



contraception hormonale: connaître les risques pour mieux prescrire

Dr Agathe Scemama (CMG) & Dr Isabelle Yoldjian (ANSM)

Déclaration des liens d'intérêts



Déclaration publique d'intérêts de Scemama Agathe

20/03/2025

Financements reçus de l'industrie



Liens spécifiques à l'intervention

« Contraception aux différents âges de la vie : connaître les risques pour mieux prescrire »

■

Autres liens d'intérêts

Activité professionnelle

- médecin généraliste (2006-en cours)

Engagements

- CMG (membre CA) (2022-en cours)

Principaux financeurs

■

Déclaration complète

- disponible sur [Archimede.fr](https://archimede.fr)



Déclaration des liens d'intérêts

**Isabelle Yoldjian, Directrice Médicale des Médicaments 1 (DMM1), ANSM
NA**

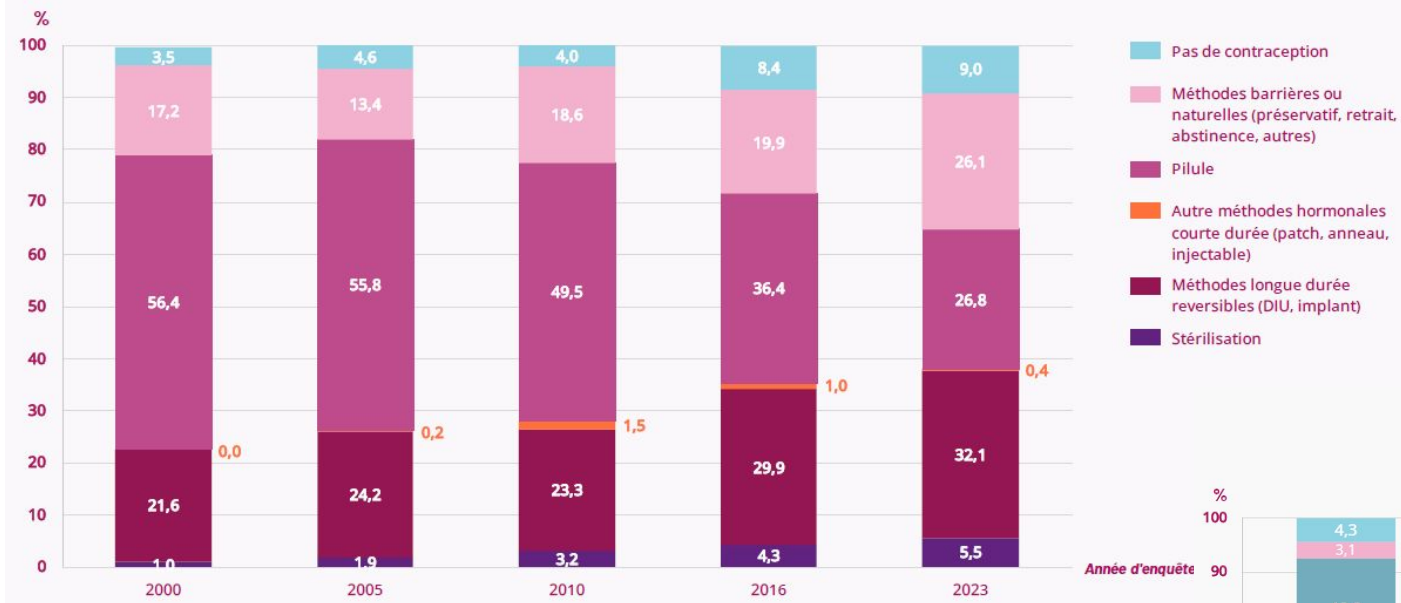
Contraception :

données d'utilisation en France

Mode de contraception	Efficacité pratique	Efficacité théorique	Remboursement
Implant SC	99,9	99,9	R
Contraception masculine définitive (vasectomie)	99,8	99,9	R
DIU au LNG	99,8	99,8	R
Contraception féminine définitive	99,5	99,5	R
DIU cuivre	99,2	99,4	R
Allaitement exclusif (post partum)	98	99	
Température /symptômes	98	99,6	
Progestatif injectables	94	99,7	R
Anneau vaginal	93	99,7	NR
			R pour celle à faible risque
Pilule combinée oestro-progestative	93	99,7	TEV
Pilule progestative	93	99,7	R
Patch contraceptif	91	99,7	NR
Diaphragme	88	94	R
Méthode des jours fixes	88	95	
Méthode des 2 jours	86	96	
Préservatif masculin	85	98	R
Cape cervicale	84	91	NR
Préservatif féminin	79	95	R
Retrait	78	96	
Glaire cervicale	77	97	
Abstinence périodique	75	95	
Spermicides Source: site questionsexualite.fr (SPF)	71	82	NR

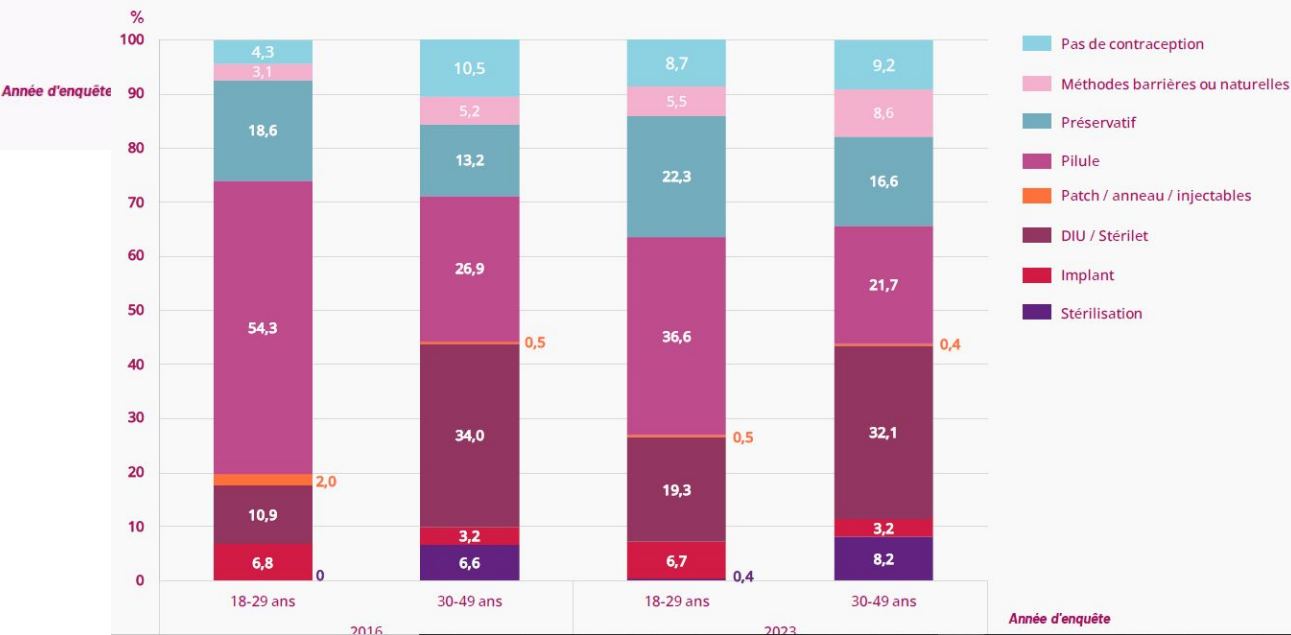
Utilisation des différentes méthodes contraceptives en France en 2023:

Évolution de l'utilisation des méthodes de contraception entre 2000 et 2023
parmi les femmes de 18 à 49 ans exposées à un risque de grossesse non prévue (%)



- Désaffection pour la pilule dans toutes les classes d'âge.
- Report vers les DIU (hormonaux ou non) qui devient la méthode la plus utilisée tout âge confondu.
- Chez les jeunes de 18-29 ans, abandon de toute méthode contraceptive en très forte hausse entre 2016 et 2023 (4 à 10%) ; pilule reste la méthode la plus utilisée (36%) suivie du préservatif (22%).

