

# CHOISIR LA MEILLEURE MÉTHODE CONTRACEPTIVE UN JEU D'ENFANT ?

Julie, 16 ans, est active sexuellement depuis quelques mois. Elle vous consulte pour une ordonnance de pilule contraceptive. Elle a déjà fait une migraine et a des antécédents familiaux de premier degré de thrombo-embolie veineuse. La pilule lui convient-elle ? Y a-t-il d'autres éléments à considérer ?

Françoise Gendron et Caroline Massicotte

Les femmes et les couples passent en moyenne plus de trente ans de leur vie à tenter d'éviter des grossesses<sup>1</sup>. Le choix d'un moyen contraceptif repose sur plusieurs éléments qui doivent être abordés avec eux. La méthode utilisée variera tout au long de leur vie reproductive. Une démarche de soutien pour en faciliter le choix est proposée ici (figure 1<sup>2</sup>). Cet article en décrira les différentes étapes. Une telle démarche nécessite une certaine disponibilité de la part du clinicien. Elle privilégie une approche motivationnelle qui mènera à l'option qui convient le mieux à la femme ainsi qu'à une meilleure observance<sup>3</sup>.

## LA DEMANDE INITIALE

Une femme peut demander une méthode contraceptive précise, comme la pilule contraceptive. Elle peut aussi avoir déjà connu de bonnes ou de mauvaises expériences avec un moyen contraceptif par le passé ou ne pas trop savoir quoi choisir. Comprendre ces éléments apportera de précieuses informations au clinicien tout en lui permettant de vérifier les connaissances de la patiente sur les différentes options. Par ailleurs, un des principaux facteurs de réussite d'une méthode contraceptive repose sur le respect du choix contraceptif de la femme<sup>2</sup>. Le contraire risque de mener rapidement à l'abandon de la méthode « imposée », même si l'intervenant la juge plus appropriée<sup>4</sup>.

*Julie désire la pilule, car sa sœur est satisfaite de cette méthode. Elle utilise actuellement le condom, mais veut une méthode plus efficace.*

## L'ÉVALUATION DES CONTRE-INDICATIONS

*Julie a eu une céphalée d'allure migraineuse il y a un an, et sa mère a déjà fait une thrombo-embolie veineuse du membre inférieur. Julie pèse 82 kg et mesure 163 cm, pour un IMC de 31.*

Le *Consensus canadien sur la contraception*, mis à jour récemment, est la référence en matière de contraception. Il couvre en détail les contre-indications<sup>3</sup>. Il est aussi possible de consulter les lignes directrices du Centers for Disease Control and Prevention (CDC) au [www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/mmwr/mec/appendixk.html](http://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/mmwr/mec/appendixk.html) ou sur l'application mobile US MEC & US SPR pour connaître ses recommandations sur l'utilisation des moyens contraceptifs en présence de plusieurs problèmes médicaux.

Les contre-indications aux méthodes contraceptives sont divisées en quatre catégories :

- ▶ catégorie 1: aucune restriction;
- ▶ catégorie 2: les avantages dépassent généralement les risques;
- ▶ catégorie 3: les risques dépassent habituellement les avantages;
- ▶ catégorie 4: le risque pour la santé est inacceptable.

## LA MIGRAINE

Lorsqu'on évalue la possibilité d'une contraception hormonale combinée chez une femme présentant des céphalées, plusieurs éléments importants sont à considérer. D'abord, il faut déterminer si la céphalée est migraineuse et, le cas échéant, s'il y a présence d'aura ([www.ahcmedia.com/articles/140348-contraception-migraines-and-stroke](http://www.ahcmedia.com/articles/140348-contraception-migraines-and-stroke)). Les céphalées non migraineuses ou les migraines sans aura ne constituent pas une contre-indication (catégorie 2)<sup>3,5</sup>. Toutefois, la mention d'une aura à l'anamnèse représente en général une contre-indication absolue à une contraception hormonale combinée. Même si certains cliniciens prennent en compte les facteurs de risque d'AVC, le type d'aura, sa fréquence et sa durée, il est habituellement alors préférable de privilégier une autre méthode

La D<sup>re</sup> Françoise Gendron, médecin de famille, exerce au Département clinique de santé communautaire du CIUSSS de l'Estrie-CHUS et est professeure d'enseignement clinique à l'Université de Sherbrooke. Elle est aussi médecin cogestionnaire à la Clinique jeunesse de Sherbrooke. La D<sup>re</sup> Caroline Massicotte, médecin de famille, est médecin-conseil au Département de santé publique du CIUSSS de l'Outaouais.

