

FICHE

Contraception chez la femme adulte et l'adolescente en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG)

Validée le 24 avril 2013

Mis à jour en juil. 2019

Cette fiche mémo fait partie d'un ensemble de fiches mémo concernant la contraception et complète plusieurs documents sur ce thème produits par la HAS¹. Elle est un outil pour le professionnel de santé afin de mieux aider les femmes/les hommes à trouver la méthode de contraception qui leur convient le mieux à une période donnée de leur vie.

Particularités de la prescription et du conseil chez la femme adulte

Le choix de la méthode contraceptive doit être réévalué à chaque renouvellement de prescription

Chez la femme en âge de procréer, le choix d'une contraception doit prendre en compte outre ses souhaits, l'évolution de sa situation personnelle, la baisse progressive de la fertilité, l'augmentation des facteurs de risque vasculaire et l'évolution des contre-indications.

Le risque cardio-vasculaire et les contre-indications évoluent avec l'âge

Le risque cardio-vasculaire augmente avec l'âge et modifie le rapport bénéfice/risque des méthodes.

Les contre-indications évoluent avec l'âge, notamment pour l'utilisation des estroprogestatifs en cas de céphalées ou de tabagisme :

- **avant 35 ans** : les estroprogestatifs sont contre-indiqués en cas de migraines avec aura. En cas de tabagisme, le surrisque de thrombose artérielle doit être pris en compte et une information doit être faite sur les possibilités d'aide au sevrage ;
- **après 35 ans** : les estroprogestatifs sont contre-indiqués chez la femme fumeuse ou avec des migraines, avec ou sans aura. La substitution par une méthode progestative seule ou par une autre contraception est recommandée.

¹ Voir fiche mémo « Contraception : prescriptions et conseils aux femmes », documents de synthèse « Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles » (HAS, mise à jour 2017) et « État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée » (HAS, 2013).

L'éventualité d'une grossesse diminue avec l'âge mais une grossesse reste possible jusqu'à l'arrêt complet du fonctionnement ovarien (ménopause)

L'âge de la ménopause ne pouvant pas être déterminé de manière précise individuellement, il n'est pas possible de déterminer le moment correspondant à l'arrêt complet de l'ovulation et donc de la fertilité. Il faut donc réévaluer lors de chaque consultation l'intérêt de la contraception et la poursuivre jusqu'à la certitude du diagnostic de ménopause.

La femme doit être informée sur :

- la possibilité de grossesse non prévue toujours possible jusqu'à l'arrêt complet de l'ovulation ;
- la nécessité d'être attentive à la survenue de signes évocateurs de ménopause dont certains peuvent être masqués en fonction de la méthode choisie (contraception hormonale ou DIU au LNG) ;
- la confirmation du diagnostic de ménopause par l'arrêt des règles depuis plus de 1 an. En période de péri-ménopause, il peut être proposé à la femme d'interrompre la contraception hormonale pendant quelques mois, tout en conseillant l'usage d'une méthode barrière, et de suivre l'évolution des règles pour déterminer si une ménopause est installée.

Particularités de la prescription et du conseil chez l'adolescente

L'adolescente sera reçue de préférence sans ses parents, en toute confidentialité et gratuitement

L'adolescente sera reçue de préférence sans ses parents. Si l'adolescente est accompagnée par ses parents, proposer un temps de consultation uniquement avec elle.

L'adolescente doit être informée de la confidentialité de l'entretien, mais également de la gratuité de la consultation, de la méthode contraceptive et des actes liés à la contraception.

Une prise en charge gratuite et confidentielle est également possible dans les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF).

La démarche de conseil/accompagnement doit être adaptée à l'âge et aux besoins

Engager le dialogue en évitant d'être intrusif, évoquer ses habitudes de vie, ses besoins, ses souhaits, rassurer l'adolescente quant aux inquiétudes qu'elle peut avoir concernant sa transformation physique, ses désirs, ses craintes...

Évoquer avec l'adolescente, sans porter de jugement, ses connaissances sur la physiologie, les méthodes de contraception qu'elle connaît, la compréhension des risques de grossesse, son activité sexuelle, l'utilisation antérieure d'une méthode contraceptive, l'existence d'une grossesse antérieure et son évolution.

Recueillir des informations sur les antécédents personnels ou familiaux en utilisant des termes compréhensibles.