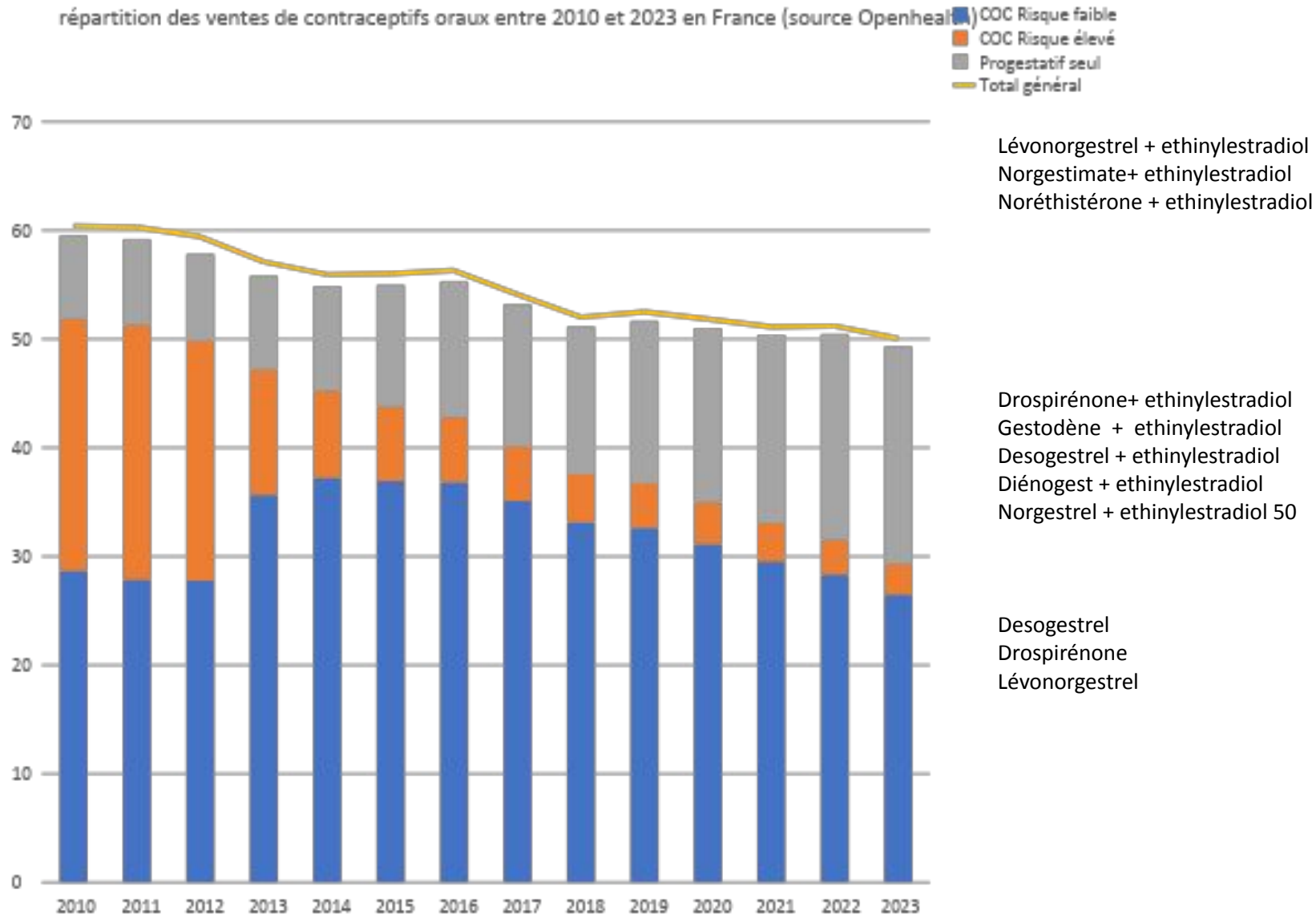
Évolution des méthodes contraceptives par groupe d'âge entre 2016 et 2023
parmi les femmes de 18 à 49 ans concernées par la contraception (%)



Source: rapport inserm/ANRS/MIE, SPF 2024

Utilisation des Contraceptifs Oraux Combinés (COC)

répartition des ventes de contraceptifs oraux entre 2010 et 2023 en France (source Openheal)

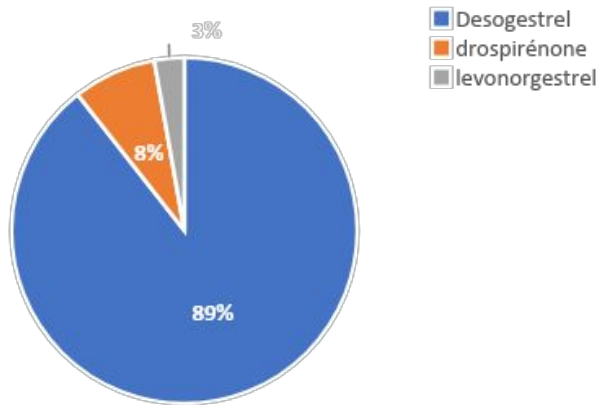


Entre 2010 et 2023:

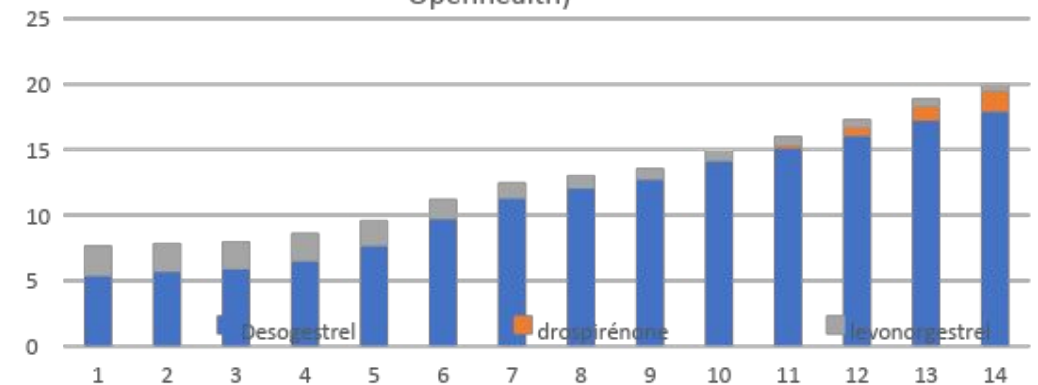
- Baisse générale de la CO (-17%)
- Baisse contraception combinée COC (-43%)
- Drivée par l'écroulement des ventes de COC à risque de TEV (- 88%)
- Augmentation microprogestatifs (quasi x3)

Utilisation des Contraceptifs à base de progestatif seul

Répartition des ventes des pilules progestatives seules en France en 2023 (source Openhealth)