FIGURE 1

ÉTAPES MENANT AU CHOIX CONTRACEPTIF<sup>1,2</sup>

**1. Demande initiale**

Quelle méthode contraceptive voulez-vous ?  
 Qu'avez-vous utilisé dans le passé ?  
 Avez-vous eu des problèmes ?



**2. Contre-indications**

Voir les recommandations du CDC :  
[www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/usmec.htm](http://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/usmec.htm)  
 et du *Consensus canadien sur la contraception*



**3. Efficacité**

Quel niveau d'efficacité est acceptable ?  
 Voulez-vous avoir un enfant ? Si oui, quand ?  
 Que feriez-vous si vous aviez une grossesse imprévue ?



**4. Équilibre entre les avantages et les inconvénients**

(tableau II)

**Profil d'effets indésirables (saignement, dysménorrhée, poids, nausées, etc.)**

Y a-t-il des effets indésirables qui sont inacceptables pour vous ?

**Avantages non contraceptifs**

(effet sur le cycle, saignement, dysménorrhée, acné, etc.)

Recherchez-vous certains effets bénéfiques ?

**Aspects pratiques (coût, intervention médicale, discipline requise, fréquence d'utilisation)**

Est-ce que le coût est un élément à considérer ?  
 Êtes-vous en mesure de vous procurer cette méthode et de la prendre sans l'oublier ?  
 À quelle fréquence avez-vous des relations sexuelles ?



**5. Conseils pratiques**

Méthode de démarrage rapide  
 Information sur la contraception d'urgence  
 Promotion du port du condom  
 Dépistage des ITSS selon les facteurs de risque  
 Dépistage de la violence

TABLEAU I

CONTRE-INDICATIONS DES CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS EN CE QUI A TRAIT AUX THROMBO-EMBOLIES VEINEUSES<sup>5</sup>

Situation clinique	Catégorie de contre-indication
Antécédents personnels de thrombo-embolie veineuse (sans ou avec anticoagulothérapie établie) ET grand risque de récurrence : association avec les œstrogènes ou la grossesse, thrombo-embolie idiopathique, thrombophilie connue (y compris la présence d'anticorps antiphospholipide), cancer actif (sauf de la peau autre qu'un mélanome), récurrence de thrombo-embolie veineuse	Catégorie 4
Thrombo-embolie veineuse aiguë	Catégorie 4
Antécédents de thrombo-embolie veineuse ou thrombo-embolie veineuse sous anticoagulothérapie établie et faible risque de récurrence	Catégorie 3

contraceptive. De même, l'apparition de migraines avec aura après l'instauration d'une contraception hormonale combinée doit inciter le clinicien à réévaluer l'option choisie. Lorsque ce type de contraception devient contre-indiqué en raison de migraines, une contraception non hormonale ou à base de progestatif seul sera proposée à la femme. Dans tous les cas, un calendrier des céphalées peut faciliter la prise de décision.

*Julie a eu une céphalée d'allure migraineuse sans aura il y a un an. Elle peut donc avoir recours à une contraception hormonale combinée. Vous l'aviserez de noter ses migraines sur un calendrier pour en assurer un suivi adéquat.*

**LA THROMBO-EMBOLIE VEINEUSE**

Le risque de thrombo-embolie veineuse chez les femmes en âge de procréer est très faible, soit 4 ou 5 pour 10 000 femmes par année. La contraception hormonale combinée porte ce risque à 8 ou 9 pour 10 000 femmes par année. Le risque pendant la grossesse (29 pour 10 000 femmes) ou en post-partum immédiat (300-400 pour 10 000 femmes) est nettement supérieur<sup>6</sup>. Il est tout de même important d'expliquer à la femme le risque de thrombo-embolie veineuse associé au contraceptif hormonal combiné, de lui décrire les signes et les symptômes et de lui dire ce qu'elle doit faire le cas échéant.

