 17. Quels sont les signes cliniques évocateurs d'infarctus du myocarde ?
- 18. Quel est le risque de thrombose veineuse avec les COC contenant de l'estradiol ?
- 19. Qu'en est-il des pilules comportant un progestatif seul comme Cérazette (désogestrel) ou Microval (lévonorgestrel) ?
- 20. Quels sont les facteurs qui augmentent le risque de thromboses veineuse et artérielle ?
- 21. Ma « pilule » m'a été prescrite pour de l'acné (Diane 35 ou Minerva). Quel est son risque ?
- 22. Y-a-t-il des risques similaires de thrombose avec les autres modes de contraception hormonale (anneau vaginal, implant sous-cutané, dispositif transdermique, stérilet hormonal, contraceptif uniquement progestatif) ?
- 23. Existe-t-il des tests (sanguin) à réaliser pour vérifier si je peux continuer à prendre ma pilule de 3ème et 4ème générations sans risque ?
- 24. Si les pilules de 3ème et 4ème génération ont un risque de thrombose veineuse (phlébite ou embolie pulmonaire) doublé, pourquoi ne pas les interdire ? Quelle est la position des autres pays européens ?