Evolution des ventes de pilules progestatives seules France (source Openhealth)



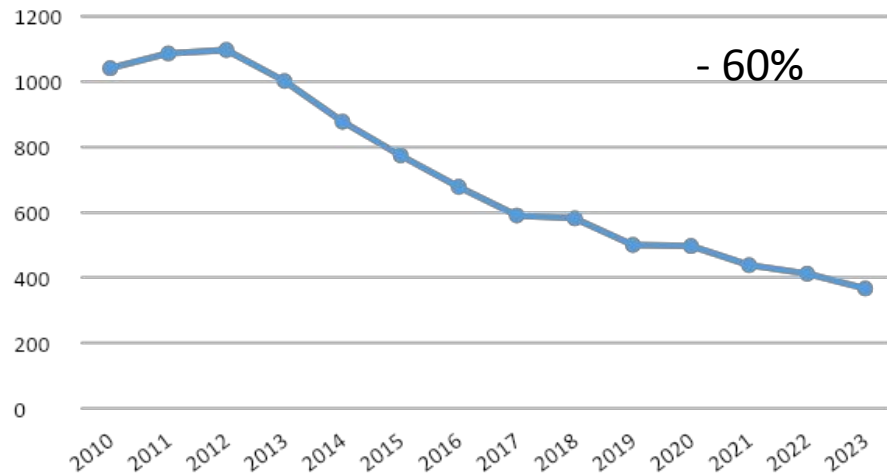
Forte évolution du paysage de l'utilisation de la pilule en 10 ans, allant vers une diminution du risque de thromboembolie, avec utilisation des pilules :

- « Microprogestatives », non associées à un risque TE avec **environ 1,4 millions de femmes exposées en 2023** : drospirénone (Slinda), desogestrel (antigone), lévonorgestrel (microval)
- Eestroprogestatives les moins à risque TEV (= pilules LNG + 20 µg éthynylestradiol) avec **environ 1,5 millions de femmes exposées en 2023**



Utilisation autres méthodes hormonales combinées (patchs et anneaux)

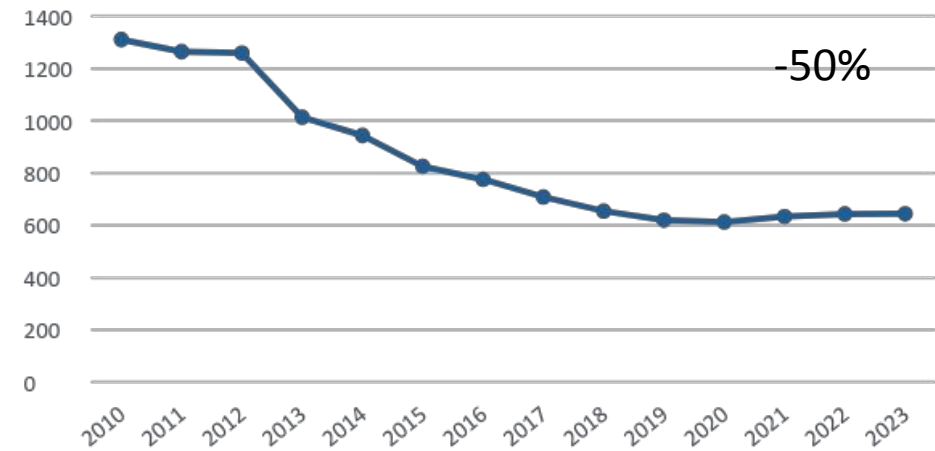
Ventes annuelles d'anneaux contraceptifs
(source Octave)



1 femme = 3 patchs/cycle , soit environ $12 \times 3 = 36$ patchs par an

Environ 10 200 utilisatrices /an

Ventes annuelles de patchs contraceptifs en France (source GERS)