Les contre-indications de la contraception hormonale combinée par rapport au risque de thrombo-embolie veineuse sont présentées dans le tableau I<sup>5</sup>. Toutes les méthodes contraceptives sans œstrogène sont permises (catégorie 1 ou 2) dans ces situations.

Des antécédents familiaux de thrombo-embolie veineuse sans thrombophilie chez un parent de premier degré (père, mère, sœur, frère) ne constituent pas une contre-indication à la contraception hormonale combinée (catégorie 2).

*La mère de Julie a fait une thrombophlébite à la suite d'une fracture du tibia gauche et n'a pas de diagnostic de thrombophilie. Julie n'a donc pas de contre-indication à la contraception hormonale combinée. Par contre, elle a un IMC de 31.*

**L'OBÉSITÉ**

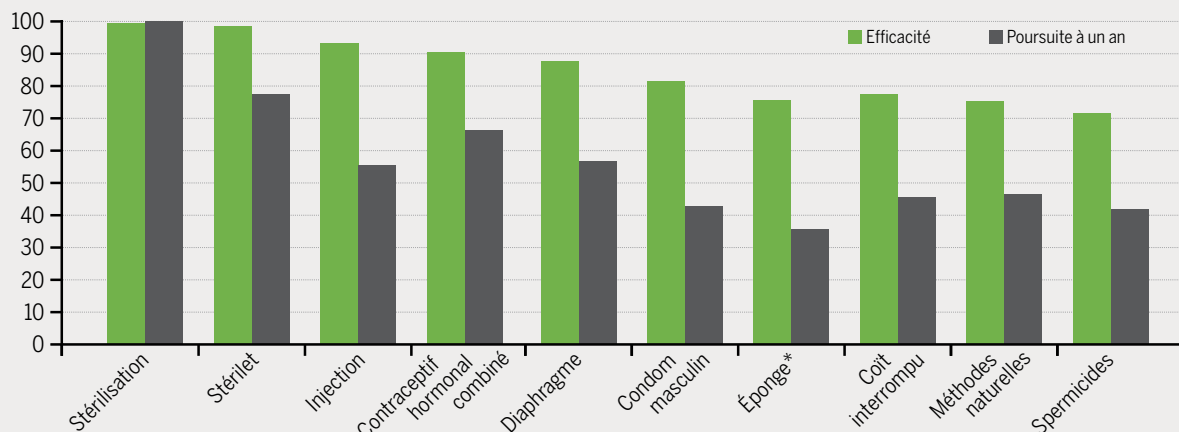
Aucune méthode contraceptive n'est contre-indiquée chez les femmes obèses<sup>5</sup>. Le risque de thrombo-embolie est possiblement accru, mais les études sur le sujet sont limitées. Les femmes obèses ont un risque de 1,5 à 2 fois plus grand de thrombo-embolie veineuse, sans égards à la contraception hormonale combinée<sup>7</sup>. Par ailleurs, il y a peu de données probantes concernant l'effet de l'obésité sur l'efficacité contraceptive<sup>3</sup>. Les études de mise en marché du timbre transdermique ont révélé une possible diminution de l'efficacité chez les femmes de plus de 90 kg. Quant à l'anneau vaginal contraceptif, son efficacité serait préservée jusqu'à un IMC de 39,9. Une période de retrait plus courte (4 jours au lieu de 7 par exemple) ou l'utilisation en mode continu de la contraception orale, du timbre ou encore de l'anneau permettrait théoriquement d'en augmenter l'efficacité<sup>3</sup>.

*Malgré son IMC de 31, Julie peut prendre la contraception hormonale combinée, l'obésité seule sans autres facteurs de risque n'étant pas une contre-indication. Selon les informations qu'elle vous a transmises, Julie n'a donc aucune contre-indication relative ou absolue (catégories 3 et 4) pour tous les moyens contraceptifs (y compris la contraception hormonale combinée).*

**L'EFFICACITÉ ACCEPTABLE POUR LA PATIENTE**

L'ambivalence quant à une possible grossesse, le désir de devenir enceinte, les répercussions d'une grossesse et le délai souhaité avant de devenir enceinte devraient être abordés tôt dans la discussion et aideront à déterminer l'efficacité contraceptive souhaitée<sup>3</sup>.