Expliquer que le risque de grossesse existe dès l'apparition des premières règles, même si elles sont irrégulières, et dès le premier rapport sexuel.

Prendre en compte les comportements à risque (addictions tabac, alcool, drogues, dépression, mauvaise estime de soi, difficultés scolaires, manque de soutien familial, niveau d'éducation et de revenus) et évaluer la possibilité de contrainte ou violence dans les relations sexuelles.

Réévaluer chaque année l'adéquation entre la situation personnelle de la jeune fille et son mode de contraception et lui rappeler les autres méthodes possibles dans sa situation.

L'examen gynécologique peut être différé

L'examen clinique comprend : examen général, taille, indice de masse corporelle, tension artérielle, autres éléments comme importance et localisation de l'acné, pilosité.

L'examen gynécologique n'est pas nécessaire lors de la 1^{re} consultation, sauf symptômes ou antécédents le justifiant. L'examen gynécologique peut être expliqué lors du 1^{er} entretien et programmé pour une consultation ultérieure.

L'information à délivrer

Informersur les différentes méthodes contraceptives disponibles :

- l'âge en lui-même ne devrait pas limiter le choix de la méthode contraceptive, en dehors de la stérilisation ;
- contenu de l'information : mode d'emploi, efficacité (optimale et en utilisation courante), contre-indications, risques (notamment risque thromboembolique) et effets indésirables possibles (notamment sur l'acné et les règles), autres avantages non contraceptifs, procédure pour l'instauration et l'arrêt (ou le retrait), coût, remboursement...

Rassurer sur les éventuelles craintes des adolescentes concernant :

- la prise de poids : pas de preuve de prise de poids sous pilule estroprogestative, relation entre prise de poids et progestatifs seuls mal documentée ;
- l'acné : effets variables selon la femme et le type de contraception hormonale ;
- le retour de la fertilité : est en général immédiat sauf après injection de progestatif où il peut prendre jusqu'à 12 mois ;
- l'impact sur les règles : amélioration possible des dysménorrhées sous pilule estroprogestative, risque de trouble des règles (aménorrhée, spotting) sous contraception hormonale.

Informersur les préservatifs, les IST y compris le sida : encourager l'utilisation des préservatifs et expliquer concrètement leur utilisation. Évaluer la capacité d'utilisation des préservatifs et la possibilité d'une réticence à leur utilisation.

Contraception d'urgence : informer sur :

- la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule (ou de retard à la mise en place d'un patch ou d'un anneau, de décollement de patch ou de perte de l'anneau vaginal), de non-utilisation ou de rupture d'un préservatif et sur les méthodes de rattrapage possibles, et la nécessité de surveiller la survenue des prochaines règles et, en cas de doute, réaliser un test de grossesse et consulter ;
- la gratuité et l'anonymat en pharmacie, dans les infirmeries scolaires ou en centre de planification ou d'éducation familiale de la contraception d'urgence.

Méthodes utilisables

Le préservatif (masculin, féminin) représente la seule méthode de contraception efficace contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le sida. Il est donc nécessaire d'associer un préservatif à toute autre méthode contraceptive si une protection contre les IST/sida est recherchée.

La contraception d'urgence hormonale est une méthode de rattrapage qui ne vise pas à être utilisée de façon régulière, notamment en raison du risque d'échec plus élevé que les contraceptions régulières.

Les méthodes ci-après sont présentées dans l'ordre adopté par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Cette présentation ne préjuge en rien de leur niveau d'efficacité, ni de leur fréquence d'utilisation en France.

Méthodes hormonales – Estroprogestatifs (pilule, anneau vaginal, patch transdermique)

Les estroprogestatifs sont utilisables chez la femme ne présentant pas de contre-indications (principalement d'ordre thromboembolique veineux ou artériel², hépatique, carcinologique...) et en prenant en compte les facteurs de risque de thrombose (notamment antécédents personnels ou familiaux de thrombose veineuse ou artérielle, thrombophilie biologique connue, immobilisation prolongée, obésité, âge > 35 ans, HTA, diabète, dyslipidémie, tabagisme, migraine).