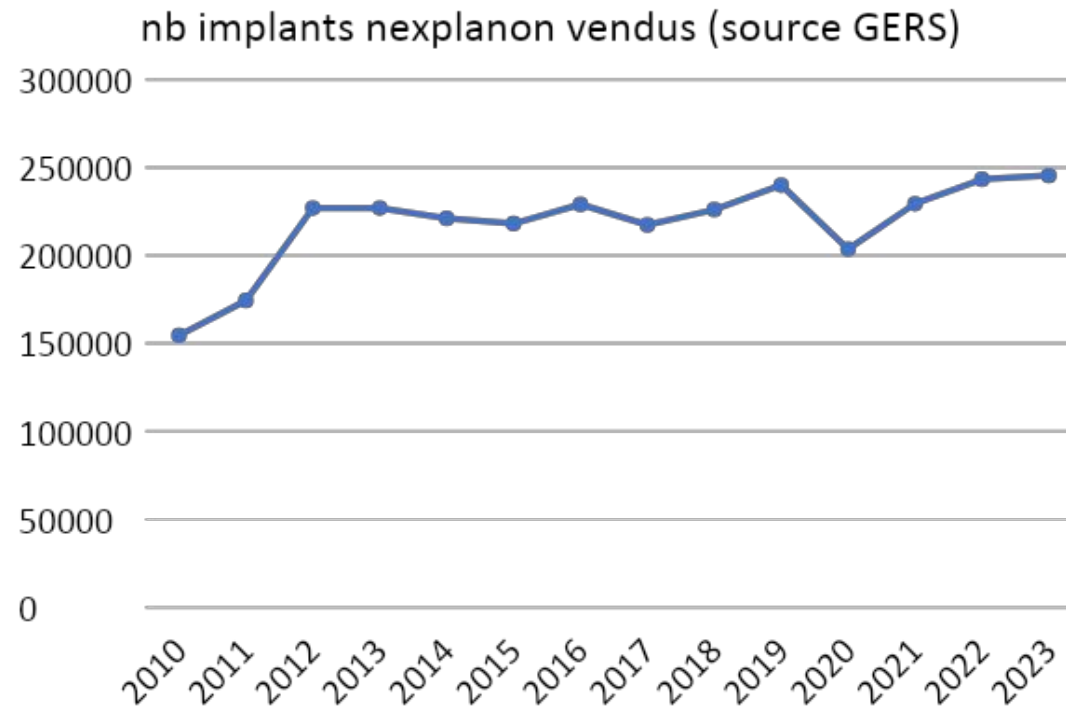


1 femme = 1 anneau /cycle , soit environ 12 anneaux par an

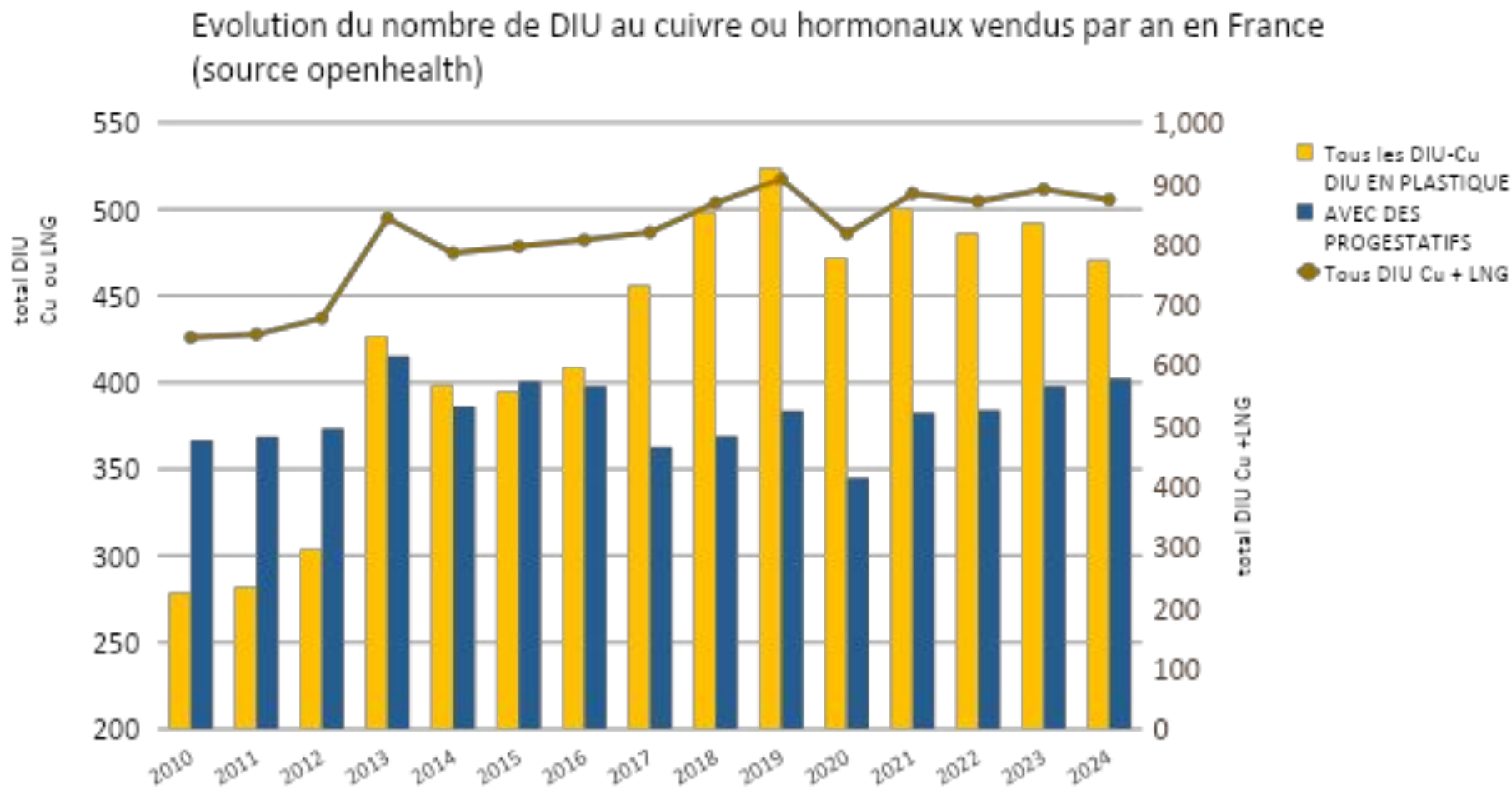
Environ 53 600 utilisatrices /an

Implant sous-cutané contraceptif (NEXPLANON)

- Profil d'utilisatrices: 75 % ont moins de 36 ans, âge moyen 29.6 ans
- 210 000 poses /an, environ 630 000 porteuses /an



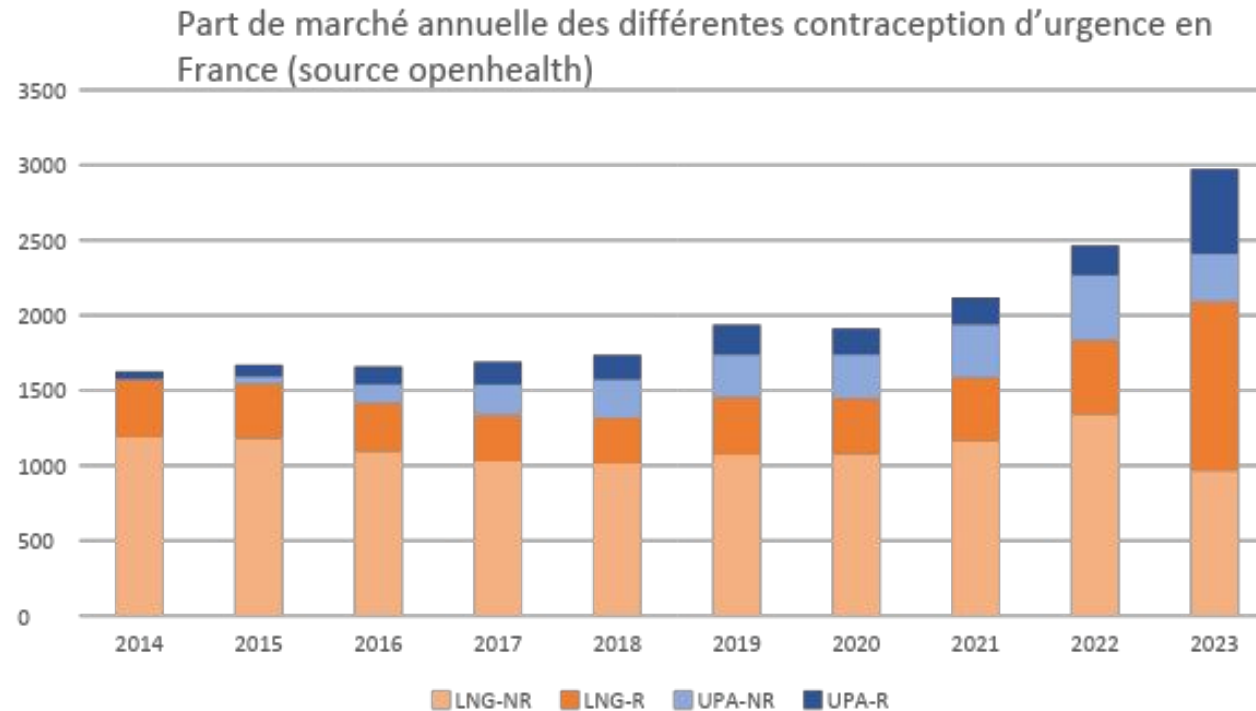
Dispositifs intra utérin (DIU au lévonorgestrel ou cuivre)



Le DIU (cuivre ou LNG) est la contraception la plus utilisée en France en **2023** avec **presque 4,5 millions de porteuses d'un DIU** :

- 2,3 millions de porteuses de DIU au cuivre
- 2 millions de porteuses de DIU au LNG

Contraception d'urgence



- Contraception d'urgence au Lévonorgestrel (Norlevo) la plus utilisée (70%)
- Forte augmentation des ventes depuis la prise en charge 100% AM
- Ulipristal (Ellaone) en progression

Ismène, 17 ans

Ismène, 17 ans, que vous connaissez depuis 2 ans, vient vous voir car elle a besoin de conseils sur la contraception.

Vous discutez avec elle de ce qu'elle connaît et de ce qu'elle souhaite pour sa contraception. Elle dit qu'elle veut avoir ses règles régulièrement et qu'elles soient moins douloureuses et avoir moins d'acné.

Lors de cette consultation vous abordez aussi le sujet IST.

Vous recherchez à l'interrogatoire des éventuelles contre-indications, cardio-vasculaires (CV), et thrombo-emboliques (TE). Elle n'a pas de fdr CV ou TE ni de personnel ou familial. Elle ne fume pas, sa TA est à 115/65 et son IMC à 20.5.