FIGURE 2

DIFFÉRENTES MÉTHODES CONTRACEPTIVES  
SELON LEUR POURCENTAGE D'EFFICACITÉ ET DE POURSUITE À 1 AN<sup>1,5</sup>

\* Éponges : efficacité de 88 % chez les nullipares et de 76 % chez les multipares

Au Canada, les méthodes les plus employées sont les contraceptifs oraux, le condom et le coït interrompu<sup>9</sup>. D'autres, fort efficaces, sont toutefois méconnues ou font l'objet de plusieurs mythes. Dans le cadre du projet CHOICE<sup>8</sup>, offrant un counselling sur toutes les méthodes contraceptives ainsi que la gratuité contraceptive, 75 % des femmes optaient pour des modes de contraception réversibles à action prolongée (stérilets et implants). Le taux de poursuite de la méthode après un an est significativement supérieur avec les méthodes à action prolongée qu'avec celles à courte action (pilule, timbre, etc.)<sup>1-3</sup>. Cet élément est montré dans la figure 2<sup>1,5</sup> qui présente les différentes méthodes contraceptives selon leur pourcentage d'efficacité et de poursuite à un an. Ainsi, les modes de contraception réversibles à action prolongée sont maintenant considérés comme des méthodes de première intention pour les femmes de tous les âges, y compris les adolescentes.

*Julie n'a aucun projet de grossesse avant plusieurs années. Pour elle, un risque de moins de 10 % est acceptable. Par contre, si elle devenait enceinte, elle envisagerait une interruption volontaire de grossesse. À ce stade-ci, elle n'écarte que les méthodes barrière et naturelles, étant donné leur efficacité moindre.*

## ÉQUILIBRE ENTRE LES AVANTAGES ET LES INCONVÉNIENTS

Toutes les méthodes contraceptives comportent des effets indésirables, des avantages non contraceptifs et des aspects pratiques dont il faut tenir compte (tableau II<sup>3,5</sup>).

### LE PROFIL D'EFFETS INDÉSIRABLES

Il ne faut pas sous-estimer le rôle important des effets indésirables dans l'utilisation adéquate d'une méthode contraceptive ou dans la décision d'en poursuivre l'emploi<sup>1</sup>. Un bon conseil-

ling et un ajustement en cours de route aident à maintenir une contraception efficace. Par contre, au départ, tenir compte de ce qui n'est pas acceptable pour une femme permettra de cibler le meilleur choix<sup>9</sup>.

Certains des effets indésirables peuvent être positifs pour une femme, mais négatifs pour une autre. Par exemple, une femme peut apprécier l'aménorrhée occasionnée par un stérilet au lévonorgestrel, tandis qu'une autre vivra du stress, car elle aura peur d'être enceinte. Il est donc important de valider ces éléments avec chaque femme.

### AVANTAGES NON CONTRACEPTIFS

Il arrive qu'une méthode contraceptive offre un avantage non contraceptif qui fera pencher la balance en sa faveur. Informer la femme de ces effets l'aide non seulement à faire un choix, mais aussi à bien utiliser la méthode et à la continuer dans le temps<sup>10</sup>. Les effets bénéfiques à court terme ont généralement plus de poids que ceux à long terme pour orienter le choix<sup>9</sup>.

### ASPECTS PRATIQUES

En s'inspirant des causes d'abandon ou d'échec des méthodes contraceptives, les aspects suivants sont à considérer dans le counselling<sup>1</sup>:

- ▶ voie d'administration : orale, transdermique, intravaginale, intramusculaire, intra-utérine ;
- ▶ discipline requise : utilisation à chaque relation sexuelle ou prise quotidienne, hebdomadaire, mensuelle, trimestrielle ;
- ▶ manipulations requises : contact avec les organes génitaux, etc. ;
- ▶ compréhension de l'utilisation : comment utiliser la méthode, que faire en cas d'oubli ;