Plusieurs voies d'administration sont disponibles (pilule, anneau, patch) : les pilules de 3^e génération contenant du

désogestrel ou du gestodène, et de 4^e génération contenant de la drospirénone, exposent à un risque accru d'accidents thromboemboliques par rapport aux pilules contenant du lévonorgestrel ; elles ne doivent pas être utilisées en première intention. Celles qui étaient remboursées ne le sont plus depuis le 31 mars 2013. La littérature fait état d'une possible augmentation du risque thromboembolique veineux et artériel en fonction des doses d'éthinylestradiol. Les autres estroprogestatifs (dont anneaux et patches) ne devraient être réservés qu'aux cas d'intolérance aux pilules de 1^{re} ou 2^e génération³ et aux femmes pour lesquelles un autre type de contraception n'est pas possible.

Les femmes et les adolescentes doivent être informées sur :

- les différentes modalités d'instauration et d'utilisation des estroprogestatifs selon leur voie d'administration : pour la voie orale, prise quotidienne, toujours au même moment de la journée ; trouver avec l'adolescente les moyens d'une bonne observance (sonnerie sur le téléphone portable, etc.) ;
- la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule de plus de 12 h⁴ (ou de retard à la mise en place d'un patch ou d'un anneau, de décollement de patch ou de perte de l'anneau vaginal) et sur la contraception d'urgence ;
- l'efficacité contraceptive de ces méthodes (voir fiche « [Efficacité des méthodes contraceptives](#) ») ;
- leurs possibles inconvénients (mastodynies, troubles du cycle, etc.) ;
- leurs risques, notamment le risque d'accidents thromboemboliques veineux⁵ ou artériels, surtout la première année après l'instauration de la méthode ou après une interruption et reprise de la méthode (informer sur les symptômes évoquant ces complications et qui doivent conduire à consulter)⁶ ;

² Concernant le bilan biologique à réaliser lors de la prescription, se référer à la fiche mémo « Contraception : prescriptions et conseils aux femmes » (HAS, 2013).

³ Voir fiche de bon usage du médicament « Contraceptifs oraux estroprogestatifs : préférez les pilules de 1^{re} ou 2^e génération » (HAS, 2012).

⁴ Voir carte « [Que faire en cas d'oubli de pilule ?](#) », téléchargeable gratuitement sur le site de Santé publique France.

⁵ Le risque thromboembolique veineux est de 0,5 à 1/10 000 chez les femmes non utilisatrices de pilule, 2/10 000 chez les utilisatrices d'estroprogestatifs à base de lévonorgestrel, 3 à 4/10 000 chez les utilisatrices d'estroprogestatifs à base de désogestrel ou gestodène (3^e génération) ou à base de drospirénone, 6/10 000 chez les femmes au cours de la grossesse (ANSM, 2012).

⁶ Œdème, douleur au niveau du mollet, dyspnée, douleur thoracique, hémoptysie, apparition ou aggravation de céphalées, déformation de la bouche, hémiparésie, dysphasie, etc.

- la nécessité de signaler à tout médecin la prise d'une contraception hormonale en cas de traitement intercurrent, d'intervention chirurgicale, d'immobilisation prolongée et de trajets prolongés en position assise (avion, train, autocar, voiture...) ;
- le risque de diminution d'efficacité en cas de diarrhée ou vomissements ou d'association à certains médicaments (dont millepertuis, certains anticonvulsivants, antiprotéases, rifampicine/rifabutine, bosentan, griséofulvine, modafinil, orlistat)⁷;
- la possibilité de faire renouveler une fois leur contraceptif oral pour une période supplémentaire de 6 mois par le pharmacien ou l'infirmière sur présentation d'une ordonnance datant de moins de 1 an.

Méthodes hormonales – Progestatifs (pilule, implant sous-cutané, injection intramusculaire)

Les progestatifs sont utilisables chez la femme et l'adolescente ne présentant pas de contre-indications (notamment accidents thromboemboliques veineux évolutifs, saignements génitaux inexplicables, pathologie hépatique sévère actuelle ou ancienne, ou cancer du sein ou de l'utérus chez la femme adulte).