Après information et discussion vous choisissez ensemble une COC : Minidril (EE30 – LVN 150 mg) et lui prescrivez un bilan métabolique (glucido-lipidique) à faire entre 3 et 6 mois.

Et vous cette consultation CCP (100% RO, anonymisation possible, et les garçons aussi)

Contraception oestroprogestative

- Progestatif + œstrogène à des doses inhibant l'ovulation (anti-gonadotrope)
- Formes orales « pilules » (+ *patches ou anneaux vaginaux*)
- **Risque de thromboembolie veineuse (TEV), il dépend :**
 - Du progestatif associé (famille chimique)
 - Du type d'œstrogène associé (œstradiol ~ éthynylestradiol)
 - Du dosage en éthynylestradiol ($20 < 30 \ll 50 \mu\text{g}$)
- **Risque de thromboembolie artérielle (TEA), il dépend:**
 - Du dosage en éthynylestradiol ($20 < 30 \ll 50 \mu\text{g}$)
- La présence de FdR cardiovasculaires augmente le risque TEA et TEV (âge, tabagisme, IMC, ATCD personnels ou familiaux de TEV/TEA, HTA, dyslipidémies, ...)

Classification des pilules par niveau de risque thromboembolique veineux

Anciennement classification « 2nd/3^e/ 4^e générations » = ne correspond au niveau de risque

Progestatif	Risque absolu TEV (incidence annuelle)	Risque relatif (vs LNG)	Classification du risque de TEV
<i>non utilisatrices</i>	<i>2,3-3,6/ 10 000</i>		<i>réf</i>
levonorgestrel (Leeloo, Optilova, Gé etc)	5-7/10 000	ref	faible
Norgestimate (triafemi, trinara etc)	5-7/10 000	1	faible
Norethisterone (pas en France)	5-7/10 000	1	faible
Etonogestrel (Nuvaring, etoring et Gé)	6-12/10 000	1,0 -2	intermédiaire
Norelgestromine (Evra)	6-12/10 000	1,0 -2	intermédiaire
Dienogest (Misolfa, oedien)	8-11/10 000	1,6	intermédiaire
Chlormadinone (Belara)	6-9 /10 000	1,25	intermédiaire
Desogestrel (Desobel, Varnoline et Gé)	9-12/10 000	1,5-2	élevé
Gestodene (Minesse, Harmonet et gé)	9-12/10 000	1,5-2	élevé
Drospirenone (Jasmine et Gé)	9-12/10 000	1,5-2	élevé
Nomegestrol estradiol (Zoely)	équivalent LNG	1	faible
Dienogest estradiol (Qlaira)	équivalent LNG	1	faible

Source RCP <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/index.php>

Liste des contraceptifs commercialisés en France/dossier contraception/Ansm

Risque oncologique lié à la contraception OP

- Léger sur risque de cancer du foie (carcinome hépatocellulaire), du sein et du col de l'utérus. Pour ces deux derniers, le risque diminue au fil du temps après l'arrêt.
- Léger sur risque de cancer du sein identique pour les COC, et **récemment mis en évidence** également pour progestatifs seuls, DIU au LNG, implant = toute contraception hormonale
- Contre indication à la prescription d'une CH: tumeurs hormonodépendantes (sein, utérus)
- Les femmes sous CHC **risqueraient** moins d'être atteintes d'un cancer de l'ovaire ou de l'endomètre selon une [étude parue dans The Lancet Oncology](#) (2015). Selon [une grande étude épidémiologique](#) américaine parue dans le JAMA Oncology, une contraception orale durant au moins 10 ans diminue le risque de cancer de l'ovaire de 40% par rapport à l'absence de contraception orale ou une utilisation de moins d'un an

Lors de la prescription d'une Contraception hormonale combinée (CHC)

- Vérifier les **contre-indications/mises en garde des RCP (base publique du médicament)**
- CHC contre-indiquée chez les femmes présentant de multiples facteurs de risque, ceux-ci les exposant à un risque élevé de thrombose veineuse
 - **Comment identifier une femme à risque CV ?**
 - *âge > 35 ans,*
 - *tabagisme,*
 - ATCD TEA (AVC, IdM) TEV (EP, TVP) perso ou familiaux,
 - IMC, HTA, diabète, dyslipidémie,
 - Autres comorbidités augmentant le risque thrombotique (Lupus, cancer),
 - Migraine avec aura, etc.
- **En cas de plusieurs FDR TEV ou TEA = Contre-indication à la pilule combinée (ex: âge > 35 ans fumeuse)**
- **Choisir la pilule la moins à risque TEV : LNG à 20 µg d'EE**
- Bilan lipidique et glycémique avant l'instauration en cas de FDR cardiovasculaire, ou à réaliser dans les 3 à 6 mois après l'instauration en absence de FdR,
- Bilan à renouveler tous les 5 ans si normal,
- Recherche de thrombophilie éventuelle si histoire familiale



Cf. Fiche mémo HAS 2019 – Contraception

Ismène, 25 ans

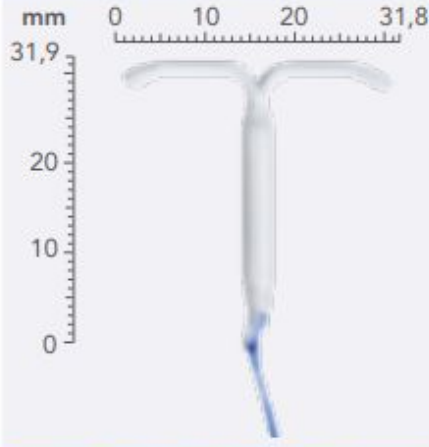
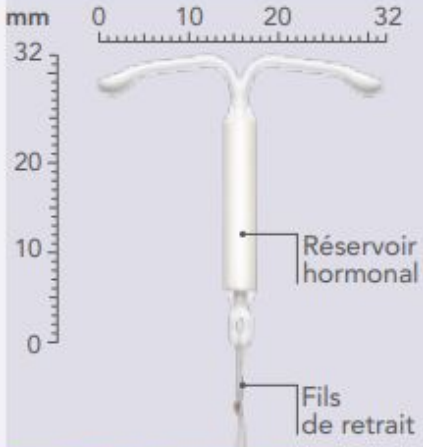
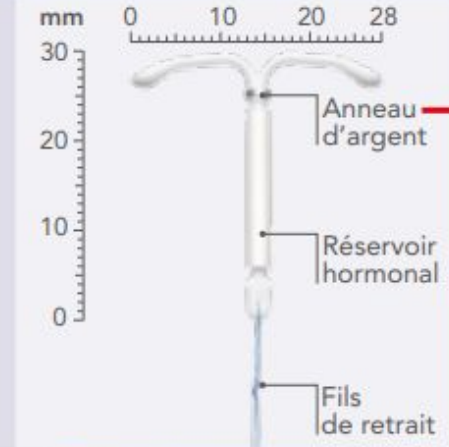
Ismène, vient régulièrement pour le renouvellement de sa contraception et son suivi gynécologique. Elle a maintenant 25 ans et vient pour son 1^{er} frottis et pour renouveler sa pilule dont elle est très satisfaite.

Avant de renouveler sa COC vous l'interrogez notamment sur :

- Son observance, sa tolérance
- La prise d'autres médicaments ou compléments alimentaires
- La mise à jour du bilan métabolique
- Ses fdr CV ou TE ni de personnel ou familial. Elle vous apprend que sa mère a fait une phlébite à 52 ans et son père un IDM à 54 ans.
-> les COC sont (toutes) donc contre-indiquées

Après information et discussion elle choisit un DIU au cuivre.