TABLEAU II | EFFETS INDÉSIRABLES ET BÉNÉFIQUES DES DIFFÉRENTES MÉTHODES CONTRACEPTIVES<sup>1,3,5</sup>

Méthode	Fréquence d'utilisation	Effets indésirables	Avantages non contraceptifs
Contraceptifs oraux combinés	Prise quotidienne	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Tachetures</li> <li>▶ Aménorrhée</li> <li>▶ Nausées</li> <li>▶ Céphalées</li> <li>▶ Mastalgie</li> <li>▶ Timbre : irritation locale</li> </ul>	Régularisation du cycle menstruel ↓ flux menstruel ou aménorrhée ↓ dysménorrhée ↓ acné et hirsutisme ↓ syndrome prémenstruel ↓ anémie ↓ kyste fonctionnel de l'ovaire ↓ maladie fibrokystique du sein ↓ cancer des ovaires, de l'endomètre, du côlon
Timbre	Hebdomadaire		
Anneau	Mensuel		
Injection	Tous les trois mois	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Aménorrhée</li> <li>▶ Poids (↑ chez 56%)</li> <li>▶ Saignements irréguliers</li> <li>▶ Délai possible du retour à la fertilité</li> <li>▶ Céphalées</li> <li>▶ Trouble de l'humeur</li> <li>▶ Acné</li> <li>▶ Baisse réversible de la densité minérale osseuse</li> </ul>	Aménorrhée ↓ dysménorrhée ↓ anémie ↓ convulsions ↓ cancer des ovaires et de l'endomètre ↓ symptômes d'endométriose ↓ syndrome prémenstruel
Contraception orale avec progestatif seul	Prise quotidienne à heures fixes	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Saignements irréguliers</li> <li>▶ Aménorrhée</li> <li>▶ ↑ risque de grossesse ectopique (10%)</li> </ul>	↓ flux menstruel ou aménorrhée ↓ dysménorrhée
Stérilet en cuivre	En place de 5 à 12 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Dysménorrhée</li> <li>▶ Flux menstruel augmenté</li> <li>▶ Saignements irréguliers</li> </ul>	↓ cancer de l'endomètre et du col de l'utérus
Stérilet au lévonorgestrel	En place de 3 à 5 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Aménorrhée</li> <li>▶ Tachetures</li> <li>▶ Acné</li> <li>▶ Mastalgie</li> <li>▶ Céphalées</li> <li>▶ Trouble de l'humeur</li> <li>▶ Douleur pelvienne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Aménorrhée</li> <li>▶ Protection contre l'hyperplasie de l'endomètre</li> <li>↓ ménorragies</li> <li>↓ dysménorrhée</li> <li>↓ anémie</li> <li>↓ cancer de l'ovaire et de l'endomètre</li> <li>↓ symptômes d'endométriose</li> </ul>
Méthodes barrières	Utilisation à chaque relation sexuelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Condom : diminution des sensations, allergie au latex</li> <li>▶ Éponge, diaphragme : irritation vaginale, inconfort, pertes vaginales</li> <li>▶ Éponge, diaphragme et cape : risque de syndrome du choc toxique</li> <li>▶ Spermicides avec nonoxynol-9 : risque d'irritation et de transmission du VIH</li> </ul>	Condom : protection contre les ITSS, réduction de l'éjaculation précoce. C'est la méthode la plus efficace pour prévenir les ITSS
Méthodes naturelles		Rigueur et connaissances nécessaires	Gratuit, connaissance de son corps et de sa physiologie
Stérilisation		<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Inconfort, complications liées à la chirurgie</li> <li>▶ Regrets</li> </ul>	↓ cancer de l'ovaire avec stérilisation tubaire Absence de problème d'observance Méthode pouvant être assumée par l'homme

- ▶ aspects culturels et religieux : vouloir avoir ses règles tous les mois, tenir secrète sa vie sexuelle, donc la contraception, etc. ;
- ▶ accessibilité : coût, nécessité de visites cliniques (injection, insertion du stérilet) ou à la pharmacie, etc.

Julie souhaite éviter à tout prix une prise de poids et désire avoir des menstruations régulières afin de s'assurer de l'efficacité de sa contraception. La diminution de la dysménorrhée est importante pour elle. Par ailleurs, elle a peur des piqûres et refuse d'avoir un examen gynécologique. Elle ne veut pas avoir à faire une manipulation, comme l'insertion d'un anneau vaginal. Elle bénéficie des assurances de ses parents qui seront au courant qu'elle prend un moyen de contraception. Elle a une routine très stable et croit pouvoir penser régulièrement à sa contraception. Elle opte donc pour la pilule contraceptive qu'elle trouve plus facile à utiliser.