Plusieurs voies d'administration sont disponibles :

- **pilule microprogestative** : pilule au lévonorgestrel ou au désogestrel ;
- **implant à l'étonogestrel** : méthode de longue durée d'action : est laissé en place et efficace pendant 3 ans (diminution possible de l'efficacité en cas de surpoids/d'obésité). Prendre en compte le risque de troubles menstruels (aménorrhée, spotting) pouvant être à l'origine d'un retrait prématuré du dispositif, ainsi que le risque rare de migration de l'implant à l'étonogestrel dans les vaisseaux sanguins et dans la paroi thoracique⁸ ;
- **les injections d'acétate de médroxyprogestérone (tous les 3 mois)** : leur indication est limitée aux cas où il n'est pas possible d'utiliser d'autres méthodes contraceptives. Compte tenu des risques potentiels (notamment thrombose veineuse, diminution de la densité minérale osseuse, prise de poids), leur utilisation doit être limitée dans le temps.

Les femmes et les adolescentes doivent être informées sur :

- les modalités d'instauration et d'utilisation des pilules microprogestatives (prise quotidienne ; le retard de prise de la pilule ne doit pas dépasser 3 h pour le lévonorgestrel, 12 h pour le désogestrel), la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule et la contraception d'urgence ;
- l'efficacité contraceptive de ces méthodes (voir fiche « [Efficacité des méthodes contraceptives](#) ») ;
- les possibles troubles menstruels (métrorragies, spotting ou aménorrhée) fréquents avec ce type de contraception mais qui ne doivent pas faire arrêter la contraception sans avis d'un professionnel ;
- le risque de diminution d'efficacité en cas de diarrhée ou vomissements ou d'association à certains médicaments (dont millepertuis, certains anticonvulsivants, antiprotéases, rifampicine/rifabutine, bosentan, griséofulvine, modafinil, orlistat)⁹;

⁷ Pour les autres interactions médicamenteuses, se référer au résumé des caractéristiques du produit et au « Thésaurus des interactions médicamenteuses » (disponible sur le site de l'ANSM : ansm.sante.fr).

⁸ Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. [Nexplanon® : risque de migration dans les vaisseaux sanguins et dans la paroi thoracique. Lettre aux professionnels de santé. Saint-Denis: ANSM; 2016.](#)

⁹ Pour les autres interactions médicamenteuses, se référer au résumé des caractéristiques du produit et au « Thésaurus des interactions médicamenteuses » (disponible sur le site de l'ANSM : ansm.sante.fr).

- la possibilité de faire renouveler une fois leur contraceptif oral pour une période supplémentaire de 6 mois par le pharmacien ou l’infirmière sur présentation d’une ordonnance datant de moins de 1 an.

Les macroprogestatifs per os ne disposent pas d’AMM dans l’indication contraception.

Dispositifs intra-utérins (DIU) (DIU au cuivre et au lévonorgestrel [LNG])

Les DIU peuvent être proposés aux femmes et aux adolescentes, quelles que soient la parité et la gestité (femmes multipares ou nullipares/nulligestes).

Les DIU sont utilisables chez la femme ou l’adolescente ne présentant pas de contre-indications (en particulier malformations utérines, infections en cours ou saignements inexpliqués), après avoir évalué et écarté un risque infectieux (rechercher une infection à *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae*¹⁰ avant la pose notamment en cas d’IST, infection génitale haute en cours ou récente, âge < 25 ans, partenaires multiples). Les contre-indications du DIU au LNG sont les mêmes que celles des progestatifs.

Les femmes et les adolescentes doivent être informées sur :

- l’efficacité contraceptive de ces méthodes (voir fiche « [Efficacité des méthodes contraceptives](#) ») ;
- leur longue durée d’action (4 à 10 ans pour le DIU au cuivre, 5 ans pour le DIU au LNG) ;
- leurs risques potentiels (risque d’expulsion, risque de perforation et de migration le plus souvent lié à la pose [exceptionnel]) ;
- l’impact du DIU sur les cycles (règles plus importantes avec le DIU au cuivre, spotting, oligo-ménorrhée ou aménorrhée avec le DIU au LNG) ;
- la pose souvent plus douloureuse chez les nullipares.

Certains dispositifs de plus petite taille sont mieux adaptés aux adolescentes.

Le DIU au LNG est à privilégier chez les femmes en cas de ménorragies fonctionnelles ou de saignements abondants avec un DIU au cuivre, à condition qu’elles acceptent l’éventualité de ne plus avoir de règles. Il est à considérer avec précaution chez les adolescentes, notamment en raison des difficultés de la pose. Il est cependant possible de le proposer aux adolescentes ayant des règles abondantes, à condition qu’elles acceptent l’éventualité de ne plus avoir de règles.