Dispositifs intra-utérin au lévonorgestrel (Mirena, Kyleena, Donasert)

	Donasert 52 mg	Mirena 52 mg	Kyleena 19,5 mg
Indication et durée d'utilisation	Contraception : 8 ans	Contraception : 8 ans	Contraception : 5 ans
	Ménorragies fonctionnelles : 3 ans¹	Ménorragies fonctionnelles : 5 ans²	
Diamètre du tube inserteur	4,7 – 4,9 mm	4,4 mm	3,8 mm
Dimensions	31,9x31,8 mm	32x32 mm	28x30 mm
Couleur des fils de retrait	Bleu	Marron	Bleu
Anneau en Argent	SANS anneau Ag	SANS anneau Ag	AVEC anneau Ag
Aspect du DIU			

Dispositifs intra-utérins au lévonorgestrel

- Très bonne efficacité –longue durée
- Profil de risque
 - EI fréquents comme spotting, douleurs abdominales, aménorrhées (parfois recherchée)
 - **Modification de l'humeur** fréquentes et corrélées à la dose du DIU (Mirena > Kyleena)
 - EI graves : Perforation utérine, GEU, etc.
 - **Récente publication sur léger sur risque de cancer du sein chez les femmes utilisatrices de DIU au lévonorgestrel ou implant**
- Utilisables chez la nullipare (notamment Kyleena)

Ismène, 38 ans

Ismène, revient vous voir, elle a 38 ans.

Elle a eu 2 grossesses, que vous avez suivies, et elle utilise une contraception par préservatifs depuis son dernier accouchement il y a 2 ans.

Elle vous dit qu'elle ne souhaite pas reprendre le DIU au cuivre car à la réflexion les règles étaient trop abondantes et ça l'épuise.

Elle vous demande si elle peut avoir comme sa tante a eu, il y a 15 ans du Lutéran (chlormadinone). Sa tante avait des règles très abondantes et comme elle, une peu d'acné; ça avait l'aire « super efficace » !

Vous lui répondez que le Lutéran n'est pas un contraceptif (pas d'AMM) et que s'il devait être prescrit, dans des indications particulière une surveillance spécifique (IRM cérébrale) est recommandée à cause d'un surrisque de méningiome.

Après information et discussion elle choisit un SIU (Mirena).

Méningiomes et progestatifs

PROGESTATIFS A RISQUE DE MENINGIOMES

- Les progestatifs comme acétate de cyprotérone (Androcur), acétate de chlormadinone et nomégestrol (LUTERAN & LUTENYL) ne sont pas des contraceptifs
- Surveillance par IRM cérébrale
- À réserver en dernière ligne pour des pathologies gynécologiques type fibrome et endométriose
- **Attention aux switch entre progestatifs** : les risques augmentent si on a déjà été traité par un progestatif (inventaire hormonal de la prise contraceptive indispensable)
- **Le risque de méningiome sous désogestrel est TRES faible et sans commune mesure au risque de méningiome sous androcur, L&L : pas de suivi par IRM cérébrale**

Résultats des études épidémiologiques EPIPHARE :

Risque de méningiome (femmes exposées vs non exposées)		
(Lutéran et génériques)	(Lutényl et génériques)	(Androcur et génériques)
x 3,4 au-delà de 6 mois d'utilisation	x 3,3 au-delà de 6 mois d'utilisation	x 7 au-delà de 6 mois de traitement
x 7 pour dose cumulée correspondant à 3,5 ans d'utilisation (10 mg /20 jours par mois)	x 12,5 pour dose cumulée correspondant à 5 ans de traitement (5 mg /20 jours par mois)	x 20 à partir de 5 ans de traitement (50 mg/j 20 jours / mois)

Comparaison des risques de méningiome

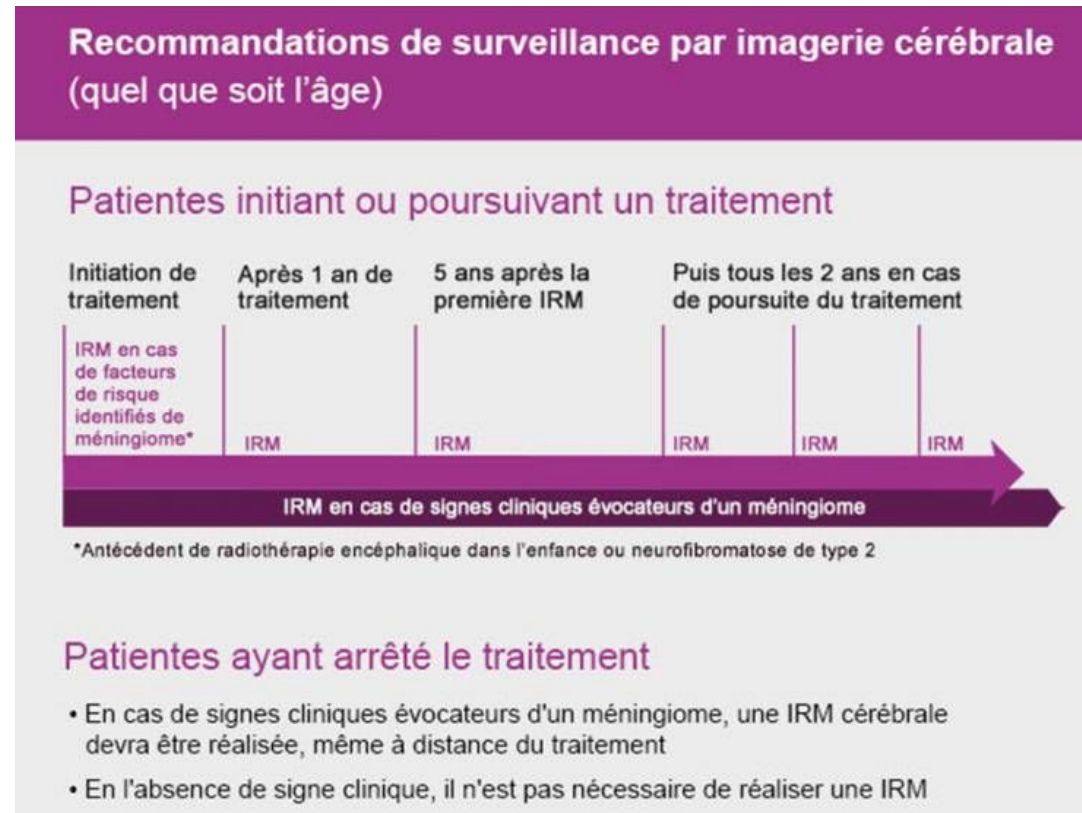
	Désogestrel (Cérazette et Gé)	Médrogestone (Colprone)	Médroxyprogestérone (Depo Provera)	(Lutéran et génériques)	(Lutényl et génériques)	(Androcur et génériques)
Risque de méningiome HR ou OR selon étude C/T Exposition ≥ 1 an	1,2 (IC95% 1,1-1,4)	3,5 (2,4-5,1)	5,5 (2,3-13,6)	3,3 (3,0-3,6)	4,7 (4,3-5,1)	18,3 (16,0-21,1)