## CONSEILS PRATIQUES

- ▶ La méthode à démarrage rapide, c'est-à-dire commencer la méthode contraceptive le jour même de la consultation, peu importe le moment du cycle, facilite l'observance et donc l'efficacité à court terme<sup>3</sup>. À noter que les méthodes hormonales sont efficaces après sept jours si elles ne sont pas amorcées dans les cinq premiers jours du cycle. L'abstinence ou une protection supplémentaire pourra alors être proposée.
- ▶ L'information sur la contraception d'urgence, en cas d'oublis ou d'autres circonstances, aide à accroître l'efficacité contraceptive.
- ▶ La promotion de la double protection, soit l'ajout du condom, augmente l'efficacité de la méthode contraceptive, tout en offrant une protection contre les ITSS.
- ▶ La consultation sur la contraception constitue aussi une occasion de faire un dépistage de la violence et des ITSS en fonction des facteurs de risque.

## CONCLUSION

Il est important d'offrir aux femmes une méthode contraceptive sûre, efficace et satisfaisante. La figure 1<sup>2</sup> propose une séquence pour guider ce choix. L'évolution rapide des connaissances médicales et la persistance de certains mythes dans ce domaine soulignent la pertinence de bien informer les femmes afin qu'elles puissent faire un choix libre et éclairé et contribuent à une planification efficace des naissances. //

## CE QUE VOUS DEVEZ RETENIR

- ▶ Il est important de bien reconnaître les contre-indications des différentes méthodes ainsi que le système de « catégories » afin d'éviter de restreindre les choix inutilement.
- ▶ Les stérilets sont maintenant considérés comme des méthodes de première intention chez les femmes de tous les âges, y compris chez les adolescentes.
- ▶ Le non-respect du choix contraceptif de la femme risque de mener rapidement à l'abandon de la méthode « imposée », même si l'intervenant la juge plus appropriée.

Date de réception : le 16 juin 2017

Date d'acceptation : le 9 juillet 2017

Les D<sup>res</sup> Françoise Gendron et Caroline Massicotte n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL et coll. *Contraceptive technology*. 20<sup>e</sup> éd. Atlanta : Bridging The Gap Communications ; 2011. 906 p.
2. Ziemann M, Hatcher RA, Allen AZ et coll. *Managing contraception*. Édition limitée. New York : Ardent Media ; 2016.
3. Black A, Guilbert E, Costescu D et coll. *Consensus canadien sur la contraception* (parties 1–4). Ottawa : Directive clinique de la SOGC ; 2016.
4. Pariani S, Heer DM, Van Arsdol MD Jr et coll. Does choice make a difference to contraceptive use ? Evidence from East Java. *Stud Fam Plann* 1991 ; 22 (6) : 384-90.
5. Curtis KM, Tepper NK, Jatlaoui TC et coll. US medical eligibility criteria (US MEC) for contraceptive use 2016. CDC. *MMWR* 2016 ; 65 (3) : 1-108. Site Internet : [www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/rr/pdfs/rr6503.pdf](http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/rr/pdfs/rr6503.pdf) [Date de consultation : le 15 mars 2017].
6. SOGC. *Position statement: Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism (VTE)*. Ottawa : la Société ; 2013. 6 p.
7. Yang G, De Staercke C, Hooper WC. The effects of obesity on venous thromboembolism: a review. *Open J Prev Med* 2012 ; 2 (4) : 499-509.
8. Trussell J, Guthrie K. Lessons from the contraceptive CHOICE project: the Hull long-acting reversible contraception (LARC) initiative. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2015 ; 41 (1) : 60-3.
9. French RS, Cowan FM, Welling K et coll. The development of a multi-criteria decision analysis aid to help with contraceptive choices: my contraception tool. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2014 ; 40 (2) : 96-101.
10. French RS, Welling K, Cowan FM. How can we help people to choose a method of contraception? The case for contraceptive decision aids. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2009 ; 35 (4) : 219-20.