Les femmes et les adolescentes doivent être incitées à consulter 1 à 3 mois après la pose puis annuellement ainsi qu’en cas de douleurs pelviennes, de fièvre et saignements inexpliqués.

Méthodes barrières (préservatifs masculins et féminins, diaphragme et cape cervicale, spermicides)

Ces méthodes ont une efficacité contraceptive moindre que celle de la contraception hormonale ou du DIU. Elles nécessitent que les deux partenaires soient motivés, aient bien compris leur utilisation après un apprentissage spécifique ; elles doivent être utilisées lors de tous les rapports sexuels, quelle que soit la date du cycle. Le risque d’échec est plus élevé chez les jeunes.

¹⁰ Ces examens sont gratuits en centre de planification ou d’éducation familiale.

Compte tenu du taux élevé d'échec en utilisation courante, l'éventualité d'une grossesse non prévue doit être :

- acceptable à l'âge adulte, sinon préférer une autre méthode ;
- envisagée et discutée avec les adolescents.

Préservatifs (masculins, féminins) :

- seule méthode de contraception efficace contre les IST, y compris le sida ;
- efficacité contraceptive (voir fiche « [Efficacité des méthodes contraceptives](#) ») ;
- préservatifs en latex recommandés de préférence aux préservatifs en polyuréthane (risque de rupture ou de glissement) sauf si allergie au latex ; en cas d'utilisation de lubrifiant, n'utiliser que des lubrifiants aqueux ;
- informer sur le mode d'emploi des préservatifs (masculins, féminins)¹¹ ;
- informer sur la conduite à tenir en cas de rupture/glissement du préservatif et sur la contraception d'urgence.
- possibilité de prescrire un préservatif masculin remboursé.

Diaphragme, cape cervicale, spermicides :

- efficacité contraceptive du diaphragme/de la cape améliorée par l'association à un spermicide (voir fiche « [Efficacité des méthodes contraceptives](#) ») ;
- **ne sont pas efficaces pour protéger contre les IST/sida ;**
- la détermination de la taille du diaphragme/de la cape, au préalable, par le praticien (médecin ou sage-femme) et l'apprentissage se font en consultation ;
- les spermicides s'achètent en pharmacie sans prescription.

Méthodes naturelles (retrait, méthodes d'abstinence périodique et d'auto-observation)

Leur efficacité est moins bonne que celle des méthodes hormonales, mécaniques ou barrières (voir fiche « [Efficacité des méthodes contraceptives](#) »).

Elles peuvent convenir à des femmes connaissant bien leur cycle, ayant des règles régulières, maîtrisant bien l'utilisation de la méthode. Cependant, du fait du risque d'échec élevé de ces méthodes, celles-ci sont peu adaptées :

- en période de périménopause, marquée par l'irrégularité des cycles ;
- à l'adolescence, en raison de l'irrégularité des cycles et de l'indice de fertilité élevé.

Compte tenu du taux d'échec élevé, l'éventualité d'une grossesse non prévue doit être acceptable, sinon préférer une autre méthode.

Une formation spécifique de la femme et/ou du couple est nécessaire.

Ces méthodes ne protègent pas contre les IST/sida.

Méthodes de stérilisation (voir fiche stérilisation)

Peuvent apporter une réponse contraceptive appropriée dans certaines situations.

Plusieurs méthodes disponibles :

- ligature des trompes ;
- électrocoagulation ;
- pose d'anneaux ou de clips.

Les présenter comme irréversibles.

Un délai de réflexion de 4 mois doit être respecté entre la demande initiale et la réalisation de la stérilisation.

Ressources Internet

- Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé : www.ansm.sante.fr
- Association fil-santé jeunes : www.filsantejeunes.com
- Association française pour la contraception : www.contractions.org
- Centres de planification ou d'éducation familiale : ivg.gouv.fr/les-centres-de-planification-ou-d-education-familiale.html
- Haute Autorité de Santé : www.has-sante.fr
- Santé publique France : www.santepubliquefrance.fr ; www.choisirsacontraception.fr ; www.on-sexprime.fr ; www.info-ist.fr
- Mouvement français pour le planning familial : www.planning-familial.org

Ce document présente les points essentiels de la publication : **Contraception chez la femme adulte et l'adolescente en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG), méthode Fiche Mémo, avril 2013, MAJ juillet 2019**

Toutes nos publications sont téléchargeables sur www.has-sante.fr