Amplitude croissante

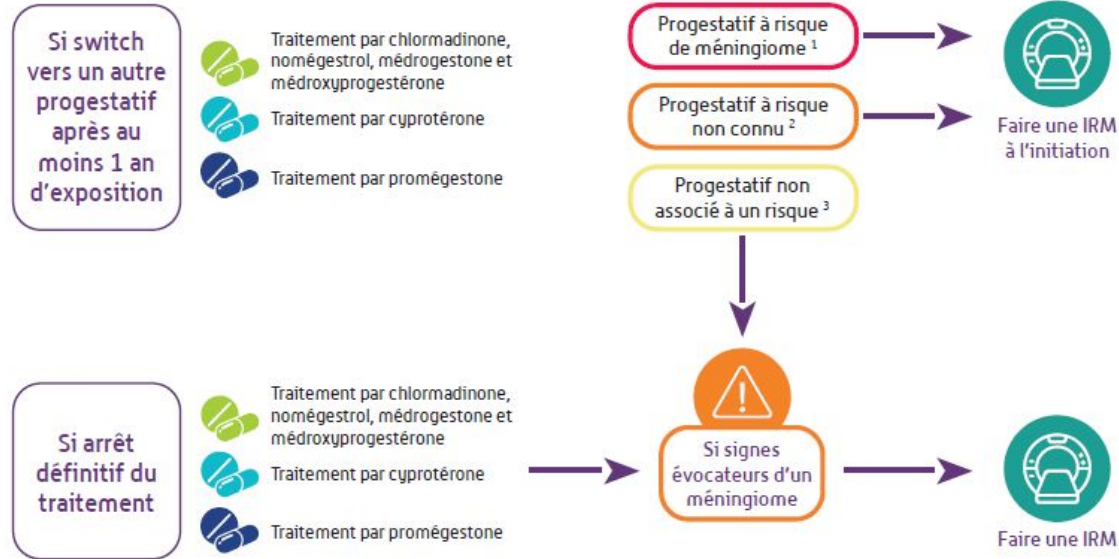


Rappel des recommandations (28/06/2023)

Suivi par imagerie médicale : Lutenyl, Lutéran, Depo-provera, Colprone



En cas d'arrêt du traitement, même si l'arrêt date de plusieurs années



Légende

 Lutéran, Lutényl, Colprone, Depo Provera

 Androcur

 Surgestone

¹ Progestatif à risque : chlormadinone (Lutéran), cyprotérone (Androcur), nomégestrol (Lutényl), médrogestone (Colprone) et médroxyprogestérone (Depo Provera)

² Progestatif à risque non connu : diénogest, drospirénone et desogestrel

³ Progestatif non associé à un risque : LNG-IUD, dydrogesterone et progestérone

IRM : imagerie par résonance magnétique

@ansm
ansm.sante.fr

<https://ansm.sante.fr/actualites/progestatifs-et-risque-de-meningiome-recommandations-pour-limiter-ce-risque>

Comparatif des incidences méningiome et thrombose

méningiome (études de cohorte)

Source	Molécule	Dose cumulée (équivalent années)	Incidence (per 100,000 WY)
Weill et al 2021 BMJ	CPA	≥ 60 g (soit 5 ans à 50 mg/jour 20 jours/ mois)	129 (soit 13/ 10 000)
Nguyen et al 2024	NOMAC	6 g (5 ans à 5 mg/jour 20 jours/mois)	91,5 (soit 9/ 10 000)
Roland et al 2024	ACM	8,64 g (3.5 ans à 10 mg/jour 20 jours/mois)	47 (soit 5/ 10 000 WY)

TEV (études de cohortes danoises)

progestatif	risque absolu TEV (WY)
non utilisatrices	2,3-3,6/ 10 000
levonorgestrel	5-7/10 000
Norgestimate	5-7/10 000
Norethisterone	5-7/10 000
etonogestrel	6-12/10 000
norelgestromine	6-12/10 000
Desogestrel	9-12/10 000
gestodene	9-12/10 000
drospirenone	9-12/10 000
dienogest EE	8-11/10 000
nomegestrol estradiol	équivalent LNG
dienogest Estradiol	équivalent LNG

Ismène, 43 ans

Elle vient vous voir (moins) régulièrement depuis la pose du Mirena.

Elle revient à 43 ans pour l' enlever le Mirena (avec un peu d'avance) car elle est gênée par le stérilet; bien que le SIU soit bien positionné (confirmation échographie). Par ailleurs l'échographie ne montre pas de fibrome, ni de signes d'endométriose.

Elle vous dit qu'elle souhaite faire un « break » des hormones, elle dit qu'elle se “débrouillera” pour sa contraception ... Méthodes “*Nature et Découvertes*”[©]

Vous abordez avec elle les autres méthodes et elle vous affirme qu'elle ne veut pas d'opération chirurgicale mais que l'idée de la contraception masculine ... est à discutée avec son conjoint (CMT, vasectomie)

Vous enlevez le SIU et vous lui prescrivez des préservatifs et une contraception d'urgence.

Contraception d'urgence



Pilules dites du « lendemain »

- **Norlevo (lévonorgestrel 1500 µg)** à prendre dans les 72h suivant un rapport non protégé
- **EllaOne (Ulipristal 30 mg)** à prendre dans les 5 jours suivant le rapport non protégé. L'utilisation concomitante d'ulipristal acétate et de contraceptifs contenant un progestatif n'est pas recommandée. Il est conseillé aux femmes d'utiliser une méthode barrière fiable après l'utilisation d'une contraception d'urgence, jusqu'à leurs règles suivantes (EllaOne peut diminuer l'efficacité de la contraception hormonale)
- Méthodes qui **retardent l'ovulation** donc moins efficaces qu'une méthode contraceptive régulière. Elles n'empêchent pas la survenue d'une grossesse dans tous les cas
- Remboursée pour toutes (et tous) depuis janvier 2023 dans les pharmacies (sans ordonnance et sans frais)
- **DIU au cuivre** est également une méthode de CU et de longue action contraceptive; remboursement à 65% par l'AM et gratuite pour les moins de 26 ans.

Ismène, 45 ans

Ismène revient 2 ans plus tard, elle a 45 ans.

Elle a bien compris qu'elle ne pouvait pas reprendre la même pilule qu' « avant », celle qu'elle avait quand elle était ado ;

mais elle n'en peut plus des règles longues et abondantes qui sont parfois irrégulières et vous dit qu'elle ne veut plus entendre parler des stérilets.

Vous discutez avec elle des autres méthodes possibles

- Microprogestatifs (per os, implant)
- Méthodes définitives

La pilule microprogestative au désogestrel

Avantages : n'est pas associé à un sur-risque de TEV ou TEA; alternative aux COC en cas d'ATCD CV, souvent prescrite en relai d'une grossesse

Risque de méningiome récemment mis en évidence pour le désogestrel 75 µg :

- Durées d'utilisation > 5 ans ;
- Femmes âgées de plus de 45 ans;
- OR x2 au-delà de 7 ans d'utilisation soit 1 cas de méningiome observé pour 17000 femmes exposées plus de 5 ans;
- Le sur-risque apparaît encore plus marqué pour les (nombreuses) femmes qui ont switché de L&L vers DSG 75 µg avec OR 2,5 à 3
- Risque très faible en comparaison aux autres progestatifs à risque (Nomegestrol, chlormadinone ou cyprotérone, ou MPA ou médrogestone);

La pilule microprogestative au désogestrel

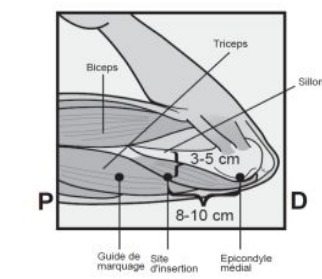


Lors de la prescription :

- Interroger sur **antécédents de méningiome**, **exposition antérieure aux progestatifs** à risque de méningiome (**inventaire hormonal**) et **durées respectives d'utilisation** pour évaluer le risque de méningiome de votre patiente
- IRM en cas de symptômes ou d'instauration de traitement si exposition cumulée à des progestatifs à risque pendant plus d'un an
- **Utilisation au-delà de 45 ans : Prudence ++**; réévaluer la pertinence aux alentours de la **ménopause** -> ce n'est **pas un THS!**
- **Par extrapolation** : risque fort probable de méningiome pour Nexplanon (métabolite actif du desogestrel) et pilules OP qui contiennent 175 ug de désogestrel + EE

Implant sous-cutané contraceptif (Nexplanon)

- Implant sous cutané – formation à l'insertion fortement recommandée (en présentiel)
- Diffusion d'etonogestrel un métabolite actif du désogestrel
- Durée maximale de pose de 3 ans
- **Efficacité** pouvant être diminuée par:



- **Poids corporel**
 - **Données contradictoires dans la littérature** scientifique basée sur des études observationnelles dont l'objectif principal n'était pas de mesurer l'efficacité de l'implant dans cette population;
 - le RCP précise que chez les femmes en situation d'obésité => **anticiper le changement d'implant avant la 3^e année d'utilisation sans plus de détails sur les critères devant amener à ce changement;**
 - Méthode souvent **plébiscitée dans cette population** en raison de l'absence de CI en cas de comorbidités CV (contrairement aux COCs) et difficulté à poser des DIU chez des femmes en situation d'obésité sévère;
- **Interactions médicamenteuses (abordé plus loin)**

Alerte après plusieurs cas d'implants contraceptifs dans les poumons

Deux jeunes femmes ont vécu de lourdes complications médicales après que leur implant a été découvert dans leurs poumons.

Par Le Parisien avec AFP

Le 31 octobre 2019 à 18h51



À droite sur la photo, un implant contraceptif logé dans le poumon d'une femme portugaise de 31 ans. BMJ Journals

Lors de la prescription/pose :

- Se former en présentiel à la pose / retrait de l'implant : fortement recommandé à défaut d'être obligatoire
- Respecter les consignes d'insertion du RCP, vérifier la bonne position de l'implant par palpation et montrez à votre patiente comment palper et vérifier la bonne position de l'implant
- En cas d'implant non palpable vérifier la présence par imagerie dans le bras **mais aussi.. Au niveau du thorax si introuvable !**
- En cas de migration dans l'artère pulmonaire, renvoyer vers un service de chirurgie thoracique



Inefficacité des méthodes contraceptives: situations les plus fréquentes (1/2)

- Formes orales: « oubli de pilule » !
 - Délai d'oubli **jusqu'à 12 heures** (sauf MICROVAL délai de 3h); au-delà efficacité compromise
 - Conduite à tenir en cas d'oubli dans le RCP ou notice,
 - Si l'oubli est inférieur à 12 heures : prendre la pilule oubliée dès constatation de l'oubli et reprendre les comprimés suivants comme prévu (chaque jour, à la même heure).
 - Si l'oubli est supérieur à 12h, les rapports sexuels suivant l'oubli peuvent être féconds : prendre la pilule oubliée dès constatation de l'oubli, les pilules suivantes comme prévu (chaque jour, à la même heure, même si 2 comprimés doivent être pris le même jour) et prendre des précautions supplémentaires. Un préservatif ou des spermicides doivent être utilisés lors de rapports sexuels jusqu'à la reprise de la plaquette suivante. En cas de rapport sexuel non protégé dans les 5 jours précédant l'oubli, utiliser une contraception d'urgence.
 - Nausées et vomissement dans les 3h suivant la prise : efficacité compromise
 - Prendre un nouveau cp ou utiliser une méthode barrière.

Inefficacité des méthodes contraceptives: situations les plus fréquentes (2/2)

- **Interactions médicamenteuses - Toutes les contraceptions hormonales sont concernées** : COC, microprogestatif, implant contraceptif Nexplanon, patch, anneau, sauf DIU.
- Médicaments diminuant les taux d'œstrogène ou de progestatifs (inducteurs enzymatiques):
 - Barbituriques, bosentan, carbamazépine, phénytoïne, primidone, rifampicine, médicaments pour traiter l'infection à VIH (ritonavir, névirapine et éfavirenz) et éventuellement aussi felbamate, griséofulvine, oxcarbazépine, topiramate et produits contenant le remède à base de plantes millepertuis (*Hypericum perforatum*).
 - En cas de tt court : utiliser une contraception barrière en +;
 - En cas de tt chronique : changer de contraception
- Attention à l'interaction entre contraception d'urgence (Ulipristal) et la contraception hormonale classique -> risque d'inefficacité

Conclusion

- **La meilleure contraception est celle que l'on choisit après une information éclairée**
- Bénéfice-risque individuel (antécédents médicaux, co-morbidités, FDR..)
- Se reposer régulièrement la question du contraceptif utilisé notamment aux **âges charnières** :
 - ✓ avant 35 ans : tout est possible (ou presque)
 - ✓ après 35 ans : attention au risque TEV
 - ✓ après 45 ans : l'incidence du méningiome augmente avec l'âge, si patiente traitée par désogestrel, pas de switch vers COC compte-tenu du risque cardiovasculaire.
- ✓ Les contraceptifs hormonaux ne sont pas des THS ...
- ✓ Certains progestatifs présentent des risques de méningiomes

Connaître les risques liés à la contraception permet de prescrire de manière adaptée

Take home messages

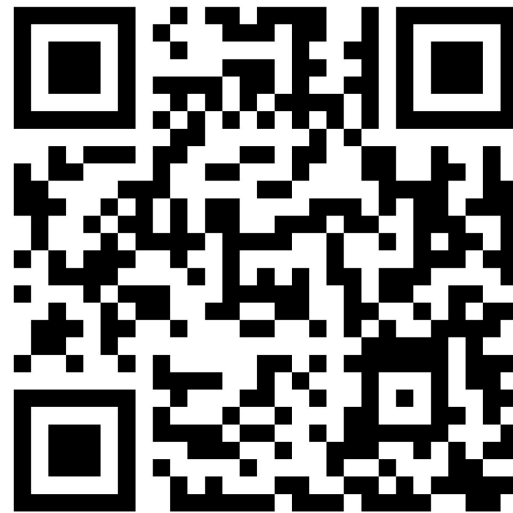
Interrogatoire à la recherche de CI à chaque consultation

RISQUE CARDIO VASCULAIRE	RISQUE VEINEUX
âge > 35 ans	âge > 35 ans
migraine (avec aura)	thrombophilie biologique
dyslipidémie	
ATCD familiaux au 1er degré •paternel (<55 ans) •maternel (<65 ans)	ATCD familiaux au 1er degré (<50 ans)
HTA	
surpoids - obésité	surpoids - obésité
tabac	

Informer les patientes pour un choix éclairé

Inventaire hormonal : contraceptions, grossesses, stimulations ...

La présentation



Scannez-moi !

REMERCIEMENTS



- Le pôle 5/DMM1 gynéco: Pauline DAYANI/ANSM